

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

(N. 1420-A)

RELAZIONE DELLA II^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE CRISCUOLI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro del Tesoro

di concerto con il Ministro del Bilancio

NELLA SEDUTA DEL 31 GENNAIO 1961

Comunicata alla Presidenza il 9 giugno 1961

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità
per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962

INDICE

PREMESSA	Pag.	3
PARTE GENERALE		3
OPERA NAZIONALE MATERNITA' ED INFANZIA		6
SITUAZIONE OSPITALIERA		13
MEDICINA SOCIALE		19
MEDICINA SCOLASTICA		27
MEDICINA NUCLEARE		30
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'		30
INCIDENTI AUTOMOBILISTICI		31
SERVIZIO FARMACEUTICO		33
PREZZI DEI MEDICINALI		33
BREVETTABILITA' DEI MEDICINALI		34
PROPAGANDA SANITARIA		35
SERVIZI VETERINARI		36
CONCLUSIONI		37
DISEGNO DI LEGGE		38

PREMESSA

ONOREVOLI SENATORI. — È un fatto psicologico delle collettività come degli individui, che le spese per la tutela e cura della salute riescono, in realtà, quanto mai ostiche, essendo considerate, molto erroneamente, improduttive e prive di soddisfazioni.

D'altronde, l'individuo in stato di benessere quasi non concepisce la malattia, non la sente in sé, non la teme ed è portato, di conseguenza, a non preoccuparsene.

Oggi, poi, che la scienza, con le grandi recenti conquiste, riesce a combattere e, spesso, a vincere buona parte di esse, il senso di sicurezza è aumentato, allentando ancor più la tensione dei problemi sanitari. Onde, assai più volentieri, anche in ambienti responsabili, si discute e magari si provvede a tutt'altre necessità, che non alla tutela dell'integrità fisica dei cittadini.

Stato d'animo questo assai dannoso alla politica sanitaria del Paese, tanto bisognosa, per contro, di essere potenziata.

Se peraltro di molti mali la scienza ha avuto in tutto o in parte ragione, altre malattie, non meno insidiose e micidiali (esempio: tumori, malattie cardiocircolatorie, mentali, eccetera) insorgono e dilagano nell'epoca attuale, con gravissimo danno anche economico e sociale, ed esigono, per la conseguente lotta, mezzi ingenti ed organizzazione adeguata.

L'esiguo stanziamento a disposizione del Ministero della sanità quasi immutato per il prossimo anno, appena 1.693 milioni in più, non consente, purtroppo, alcun miglioramento o innovazione, e costringe all'immobilismo la politica sanitaria del Paese.

La presente relazione, adunque, più che discutere sulla distribuzione del poco denaro,

si polarizza sull'esame di qualche problema ritenuto più urgente ed essenziale.

Siamo certi che gli onorevoli senatori, studiosi di questioni sanitarie, contribuiranno con adeguati interventi ad evidenziare le vaste carenze, onde si ottenga quella attenzione del Governo, del Parlamento e della opinione pubblica, necessaria per una conveniente ed attuale politica sanitaria.

A nulla, infatti, varrebbero gli sforzi isolati del Ministro della sanità e dei suoi collaboratori, se mancasse nei consessi, cui è demandato il potere delle decisioni, quella preparazione psicologica e quella comprensione indispensabili per l'accoglimento delle richieste.

PARTE GENERALE

Lo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1961-62 prevede una somma complessiva di 52.692,8 milioni, con un incremento di 1.693 milioni in rapporto allo stanziamento dell'anno finanziario in corso.

L'aumento dei 1.693 milioni risulta così ripartito:

- spese generali 14.627.000;
- enti vigilati (Croce Rossa) 200 milioni;
- spese per igiene pubblica ed ospedali 670 milioni;
- spese per le malattie sociali 290 milioni;
- spese per i servizi veterinari 150 milioni;
- spese per la propaganda sanitaria e attività culturali, contributi alle organizzazioni internazionali lire 218 milioni;
- Istituto superiore di sanità 150 milioni.

Anche se la piccola somma stanziata in più nel bilancio, fosse stata destinata total-

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

mente ad uno soltanto dei suoi capitoli (ospedali, malattie sociali, eccetera) neppure in quel settore avrebbe potuto determinare modifiche sostanziali.

Cosa dire poi del frazionamento dei 1.693 milioni nei vari capitoli?

Consegue che la politica sanitaria del prossimo anno non subirà variazioni sostanziali, se non interverranno stanziamenti speciali, in virtù di eventuali provvedimenti legislativi approvati dal Parlamento.

Di ciò si era reso conto il Ministro della sanità nel rivolgere ben altre richieste al Ministero del tesoro.

Il Ministro della sanità prevedeva nella sua domanda un incremento al bilancio per l'esercizio finanziario 1961-62 di 25 miliardi, il che avrebbe portato la spesa complessiva a 76 miliardi circa; aumento che considerato per un solo anno avrebbe consentito, con una maggiore larghezza della spesa, la possibilità di avviare a soluzione almeno i problemi più urgenti.

Ma l'aumento concesso è stato quasi nullo, ed i buoni e validi progetti formulati sono destinati a non essere realizzati per ora.

A parte la limitazione dello stanziamento, il Ministero della sanità trovasi ancora stretto da pastoie giuridiche che ne limitano sensibilmente i poteri e le attività.

Quando esisteva soltanto l'A.C.I.S., la politica sanitaria era come il campo di nessuno, dove ognuno si sente padrone.

Molti Ministeri, allora, si impadronirono ciascuno di un settore che resta tuttora saldamente ancorato alla sfera di competenza di ognuno anche dopo l'istituzione del Ministero della sanità.

Esso avrebbe dovuto conseguire il fine di riordinare la politica sanitaria, divenuta nel frattempo frammentaria e caotica, per la mancanza di un Ente unico coordinatore, che reggendo la politica sanitaria del Paese, con una visione unitaria della materia, desse un indirizzo nuovo e moderno, meglio rispondente alle nuove esigenze, e attuasse la medicina preventiva, curativa e di recupero, articolandole in modo da ottenere il massimo rendimento con il minimo sforzo.

Ancora oggi però si discute sull'interpretazione della legge istitutiva del Ministero

della sanità, e molte specifiche competenze non gli sono ancora riconosciute.

È una proprietà, in altri termini, gravata di ipoteche, enfiteusi o censi, dai quali andrebbe liberata per una conduzione più autonoma e razionale. È un organismo malato, con ipoplasie e paresi, causate, forse, da una troppo lunga gestazione e da un parto distocico.

Il ministro Giardina molto si è adoperato per liberare il suo Ministero dalle strettoie in cui si dibatte, ma, avendo trovato ben scarsa comprensione, ha ottenuto qualche risultato da considerare solo una tappa e non la meta che appare, anzi, ancora molto lontana.

È merito infatti del ministro Giardina se il Consiglio di Stato, eliminando talune incertezze, ha trasferito l'autorità sanitaria e tutti i poteri per l'emanazione dei bandi di concorsi, nomina delle commissioni giudicatrici, approvazione delle graduatorie, assegnazione delle sedi per i concorsi di ufficiale sanitario, di medico condotto, di levatrice condotta e per i concorsi riguardanti l'apertura e l'esercizio delle farmacie.

Restano ancora fuori della competenza del Ministero della sanità, in quanto ricadenti sotto quella del Ministero dell'interno, i poteri attinenti la disciplina istituzionale degli enti ospedalieri, concernenti il riconoscimento della personalità giuridica degli enti stessi, l'approvazione degli statuti, le riforme della amministrazione, la variazione del fine.

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

Le Ferrovie dello Stato hanno un loro servizio sanitario centrale dal quale dipendono 18 ispettorati sanitari, con medici di ruolo (78), personale tecnico di ruolo e numeroso personale tecnico fiduciario, ripartito in consulenti (53), specialisti (90), medici di reparto (1.591).

L'Azienda delle poste e telecomunicazioni opera per ora con due centri sanitari uno a Napoli ed uno a Roma, ma tende a uni-

formarsi al sistema delle Ferrovie dello Stato.

Altra esclusione è rappresentata dall'Ispettorato del lavoro: controsenso poco comprensibile.

Il Ministero della sanità, infatti, provvede alla igiene pubblica all'esterno degli stabilimenti industriali e non può intervenire direttamente all'interno, dove sarebbe più utile la sua azione e nell'interesse degli operai stessi e nell'interesse delle popolazioni che vivono al di fuori.

Per tali strani limiti di competenza, non è facile eliminare in campo industriale alcuni inconvenienti di carattere igienico-sanitario come quelli provocati, ad esempio, dai residui liquidi gassosi derivanti da alcune lavorazioni.

Sono sottoposti, invece, alla vigilanza e tutela del Ministero della sanità i seguenti Enti:

Opera nazionale protezione ed assistenza maternità ed infanzia;

Croce rossa italiana;

Lega italiana contro i tumori;

Federazione nazionale per la lotta contro la tubercolosi;

Associazione volontaria italiana del sangue;

Federazione nazionale pubblica assistenza;

Istituto Marchiafava;

I.N.A.D.E.L.

Lega per la lotta contro la poliomielite;

Istituto vaccinogeno antitubercolare;

Istituto Lazzaro Spallanzani per la fecondazione artificiale animale;

Istituti fisioterapici ospedalieri di Roma.

Esercita solo la vigilanza tecnica sui seguenti Enti:

Commissariato per la gioventù italiana;

Ente nazionale solidarietà giovanile e mutualità scolastica;

Centro italiano femminile (colonie);

Unione donne italiane (colonie);

Patronati scolastici;

Centro internazionale radio medico;

Opera nazionale invalidi;

Opera nazionale invalidi del lavoro;

Opera nazionale ciechi civili;

Ente nazionale assistenza sordomuti;

Casse nazionali assistenza farmacisti;

Associazione nazionale universitaria italiana;

varie associazioni fra tubercolotici;

Ente nazionale assistenza e previdenza per i medici;

Ente nazionale previdenza assistenza veterinari;

Ente nazionale assistenza e previdenza ostetriche;

Ente nazionale previdenza ed assistenza madri.

Nel settore veterinario poi si può ricordare:

Ente nazionale protezione animali;

Associazione nazionale allevatori;

Istituto nazionale coniglicoltura;

Istituto nazionale apicoltura;

Ente lombardo di potenziamento zootecnico;

Ente nazionale incremento razze equine.

Da ultimo non si può non citare gli enti a carattere previdenziale ed assistenziali dipendenti dal Ministero del lavoro sui quali, in effetti, il Ministero della sanità non ha alcun potere:

I.N.A.I.L.;

I.N.A.M.;

E.N.P.A.S.;

E.N.P.A.D.E.P.;

E.N.P.A.L.S.;

Cassa mutua coltivatori diretti;

Cassa mutua artigiani;

Cassa mutua nazionale per impiegati agricoli e forestali;

Cassa mutua per i piccoli commercianti.

Tali Enti provvedono alla medicina curativa di circa 40 milioni di cittadini.

Da quanto esposto appare evidente il grande disordine che regna nel campo sanitario e

la necessità, quindi, di provvedere sia pure gradatamente, ma con spirito alacre, perchè tutta la materia sanitaria possa essere diretta, regolata e controllata da un unico Ente.

Per raggiungere tale obiettivo non basta solo l'azione del Ministero della sanità ma necessita, anche, l'efficace collaborazione di governanti e parlamentari.

Non senza rammarico si deve constatare che in altri campi si agisce con maggiore impegno e comprensione e con visione anche avanzata dei problemi, ottenendosi risultati — bisogna riconoscerlo — veramente insperati.

E ciò anche in settori che non hanno l'importanza della Sanità pubblica.

Forse perchè gli ammalati non possono organizzarsi per inscenare scioperi e proteste come le altre categorie.

Incombe, a chi ha la responsabilità della cosa pubblica, il dovere di attuare una meglio intesa solidarietà sociale alla stregua del dettato costituzionale; in nome di che ogni ostacolo va con prontezza e decisione rimosso, per dare, finalmente, al Paese una razionale organizzazione della medicina preventiva, curativa e di recupero.

La disorganizzazione sanitaria rappresenta veramente un neo della nostra democrazia che pure ha dimostrato tanto intuito e capacità costruttiva.

Per rimuoverlo basterebbe, forse, solo uno sforzo di volontà compiuto con sentita convinzione.

Oltremodo insufficienti e abbisognevole di innovazioni e riforme appaiono i settori della medicina preventiva, curativa e di recupero.

Delle manchevolezze ed esigenze di essa diremo di volta in volta trattando dei vari organi attraverso cui si articola la nostra politica sanitaria.

OPERA NAZIONALE MATERNITA' ED INFANZIA

Le funzioni dell'O.N.M.I., fissate dal testo unico 24 dicembre 1934 e relativi regolamenti di esecuzione, rivestono per la loro vastità

e delicatezza una importanza innegabilmente di massimo rilievo.

Esse sono di carattere assistenziale e sociale, e si concretano nell'obbligo di diffondere sempre più largamente le proprie prestazioni materiali e l'insegnamento in campo sanitario e sociale, raggiungendo i più lontani e bisognosi strati della popolazione.

Qualche dato statistico servirà a dare la dimostrazione del suo attuale sviluppo:

Case della madre e del bambino n. 419;
Centri assistenziali n. 229;
Consultori materni n. 2583;
Consultori pediatrici n. 5932;
Consultori dermocoelatici n. 258;
Centri medico-psico-pedagogici n. 59;
Asili nido n. 773;
Refettori materni n. 714;
Asili nido permanenti n. 17;
Istituti educativi assistenziali n. 13;
Asili e alberghi materni n. 9;
Sale da parto n. 8;
Consultori non tipici n. 13;
Istituzioni varie n. 277;
Minori assistiti 1.429.991;
Donne assistite n. 286.144.

Attività imponente, senza dubbio, ma ancora lungi dal raggiungere il richiesto sviluppo in rapporto alle esigenze sanitarie del Paese, soprattutto per una sua efficace azione nel campo della medicina preventiva.

Azione in cui l'O.N.M.I. dovrebbe essere impegnata al massimo per l'espletamento di una attività capillare, assai vasta, di profilassi igienico-sanitario-mentale e morale della madre e del bambino.

I consultori materni e pediatrici, almeno, dovrebbero, come la scuola elementare, essere presenti in tutti i Comuni, per assistere le mamme e i bambini di ogni parte d'Italia.

L'assistenza dovrebbe avere inizio dalla gestante mediante una preparazione psicofisica al parto ed una razionale educazione della futura madre al suo compito di bene allevare il bambino, fornendo utili nozioni

di igiene ed alimentazione del lattante e rendendola edotta delle manifestazioni più comuni della patologia infantile.

Premessa importantissima per preparare al bambino un ambiente favorevole che lo difenda dai malanni derivanti dai tanti lamentati errori igienico-dietetici e per assicurargli in caso di malattie, un tempestivo intervento del pediatra.

Il bambino, poi, dovrebbe dalla nascita essere continuamente seguito dalle organizzazioni capillari della O.N.M.I., attraverso l'opera di medici e di assistenti sociali, per

essere conservato in perfetta salute e portato sano all'età scolastica.

L'educazione sanitaria della famiglia cui sopra abbiamo accennato e l'organizzazione di assistenza prestata dall'Ente all'infanzia, intese alla maniera di diffusione e capillarità della scuola elementare, sono indispensabili per ridurre la mortalità infantile e preparare una comunità dalla salute fisica e mentale salda.

Ai fini della valutazione dello stato sanitario della popolazione infantile del Paese si allegano i seguenti prospetti statistici:

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

POPOLAZIONE INFANTILE (fino a 6 anni d'età)

Censita al 4 nov. 1951		Valutata al 31 dicembre 1959					
N.	%	Totale N.	%	Maschi N.	%	Femmine N.	%
5.214.902	11 -	5.031.261	9,9	2.569.601	10,3	2.461.660	9,5

POPOLAZIONE MATERNA RESIDENTE (donne da 15 a 45 anni)

Valutata al 31 dicembre 1959

Età	N.	%
15-20 anni	1.910.121	7,4
20-25 anni	2.035.979	7,9
25-30 anni	2.008.953	7,8
30-35 anni	1.981.190	7,6
35-40 anni	1.989.075	7,7
40-45 anni	1.307.042	5,1
TOTALE	11.232.360	

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

NASCITE, NATIMORTALITÀ, MORTALITÀ DELLA PRIMA INFANZIA

A N N I	NATI	NATI MORTI	M O R T I		Totale nati morti e morti		QUOZIENTI PER 1000		
			1 ^a setti- mana	1 ^o anno	1 ^a setti- mana	1 ^o anno	Nati mortalità	Mortalità	
								anteno- natale	feto infantile
1956	898.066	24.458	16.452	42.589	40.910	67.047	27,2	45,6	74,7
1957	903.450	24.544	16.358	43.980	40.902	68.524	27,2	45,3	75,8
1958	893.658	23.190	15.799	41.969	38.989	65.159	25,9	43,6	72,9
1959 (1)	901.017	23.330	—	40.943	—	—	25,2	—	—
1960 (1) †	910.833	22.944	—	39.922	—	—	24,6	—	—

(1) Dati provvisori (dal Bollettino I.S.T.A.T.).
— Dati mancanti.

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MORTALITA' PARTICOLARE DEGLI ILLEGITTIMI

ANNO	NATI VIVI				MORTI NEL 1° ANNO					
	Riconosciuti		Non riconosciuti		Riconosciuti		Non riconosciuti			
	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%	cifre assolute	%		
1956	25.844	21.874	84,6	3.970	15,4	2.042	1.404	68,8	638	31,2
1957	24.711	21.016	85 -	3.695	15 -	1.920	1.271	66,2	649	33,8
1958	23.077	19.591	84,9	3.486	15,1	1.751	1.230	70,2	521	29,8

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MORTALITA' INFANTILE GENERALE PER I TRE PIU' IMPORTANTI GRUPPI DI CAUSE
 (malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e malattie particolari della prima infanzia)

ANNI	Mortalità infantile generale		Malattie dell'apparato respiratorio		Malattie dell'apparato digerente		Alcune malattie particolari della prima infanzia	
	N.	Per 1000 nati vivi	N.	Per 1000 nati vivi	N.	Per 1000 nati vivi	N.	Per 1000 nati vivi
1956	42.589	48,8	7.365	8,4	5.256	6 —	24.012	27,5
1957	43.980	50 —	7.730	8,8	5.798	6,6	23.898	27,2
1958	41.969	48,2	7.539	8,7	4.947	5,7	23.092	26,5
1959 (1)	40.943	45,4	—	—	—	—	—	—
1960 (1)	39.922	43,8	—	—	—	—	—	—

(1) Dati provvisori.
 — Dati mancanti.

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

MORTALITA' INFANTILE DEGLI STATI EUROPEI

(DAL « RAPPORT EPIDEMIOLOGIQUE ET DEMOGRAPHIQUE, 1960, VOL. 13, N. 2-3, CURATO DALL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA')

PAESI	1958 ‰	1959 ‰
REPUBBLICA FEDERALE TEDESCA (inclusa Saar) . . .	36 -	34,2
AUSTRIA	40,7	40 -
BELGIO	31,3	30,2
BULGARIA	52,2	manca
DANIMARCA	22,4	22,5
SPAGNA	42 -	41,1
FINLANDIA	24,5	24,2
FRANCIA	31,7	29,6
GRECIA	39 -	40,6
UNGHERIA	58,1	52,4
IRLANDA	35,4	32 -
ITALIA	48,2	44,9
LUSSEMBURGO	34,7	33,4
MALTA	40 -	manca
OLANDA	17,2	16,8
POLONIA	72,8	71,9
PORTOGALLO	84 -	88,4
ROMANIA	70,5	manca
INGHILTERRA E GALLES	22,6	22 -
SVEZIA	15,9	16,3
SVIZZERA	22,2	22,2
CECOSLOVACCHIA	29,5	manca
JUGOSLAVIA	86,2	manca

Dallo studio degli indicati dati scaturiscono le seguenti osservazioni:

1) che la mortalità infantile è da noi ancora molto elevata in rapporto alle Nazioni più progredite.

Infatti su 22 Nazioni europee considerate nell'elenco comparativo, oltre l'Italia, 16 di esse hanno un indice di mortalità infantile più basso del nostro e solo 6 lo superano;

2) che muoiono ancora molti bambini per malattie dell'apparato digerente causate per la quasi totalità da errori igienici e dietetici che in gran parte potrebbero essere eliminati se il bambino si trovasse in ambiente più idoneo e preparato al suo allevamento.

Se la famiglia deve direttamente provvedere ad allevare ed educare la prole, lo Stato non può esimersi dal fiancheggiarla nel delicato compito, che, oltre tutto, riveste una altissima funzione sociale.

Ciò anche in omaggio allo spirito della nostra Costituzione che demanda allo Stato l'obbligo di provvedere affinché a tutti, indistintamente, sia dato di ricevere l'assistenza e l'educazione loro indispensabili, sanando quelle lacune e ovviando a quelle deficienze che si riscontrano ancora oggi nella organizzazione della Società.

Da quanto esposto, sia pure in maniera sommaria e limitatamente a quella attività dell'Ente che si inquadra nella medicina preventiva (assistenza alla madre ed al fanciullo) appare evidente la vastità dei compiti dell'O.N.M.I.

E non meno evidente appare, per contro, l'esiguità dei mezzi messi a disposizione dell'Opera, la quale, per avere avuto uno stanziamento pari a quello dell'anno finanziario in corso, sarà costretta a segnare il passo, senza, quindi, poter svolgere quella vasta

azione da noi indicata, intesa a un più razionale allevamento dei bambini, che ne riduca la morbosità e la mortalità.

Fine questo di altissimo interesse umano e sociale che meriterebbe l'impegno di mezzi finanziari adeguati, anche a distoglierli, se necessario, da settori di importanza meno vitale.

Concludendo, sentitamente invochiamo una più decisa azione del Governo e del Parlamento, perchè l'O.N.M.I. venga potenziata in modo tale da poter assolvere in pieno tutti i compiti ad essa demandati.

SITUAZIONE OSPITALIERA

Il problema ospitaliero presenta vari aspetti tutti di importanza capitale.

Per ognuno di essi occorrerebbe una lunga trattazione, ma per non dilungarci eccessivamente ci limiteremo ai più essenziali, prospettando solo sommariamente le soluzioni.

Tratteremo in particolare i seguenti argomenti:

- 1) posti letto e relativa distribuzione nel territorio nazionale;
- 2) ammodernamento delle attrezzature;
- 3) passaggio degli ospedali alle dirette dipendenze del Ministero della sanità;
- 4) creazione di cronicari e convalescenziari;
- 5) ospedali psichiatrici;
- 6) riforma della carriera del personale sanitario;
- 7) regolamentazione delle case di cura.

Nella tabella allegata sono riportati i dati desunti da un censimento degli ospedali eseguito nel 1958:

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DISTRIBUZIONE PER REGIONE DEI POSTI-LETTO NEGLI ISTITUTI PUBBLICI DI CURA

(Ospedali generali) - Situazione al 31 dicembre 1958

REGIONI	Popolazione residente al 31 dicembre 1957	Province N.	Comuni N.	Superficie Kmq.	OSPEDALI GENERALI											
					1ª Cat.			2ª Cat.			3ª Cat. ed infermerie			Totale Osp. Gen.		
					N.	Posti-letto	% ab.	N.	Posti-letto	% ab.	N.	Posti-letto	% ab.	N.	Posti-letto	% ab.
Piemonte	3.723.180	6	1.205	25.400	6	4.914	1.320	7	3.182	0,855	133	7.420	1,993	146	15.516	4,168
Valle d'Aosta	99.055	1	74	3.260	1	—	—	1	261	2,635	2	36	0,363	3	297	2,998
Liguria	1.649.065	4	234	5.410	4	3.008	1,824	9	3.909	2,371	43	3.099	1,879	53	10.016	6,074
Lombardia	6.955.084	9	1.528	23.800	9	14.217	2,044	8	3.877	0,557	149	14.697	2,113	168	32.791	4,714
Trentino-Alto Adige	768.716	2	388	13.610	—	—	—	21	1.060	1,301	20	2.542	3,307	22	3.542	4,608
Veneto	3.902.371	7	582	13.330	8	6.816	1,747	8	3.037	0,778	55	11.025	2,825	71	20.878	5,350
Friuli-Venezia Giulia	1.244.072	3	217	7.850	2	3.157	2,538	3	1.627	1,308	16	3.343	2,687	21	8.127	6,533
Emilia-Romagna	3.633.926	8	336	22.130	8	7.490	2,061	6	2.067	0,568	93	7.700	2,119	107	17.257	4,748
Toscana	3.262.048	9	280	22.990	4	6.603	2,025	13	4.486	1,375	71	5.589	1,713	88	16.678	5,113
Marche	1.377.174	4	246	9.690	4	713	0,518	4	1.095	0,795	69	4.110	2,984	74	5.918	4,297
Umbria	820.568	2	91	8.460	1	890	1,085	2	565	0,689	23	1.699	2,070	26	3.154	3,844
Lazio	3.681.985	5	368	17.260	6	6.499	1,765	8	1.713	0,465	53	3.276	0,890	67	11.488	3,120
Abruzzi-Molise	1.691.531	5	438	15.230	5	—	—	5	1.521	0,899	23	1.538	0,909	28	3.059	1,808
Campania	4.681.250	5	540	13.590	20	4.382	0,936	4	1.035	0,221	42	2.551	0,545	66	7.968	1,702
Puglie	3.438.084	5	250	19.350	—	—	—	8	3.137	0,912	56	3.033	0,882	64	6.170	1,794
Basilicata	660.242	2	127	9.990	—	—	—	2	420	0,636	4	176	0,267	6	596	0,993
Calabria	2.148.160	3	410	15.080	—	—	—	3	842	0,392	13	933	0,434	16	1.775	0,826
Sicilia	4.756.196	9	379	25.710	15	3.227	0,678	6	2.171	0,456	81	4.343	0,914	102	9.741	2,048
Sardegna	1.402.576	3	335	24.090	6	1.290	0,920	2	748	0,533	13	859	0,612	21	2.897	2,065
Italia Settentrionale	21.975.469	40	4.514	119.840	36	39.602	1,802	44	18.960	0,863	511	49.862	2,289	591	108.424	4,935
Italia Centrale	9.141.775	20	985	58.400	12	14.705	1,608	27	7.859	0,860	216	14.674	1,605	255	37.238	4,074
Italia Meridionale ed Insulare	18.778.039	32	2.479	123.040	41	8.899	0,474	30	9.874	0,526	232	13.433	0,715	303	32.206	1,713
TOTALI ITALIA	49.895.283	92	7.978	301.280	89	63.206	1,267	101	36.393	0,755	959	77.969	1,562	1.149	177.868	3,564

Risulta da essa che al 31 dicembre 1958 si disponeva di 177.868 posti letto, complessivamente, pari ad un quoziente di 3,6 per mille posti letto, negli istituti di ricovero e cura pubblici generali con esclusione dei sanatori, dei preventori, degli istituti psichiatrici e degli istituti specializzati.

Se si dovessero considerare anche gli istituti specializzati (escludendo sempre i sanatori, i preventori e gli istituti psichiatrici) il numero dei posti letto salirebbe ad oltre 200.000 e il relativo quoziente supererebbe i 4 posti letto per mille abitanti.

I risultati dei rilievi nonchè le notizie circa le necessarie demolizioni e ricostruzioni dei manufatti, non più idonei perchè malandati e non più suscettibili di restauro, portano a calcolare che per raggiungere in tutto il territorio nazionale il quoziente di 6 posti letto per mille abitanti (quoziente questo ritenuto sufficiente ad assicurare un minimo di ricettività dei malati acuti) occorrerebbe costruire oltre 100 mila nuovi posti letto.

Ma il problema dei posti letto non va guardato soltanto sotto l'aspetto numerico ma anche sotto quello della relativa distribuzione nel territorio nazionale.

Allo stato attuale la distribuzione presenta le seguenti variazioni percentuali:

- Nord 6,1 per mille;
- Centro 5,5 per mille;
- Sud 2,8 per mille;
- Isole 3,5 per mille.

Da tali dati si desume che il Nord possiede un numero di posti letto già sufficiente a garantire un minimo di ricettività per malati acuti, il Centro lo ha quasi raggiunto, mentre il Sud e le Isole ne sono ancora molto lontani.

Per mettersi a livello del Nord il Sud avrebbe bisogno di altri 3,2 per mille posti letto e le Isole di altri 2,5 per mille posti letto.

Da ciò si appalesa anche al più frettoloso lettore ed al più superficiale osservatore che non solo la questione ospedaliera ma tutta quella sanitaria è un problema che investe prevalentemente il Mezzogiorno d'Italia.

Non mettiamo in dubbio, tuttavia, per essere tale problema limitato ad una parte del territorio nazionale — la più depressa —

che esso sia meno sentito e meno vivamente sposato dal Governo e dal Parlamento.

Riteniamo, anzi, per certo che nulla sarà tralasciato per affrontare e risolvere al più presto un così scottante problema.

La maniera che pare si voglia seguire per affrontare la situazione, pare sia quella di costruire nel Meridione degli ospedali su un piano del Ministero della sanità e con fondi della Cassa per il Mezzogiorno.

Meglio sarebbe, tanto più in clima di esaltazione dell'unità territoriale italiana, se i finanziamenti occorrenti fossero forniti direttamente dal Ministero del tesoro, perchè gli interventi della Cassa per il Mezzogiorno dovrebbero avere carattere integrativo e non sostitutivo.

Ma poichè, purtroppo, i Dicasteri finanziari non pare siano a tanto disposti, si deve accettare un partito di ripiego pur di risolvere un problema tanto essenziale ed inderogabile per larga parte della popolazione.

Il ministro Pastore, Presidente del Comitato dei ministri per la Cassa per il Mezzogiorno, si è mostrato favorevole al finanziamento di un piano per costruzioni ospedaliere nel sud d'Italia.

Ci è, pertanto, gradito rivolgere a lui ed ai collaboratori un vivo ringraziamento per la sensibilità dimostrata ad eliminare una delle tante carenze che affliggono le popolazioni meridionali.

* * *

Il rapido progresso delle discipline mediche e terapeutiche e della tecnica chirurgica, impone tutto un rinnovamento degli impianti e delle attrezzature strumentali negli ospedali.

È da constatare, infatti, che l'attrezzatura ospedaliera italiana è ancora inadeguata al progresso scientifico e non è in grado di fronteggiare le esigenze sanitarie.

Gli attuali stanziamenti di bilancio non contemplano però nessuna voce che consenta all'Amministrazione sanitaria di potere intervenire espressamente nelle sovvenzioni per acquisti delle attrezzature sanitarie.

È solo da augurare che il disegno di legge proposto dal ministro Giardina, recentemente approvato dalla 11^a Commissione del Senato, con il quale vengono stanziati 30 mi-

liardi per le attrezzature sanitarie, venga al più presto approvato dalla Camera dei deputati.

Finchè questo non avverrà, il problema resterà insoluto.

L'Amministrazione sanitaria, per le più urgenti necessità del settore in parola, potrà attingere soltanto ai fondi del capitolo 51 del predetto stato di previsione relativo alla profilassi delle malattie infettive, riducendo così a ben modesta misura la portata degli interventi statali.

* * *

Altro fattore che si oppone ad un moderno assetto ospedaliero è costituito dalla legislazione che regola gli enti relativi.

Essa è ancorata a vecchie concezioni e crea interferenze e collisioni tra il Ministero dell'interno e quello della sanità.

La competenza del Ministero dell'interno, infatti, è legata alla legge riguardante « Istituzioni di assistenza e beneficenza », mantenendo in vita il vieto concetto di considerare tuttora gli ospedali centri di ricovero indiscriminato per vecchi e poveri.

Orientamento, ormai, sorpassato essendo l'ospedale, oggi, divenuto il luogo idoneo per lo studio, la diagnosi e la terapia degli ammalati e non già per l'assistenza e beneficenza.

Cosicchè oggi si richiedono attrezzature moderne e personale altamente qualificato in rapporto alle nuove esigenze imposte dal progresso scientifico, tecnico e terapeutico.

Non vi è più ragione quindi, essendone mutato sostanzialmente il fine, che l'ospedale dipenda dal Ministero dell'interno essendo tanto più logico e razionale che la competenza rientri totalmente nell'ambito del Ministero della sanità.

La cura della salute dei cittadini secondo le moderne concezioni non è più un atto di beneficenza, cioè una attività caritativa legata alle elargizioni di privati, associazioni o enti locali ma rappresenta un dovere da parte dello Stato ed un diritto da parte dei cittadini.

Dovere e diritto sanciti dall'articolo 32 della Costituzione della Repubblica italiana che suona come segue: « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'in-

dividuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ».

Ne scaturisce che gli ospedali devono essere costruiti, attrezzati, diretti e controllati dall'Amministrazione statale.

Finchè tanto non sarà effettuato il problema ospedaliero non potrà dirsi risolto in pieno.

Niente ha carattere più universale della malattia e della scienza medica, e a niente più che ad esse va meglio applicato il criterio di unità di direzione e di indirizzo.

L'azione degli enti locali, Comuni e Province, è opportuna ed efficiente in quei settori, politico, economico e sociale, legati a fattori esterni quali ambiente, clima, grado di benessere economico e di evoluzione delle popolazioni, come l'agricoltura, l'industria, eccetera, richiedenti misure e provvidenze diverse, adeguate alle differenti contingenze.

Ma le malattie nel nostro paese sono eguali al Nord come al Sud, nel continente come nelle isole e non meno eguali sono i mezzi per prevenirle e curarle.

Se si è ritenuto idoneo per la scuola una direzione centrale a carattere unitario, sottraendone la competenza ai Comuni, tanto più tale concetto deve valere per la sanità.

Gli enti locali attraverso gli Assessorati e i Consigli di sanità potranno utilmente collaborare con il Ministero della sanità agendo da stimolo e da controllo presso gli organi periferici del Ministero stesso.

Solo attraverso una direzione centrale ed unitaria si potranno inoltre evitare le attuali deprecabili sperequazioni, nella distribuzione, attrezzature e funzionamento degli ospedali fra le varie regioni d'Italia, secondo che esse siano più o meno favorite da condizioni economico-ambientali o da fattori vari.

* * *

Molto opportuna sarebbe anche l'istituzione in Italia di cronicari e convalescenziari di cui esiste solo qualche esempio.

I primi non solo servirebbero a decongestionare i nostri ospedali, liberando assai utilmente molti posti letto, ma assicurerebbero agli ammalati cronici una assistenza assidua e prolungata in ambiente e con personale più specificamente preparati.

I secondi sarebbero non meno utili, essendo studiati e realizzati per una terapia del ripristino della salute e recupero di quegli infermi che hanno superato lo stato acuto della malattia ma ancora non sono atti a riprendere le attività normali.

Tanto meglio se questi istituti, come abbiamo qualche esempio in Italia (Principe di Piemonte in Napoli), fossero dotati di scuole varie (professionali, artigianali, eccetera) al fine, oltre che di distrarre, soprattutto di concedere all'infermo cronico, o al convalescente, la possibilità di utilizzare il periodo di ricovero sia studiando, sia apprendendo una arte o mestiere.

* * *

Alla riforma dell'organizzazione ospedaliera dovrebbe corrispondere la carriera del personale sanitario.

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

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

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

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

stabilità di carriera ed in una equa remunerazione.

Il che, garantendo ai sanitari ospedalieri una tranquillità economica, con conseguente sicurezza del domani, li metta in condizioni di svolgere in serenità e col massimo impegno il proprio lavoro.

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

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

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

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

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

* * *

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

Nella tabella che segue è riportato il numero dei posti letto disponibili nelle singole regioni e i relativi quozienti per mille abitanti:

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

POSTI LETTO DISPONIBILI NELLE SINGOLE REGIONI
ED I RELATIVI QUOZIENTI PER 1.000 ABITANTI

REGIONE	Popolazione	Posti letto	Quoziente
PIEMONTE	3.756.621	9.373	2,50
LIGURIA	1.671.218	3.333	1,99
LOMBARDIA	7.049.554	16.524	2,34
TRENTINO-ALTO ADIGE	774.293	1.648	2,13
VALLE D'AOSTA	100.276	—	—
VENETO	3.902.173	8.607	2,21
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1.244.820	2.674	2,15
EMILIA-ROMAGNA	3.647.975	8.035	2,20
TOSCANA	3.277.416	10.217	3,12
MARCHE	1.377.782	2.755	2—
UMBRIA	821.149	1.200	1,46
LAZIO	3.734.742	4.718	1,26
ABRUZZI E MOLISE	1.689.184	1.861	1,10
CAMPANIA	4.736.636	7.649	1,61
PUGLIE	3.452.485	4.285	1,24
LUCANIA	663.295	—	—
CALABRIA	2.156.821	1.650	0,77
SICILIA	4.794.362	6.722	1,40
SARDEGNA	1.419.863	1.979	1,39

Le cifre di essa confermano quanto innanzi è stato detto: insufficienza assoluta e relativa dei posti letto.

Ma il problema degli ospedali psichiatrici, per la sua delicatezza, è stato oggetto di attenzione e di studio da parte dell'onorevole

Ministro, il quale ha anche preannunziato la presentazione di un progetto di legge che da una parte ponga rimedio — sia pure parzialmente — all'anacronistica attuale situazione e dall'altra favorisca lo sviluppo di servizi indispensabili all'igiene mentale.

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

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

La scienza moderna dispone di mezzi ed acquisizioni adatti a realizzare tale prevenzione, la quale va attuata con competenza e cautela nella scuola, ovvero attraverso gli enti preposti all'assistenza della infanzia.

* * *

Nel chiudere il capitolo « ospedali » vorremmo richiamare all'attenzione del Governo la necessità della regolamentazione delle case di cura private affinché diano garanzia di adeguatezza di locali, completezza delle attrezzature e competenza del personale sia sanitario che infermieristico.

MEDICINA SOCIALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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

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

Importantissima, per uno studio epidemiologico, la diffusione della indagine sulla tubercolonizzazione della infanzia, cosa che, del resto, già si pratica sufficientemente in Italia con risultati veramente interessanti, come noi stessi abbiamo avuto la ventura di apprendere in un simposio di studi sull'argomento organizzato dal prof. Monaldi e svol-

to recentemente in Napoli al sanatorio Principe di Piemonte.

* * *

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

La particolare gravità delle forme neoplastiche connesse alle note difficoltà diagnostiche e terapeutiche dell'elevata incidenza di malattia pongono il Ministero della sanità di fronte a problemi complessi da risolvere con i modesti fondi a sua disposizione.

Tuttavia un'azione considerevole è stata svolta come dimostrano le tabelle seguenti:

DISTRIBUZIONE DEI « CENTRI PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI »

Province nelle quali esistono
uno o più Centri per la lotta
contro i tumori

Province nelle quali non esiste
un Centro per la lotta contro i
tumori

PIEMONTE

Alessandria
Asti
Cuneo
Novara
Torino
Vercelli

Aosta

LIGURIA

Genova
Imperia
Savona
La Spezia

LOMBARDIA

Bergamo
Brescia
Como
Cremona
Mantova
Milano
Pavia
Varese

Sondrio

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Provincie nelle quali esistono
uno o più Centri per la lotta
contro i tumori

Provincie nelle quali non esiste
un Centro per la lotta contro i
tumori

TRENTINO-ALTO ADIGE

Trento
Bolzano

VENETO

Belluno
Padova
Treviso
Venezia
Verona
Vicenza

Rovigo

FRIULI-VENEZIA GIULIA

Udine
Gorizia
Trieste

EMILIA-ROMAGNA

Bologna
Ferrara
Forlì
Modena
Piacenza
Parma
Ravenna
Reggio Emilia

MARCHE

Ancona
Ascoli Piceno
Pesaro Urbino

Macerata

TOSCANA

Arezzo
Firenze
Grosseto
Livorno
Lucca
Massa Carrara
Pisa
Pistoia
Siena

UMBRIA

Perugia
Terni

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Provincie nelle quali esistono
uno o più Centri per la lotta
contro i tumori

Provincie nelle quali non esiste
un Centro per la lotta contro i
tumori

LAZIO

Frosinone
Latina
Rieti
Roma
Viterbo

CAMPANIA

Avellino
Napoli

Benevento
Caserta
Salerno

ABRUZZO E MOLISE

Campobasso
Chieti
L'Aquila
Pescara
Teramo

PUGLIE

Bari
Brindisi
Foggia
Lecce
Taranto

BASILICATA

Matera

Potenza

CALABRIA

Catanzaro
Reggio Calabria

Cosenza

SICILIA

Agrigento
Catania
Enna
Messina
Palermo
Ragusa

Caltanissetta
Siracusa
Trapani

SARDEGNA

Cagliari
Nuoro
Sassari

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

DATI STATISTICI SULLA MORTALITA' PER TUMORI IN ITALIA

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

(i dati relativi al 1959 e 1960 non sono definitivi).

MORTI PER ALCUNI GRUPPI DI CAUSE (per 100.000 abitanti)

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

MORTI PER TUMORI PER CLASSI DI ETA' (anno 1958) per 100.000 abitanti

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

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

Sarebbe forse più pratico creare addirittura dei centri completi di medicina sociale che interessino contemporaneamente i tumori, le malattie reumatiche e cardiovascolari, quelle veneree, il tracoma e il diabete.

Riteniamo che così raggruppate le varie specialità raggiungerebbero meglio le fina-

lità prefisse, facilitando gli ammalati e realizzando anche una notevole economia, specie se i centri fossero situati in zone prive di ospedali.

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

Parimenti potenziati andrebbero gli istituti nazionali per la cura dei tumori, se la situazione di grave insufficienza di quello di Napoli si riscontra anche negli istituti di Roma e Milano.

Nell'istituto di Napoli, unico nel Meridione, a causa della scarsa capacità di ricezione in rapporto alle richieste, molte volte gli ammalati in arrivo non possono essere ricoverati, anche se provenienti da zone lontane, e devono attendere un turno di ammissione, con quei disagi e danni in tutti i sensi facili ad immaginare.

Inoltre, al fine di accogliere quanti più ammalati è possibile, i dirigenti dell'istituto sono stati costretti a raddoppiare i posti-letto nelle sale di degenza con tutti gli inconvenienti che ne conseguono.

Ciò quando gli ammalati, per la gran necessità, non siano stati addirittura sistemati su barelle in ambienti di fortuna, in attesa della disponibilità di un letto.

Tutto questo lo abbiamo constatato *de visu* in visite eseguite, in periodi diversi, all'istituto e, sempre, abbiamo raccolto le vive lagnanze dell'ottimo prof. Verga e dei suoi collaboratori che invocano dallo Stato la possibilità di assistere convenientemente il gran numero di ammalati che loro fa capo, attraverso un adeguato ampliamento dell'istituto.

* * *

Le statistiche delle malattie cardiovascolari non sono purtroppo più confortanti di quelle riguardanti i tumori.

Esse occupano, anzi, il primo posto nelle cause di morte.

Nel periodo gennaio-settembre 1960, infatti, il numero dei morti è stato di 359.491, di cui 105.642 per malattie del sistema circolatorio, 56.383 per tumori e 55.000 per malattie mentali, del sistema nervoso, eccetera.

Tali cifre nella loro eloquenza dimostrano chiaramente l'alta incidenza e la gravità delle malattie cardiovascolari.

Il danno da esse derivante si riflette largamente anche sull'economia della Nazione.

Esso, per i due milioni circa di cittadini affetti da vasculopatie, raggiunge l'alta cifra

di oltre 60 miliardi di lire annue, formati dalla perdita di giornate lavorative e dalle spese di ricovero ospedaliero.

* * *

Le malattie reumatiche, invece, più che incidere sulla mortalità, incidono sulla invalidità; e figurano per circa il 15 per cento tra le cause di pensionamento per invalidità.

Anche per queste malattie eminentemente sociali il Ministero della sanità si è prodigato creando centri per la diagnosi, terapia e ricupero in molte città d'Italia.

In ogni Provincia, di cui all'annesso elenco A), risultano istituiti uno o più « Centri » per l'accertamento e la cura delle malattie reumatiche e cardiovascolari. Detti Centri funzionano presso gli Istituti universitari e presso gli Ospedali civili.

Le Province di cui all'elenco B) sono ancora sprovviste di Centri specializzati.

A) *Elenco delle Province con Centri per le malattie reumatiche e cardiovascolari:*

- 1) Alessandria
- 2) Ancona
- 3) Arezzo
- 4) Ascoli Piceno
- 5) Asti
- 6) Bari
- 7) Benevento
- 8) Bergamo
- 9) Bologna
- 10) Bolzano
- 11) Brescia
- 12) Brindisi
- 13) Cagliari
- 14) Campobasso
- 15) Catania
- 16) Catanzaro
- 17) Chieti
- 18) Cremona
- 19) Enna
- 20) Ferrara
- 21) Firenze

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGI E RELAZIONI - DOCUMENTI

- 22) Forlì
- 23) Genova
- 24) Gorizia
- 25) Imperia
- 26) L'Aquila
- 27) La Spezia
- 28) Lecce
- 29) Latina
- 30) Lucca
- 31) Mantova
- 32) Massa Carrara
- 33) Matera
- 34) Messina
- 35) Milano
- 36) Modena
- 37) Napoli
- 38) Padova
- 39) Palermo
- 40) Parma
- 41) Pavia
- 42) Perugia
- 43) Pesaro
- 44) Piacenza
- 45) Pisa
- 46) Pistoia
- 47) Ravenna
- 48) Reggio Calabria
- 49) Reggio Emilia
- 50) Rieti
- 51) Roma
- 52) Salerno
- 53) Sassari
- 54) Savona
- 55) Siena
- 56) Taranto
- 57) Terni
- 58) Torino
- 59) Trapani

- 60) Treviso
- 61) Trieste
- 62) Udine
- 63) Varese
- 64) Vercelli
- 65) Verona
- 66) Vicenza
- 67) Viterbo

B) *Elenco delle Provincie sprovviste di Centri per le malattie reumatiche e cardiovascolari:*

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

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiovascolari in Italia si forniscono i seguenti dati:

Anno	N. morti per malattie del sistema circolatorio (incluse lesioni vascolari del sistema nervoso centrale)	Mortalità generale	% rispetto alla mortalità generale
1958	195.399	457.690	42,6 %
1959	194.827	455.176	42,8 %
1960	208.775	480.849	43,4 %

La mortalità per malattie cardiovascolari, secondo la classificazione adottata dall'Istituto centrale di statistica, viene determinata attraverso le seguenti voci:

	Anno 1958	1959	1960
Lesioni vascolari del sistema nervoso centrale	64.654	64.247	66.222
Reumatismo articolare acuto e cardiopatie reumatiche	8.001	7.530	7.340
Arteriosclerosi del cuore e coronaropatie	24.413	25.668	27.674
Endocardite cronica non reumatica	3.508	3.094	3.008
Degenerazione del miocardio	56.851	56.995	61.918
Ipertensione	14.363	14.482	15.522
Altre malattie del sistema circolatorio	23.609	22.811	27.091
	195.399	194.827	208.775

* * *

Per le malattie veneree occorre, per una buona profilassi, poter ricercare il male alla sua origine.

Si potrà giungere a un tale obiettivo con l'applicazione della legge 25 luglio 1956, n. 837: essa potrà essere completa appena

sarà emanato il relativo regolamento di esecuzione.

Individuare, infatti, gli affetti da malattie veneree che non si curano e continuano a diffondere il contagio è quanto mai indispensabile.

Ma una politica sanitaria di dette malattie che si limitasse esclusivamente al controllo, senza risalire alle fonti di contagio, non sarebbe utile. Anche se in un primo momento ciò varrebbe a ridurre i contagi, appena raggiunto un nuovo equilibrio, non si riuscirebbe a influenzare ulteriormente l'incidenza epidemiologica.

* * *

Il tracoma è tra le malattie sociali quella maggiormente legata alla miseria ed al basso livello culturale delle masse.

Esso fortunatamente è in netta diminuzione mercè l'azione che il Ministero va svolgendo attraverso dispensari antitracomatosi, centri chirurgici e colonie permanenti e temporanee per bambini tracomatosi.

* * *

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

Esso colpisce l'1 per cento circa della popolazione.

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

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

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

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

* * *

Anche nel campo della lotta contro la poliomielite, il cui doloroso incremento di incidenza negli ultimi dieci anni è stato copioso, si è agito con energia e metodo: per

la profilassi mediante la vaccinazione di massa (nel 1959, 6.000.000 circa di vaccinati); per la cura e il recupero mediante il potenziamento degli istituti per il trattamento delle manifestazioni acute e dei reliquati.

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

Bene ha fatto il Governo ad aumentare lo stanziamento di 400 milioni per l'assistenza e la cura dei poliomielitici poveri, recuperabili.

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

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

MEDICINA SCOLASTICA

Nella trattazione dei capitoli precedenti spesse volte abbiamo accennato alla necessità di dare al popolo una educazione sanitaria per la partecipazione indispensabile ed efficace del soggetto alla lotta contro le malattie, e per la sensibilizzazione delle masse ai problemi sanitari.

Tale educazione va ovviamente iniziata nella scuola inserendo l'insegnamento di igiene generale, e dell'alimentazione, e norme elementari di patologia e pronto soccorso tra le materie di studio obbligatorio.

Nozioni tutte indispensabili nella moderna società, in particolare per coloro che non frequenteranno altra scuola dopo quella di obbligo, e non avranno più l'opportunità di acquisirle nella vita, appartenendo essi a nuclei familiari poco evoluti. Parimenti è la scuola d'obbligo che, raccogliendo tutta la popolazione infantile di tutti gli strati sociali, è la sede più adatta per attuare una diffusa e sistematica medicina preventiva.

Fino all'età scolastica, il bambino sarà stato affidato, come detto innanzi, all'assistenza sanitaria dell'O.N.M.I.

L'assistenza sanitaria scolastica dovrebbe essere demandata allo Stato non potendo i Comuni, tranne alcuni delle grandi città, che solo dispongono di mezzi finanziari ed organizzazione adeguata, assolvere il delicato compito.

Il medico scolastico sarà, quindi, un dipendente dello Stato come lo sono i maestri, i direttori didattici, eccetera, con possibilità di sviluppo di carriera.

L'assistenza scolastica si inizierà con la visita medica generale di ciascuno alunno e relativi accertamenti eseguiti all'atto di ammetterlo in classe.

Le risultanze del controllo medico iniziale andranno annotate sul libretto sanitario da istituirsi sin dalla nascita e da custodirsi presso i Comuni, dandone una copia alla famiglia. Su tale libretto si annoteranno tutte le osservazioni e variazioni dello stato di salute del soggetto.

Il controllo preliminare di cui abbiamo parlato consentirà di scoprire eventuali imperfezioni fisiche, meiodragie, e cause morbogene minaccianti la salute del ragazzo, ovvero stati patologici che sconsigliano, al momento, di inserirlo nella comunità scolastica; a prima vista se ne appalesa la utilità, sia per l'individuo, sia per la collettività.

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

Alla fine della scuola d'obbligo, che coincide all'incirca con il quattordicesimo anno di vita (epoca della pubertà, si verificano nell'organismo quelle variazioni ormonali che lo portano allo stato adulto) l'alunno dovrà di nuovo essere sottoposto a quei controlli di cui fu oggetto al suo ingresso nella scuola, per avere una visione chiara del suo stato effettivo di salute, e per essere fornito, all'occasione, dei necessari aiuti preventivi o terapeutici.

In aggiunta dovrebbe essere sottoposto ad una visita psico-attitudinaria per individuare il carattere psichico e le inclinazioni latenti, che non sarebbero diversamente rivelate.

Rilievi che, uniti al giudizio del corpo insegnante e della famiglia, serviranno a meglio orientare il giovane sulla scelta del tipo di scuola da seguire, o sull'attività a lui più consentanea, se non continua negli studi.

Si eseguirà da ultimo la identificazione del gruppo sanguigno del ragazzo, da riportare sui documenti di identità, e sul libretto sanitario.

La conoscenza del gruppo sanguigno è cosa molto utile per sè e per gli altri, in ordine alla eventualità di terapie trasfusionali; eventualità non infrequente nella vita moderna, tanto esposta al rischio di traumi.

Concludendo, anche sull'importanza della medicina scolastica richiamiamo l'attenzione del Governo per invocarne il massimo impegno.

È proprio nell'età infantile che l'individuo ha maggior bisogno di essere assistito in ogni campo e specie in quello della salute, non avendo ancora coscienza di se stesso, delle sue manchevolezze e dei bisogni.

Tale assistenza raramente può essere fornita dalle famiglie, per deficienza di cognizioni, o di mezzi finanziari, ovvero per motivi ambientali.

Il dovere ne ricade, quindi, esclusivamente sullo Stato, come, del resto, la nostra Costituzione sancisce.

Non si vede d'altra parte perchè lo Stato, che avoca a sè, attraverso la scuola, il compito della formazione culturale dei cittadini, non dovrebbe, poi, assumersi ugualmente quello di tutelare la salute delle giovani esistenze che costituiranno la società di domani.

La difficoltà economica non dovrebbe distogliere lo Stato dal realizzare il prospettato servizio di medicina scolastica il quale potrebbe, anzi, in definitiva costituire un risparmio. Infatti, all'onere per l'organizzazione del servizio stesso, si contrapporrebbe, in seguito, il risparmio di molte spese per l'assistenza di malattie che la prevenzione avrà evitato.

Costa molto meno una vaccinazione tempestivamente praticata che non la cura ed

il recupero di un poliomieltico o di un tubercolotico, eccetera.

La medicina preventiva costa, in definitiva, meno della medicina curativa e di recupero.

Ciò senza dire dell'impagabile risultato di avere una società più sana, più efficiente, più produttiva.

Anche dal punto di vista economico sarebbe un immenso vantaggio per il paese poter ridurre la grande schiera di invalidi, purtroppo, fra noi in aumento.

* * *

Altro momento idoneo per il controllo sanitario individuale dovrebbe essere quello pre-matrimoniale.

La visita generale e opportuni accertamenti dovrebbero essere obbligatori; ed il relativo certificato, rilasciato dal medico provinciale, da cui risulti solo che il soggetto si è sottoposto a visita medica, dovrebbe far parte dei documenti matrimoniali obbligatori.

Per chiarire, la visita non dovrebbe avere carattere preclusivo, perseguendo solo lo scopo di svelare all'interessato, ove del caso, l'opportunità di rinviare le nozze fino alla guarigione di mali curabili, ovvero, addirittura, di sconsigliare di formare famiglia in caso di affezioni di diversa natura o gravità.

La visita pre-matrimoniale obbligatoria servirebbe, in concreto, a porre il nubente, ignaro delle sue condizioni di salute, di fronte alla responsabilità della propria coscienza, così da poter usare, consapevolmente, della propria libertà.

Questo controllo pre-matrimoniale è già eseguito in Italia da qualche centro di ispirazione cattolica.

* * *

Dal quadro di assieme, pur sommariamente abbozzato, dell'attuale situazione sanitaria italiana, risulta la vastità del compito, e la onerosità dell'impegno.

Rifare pezzo per pezzo un edificio sballato, volendo adottare criteri nuovi, è certo più difficile che costruirlo daccapo.

In Italia non essendo mai esistito un indirizzo sanitario centrale, disinteressandosi fino a pochi anni fa i Governi della questione, sono stati costretti a sostituirsi allo Stato

gli enti locali, o le organizzazioni religiose, ovvero di beneficenza, per le necessità elementari della salute pubblica.

Da ciò la frammentarietà iniziale e la differenza dell'azione in rapporto al grado di civiltà delle popolazioni e alle disponibilità economiche delle varie amministrazioni, che ancora oggi si perpetuano, determinando profonda diversità di livello dell'assistenza sanitaria tra regione e regione e provincia e provincia.

Disparità non più concepibile in una società moderna e in uno Stato democratico.

Il diritto alla tutela della salute è eguale per tutti i cittadini, donde il dovere di evitare le disparità di trattamento attualmente esistenti fra comunità che sono su piani economici diversi.

Basterà che si legga l'articolo 32 della Costituzione per convincersene. Per lo spirito di tale norma si è venuta anche formando nel popolo una coscienza nuova, e varie categorie di cittadini si sono organizzate separatamente creando enti diversi, a tipo assicurativo, che garantiscano l'assistenza gratuita.

Circa quattro milioni però di poveri restano nel nostro Paese ancora esclusi da ogni forma di assistenza perchè affidati ai Comuni i cui bilanci deficitari non consentono, nella massima parte dei casi, di assolverne il compito.

Struttura, dunque, disuguale, frammentaria, inadeguata ed inaccettabile, che è riuscita oltre tutto a scontentare in eguale misura medici ed ammalati.

Se, invece, all'inizio dell'ultimo dopo guerra fosse esistito il Ministero della sanità, esso avrebbe regolato la costruzione dell'edificio sanitario secondo un progetto omogeneo ed opportunamente studiato per ottenere un complesso funzionale ed organico. Cosa che si potrebbe ben realizzare oggi attraverso il costituito Ministero della sanità la cui competenza fosse, però, estesa a tutta l'attività sanitaria: riorganizzando con criteri moderni la medicina preventiva, e riconducendo nel suo giusto alveo la medicina curativa che ne è fuori, per essere alle dipendenze del Ministero del lavoro.

Per facilitare il conseguimento del secondo obiettivo, ostacolato da interessi e contrasti vari, si potrebbe deferire al Ministero della sanità tutta la materia sanitaria e al Mi-

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nistero del lavoro quella amministrativa; così come presso a poco avviene dell'edilizia scolastica, per la quale il Ministero della pubblica istruzione prepara i piani ed il Ministero dei lavori pubblici li esegue.

L'idea unificatrice, una certa necessità di comporre le scarse membra della cosa sanitaria sembra cominci fortunatamente in alcuni settori del Governo ad essere avvertita.

Il Ministro del lavoro, pare, sia orientato in questo senso ed ha allo studio un progetto di legge che vorrebbe dare inizio all'unificazione della materia sanitaria nell'ambito del suo Dicastero.

Tutto ciò è solo un conato ancora lungi dalla invocata politica unitaria; ma sta, comunque, a dimostrare che le idee nuove vanno guadagnando il vertice.

Anche il Presidente del Consiglio sarebbe aperto ai concetti riformatori della materia; il che ci dà non poco conforto e fiducia essendo egli uomo di larghe vedute, di idee chiare e di vasta capacità realizzatrice.

MEDICINA NUCLEARE

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

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

Se accanto agli usi medici si tengono presenti l'uso di materiale fonte di radiazioni ionizzanti nelle fabbriche e lo sfruttamento dell'energia nucleare a scopi pacifici si comprende quanto siano aumentate le possibilità di contaminazione dell'ambiente in generale, e, in particolare, dell'aria, del suolo, delle acque superficiali e telluriche e di conseguenza degli alimenti stessi, problema, quest'ultimo,

che acquista ogni giorno più larga portata per la pubblica salute.

La Sanità pubblica si trova, quindi, di fronte a un problema nuovo che tutti i giorni diventa più complesso, e la cui risoluzione diventa più urgente: è chiaro, infatti, che non solo si debbono intensificare le ispezioni previste dalla legge, estendendole a tutte le sorgenti di radiazioni ionizzanti, ma soprattutto si devono fornire al personale incaricato i mezzi strumentali idonei ad accertare, come la legge vuole, la corretta installazione degli impianti e la loro buona manutenzione.

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

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Già altre volte è stato rilevato che il finanziamento accordato all'Istituto superiore di sanità non è sufficiente e non ha consentito e non consente all'Istituto di sviluppare alcuni settori della sua attività.

Figurano nel bilancio, assegnato all'Istituto superiore di sanità, globalmente lire 2.414.405.000, ma di questi lire 489.000.000 sono destinati al pagamento di stipendi ed altri assegni al personale, mentre per il funzionamento restano 1.625.000.000 di lire.

Da queste vanno detratte le spese per pagare il personale incaricato ed i borsisti ed altre spese di carattere generale ammontanti a lire 706.000.000.

Per il funzionamento vero e proprio restano pertanto solo 919.000.000 con i quali l'Istituto deve provvedere all'acquisto dei prodotti chimici, dei reagenti, alla Biblioteca cui affluiscono volumi e 2.000 periodici, al parco zoologico, alle officine, all'acquisto di apparecchi, taluni dei quali assai costosi, al Centro di Latina per lo studio degli insetticidi, nonché alla costruzione degli edifici nei quali debbono trovare posto laboratori e im-

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

pianti, al pagamento del consumo del gas, dell'energia elettrica, dell'acqua.

È ovvio che 900 milioni non sono sufficienti, e se fino ad oggi l'Istituto ha fatto fronte a tutte le sue esigenze, ciò è dovuto alla saggezza con la quale viene amministrato il denaro erogato dallo Stato.

Ma è certo che se si tiene conto dei dieci Laboratori sperimentali, del Centro internazionale di chimica microbiologica, del consumo di animali da esperimento, taluni dei quali si acquistano all'estero a prezzo assai elevato, non si può che concludere che ogni progresso è inibito e ciò con grave danno della salute pubblica e del prestigio dell'Italia.

Se il finanziamento non verrà elevato, lo Istituto non potrà affrontare nuovi e importanti problemi, tra i quali citiamo in primo piano il controllo e lo studio della tossicità degli esteri fosforici usati come disinfestanti, il vaccino vivo per antipolio, lo studio degli insetti nocivi all'uomo, quello di talune malattie del bestiame, ed altri.

INCIDENTI AUTOMOBILISTICI

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

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

Da essa si rileva come il numero degli incidenti in tale periodo si è quintuplicato, passando dai 54.177 del 1951 ai 271.655 del 1960, mentre il numero dei morti è quasi raddoppiato, passando da 4.474 a 8.444.

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

TABELLA N. 1

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

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

TABELLA N. 2

CAUSE DI MORTE	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Tutte le cause	481.911	474.526	472.711	441.897	446.089	497.550	484.190	457.915	455.176	480.849
Accidenti del traffico	4.474	5.183	6.029	6.895	8.048	7.987	8.116	8.033	7.788	8.444
Malattie infettive	28.609	21.853	19.249	18.424	17.579	17.307	16.702	16.124	14.410	13.660
Rapporto percentuale tra morti per tutte le cause e morti per accidenti del traffico .	0,93	1,09	1,27	1,56	1,80	1,59	1,68	1,75	1,71	1,76

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

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

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

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

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

Si consideri che una patente di guida concessa ad un soggetto inidoneo è come un mitra affidato ad un bambino.

SERVIZIO FARMACEUTICO

Il servizio farmaceutico va considerato una attività di interesse pubblico per quelle ovvie considerazioni che lo collegano a quello dell'assistenza sanitaria in genere, di cui è completamente indispensabile.

Pertanto tutto il territorio nazionale deve essere coperto da una rete continua di farmacie in modo che ogni gruppo di popolazione, in aggregati urbani o sparso, abbia la possibilità di essere comodamente servito.

Gli esercizi farmaceutici devono svolgere il loro servizio in condizioni di perfetta efficienza per non vedere snaturata la loro funzione sociale.

Da qui la fondamentale importanza di rendere agevole l'impianto e funzionamento delle farmacie nei comuni rurali e nelle zone povere, assicurando o adeguando una indennità di residenza, da valere come mezzo di incremento della struttura economica delle farmacie rurali.

Tale contributo, avuto riguardo alla natura pubblica del servizio e alle condizioni di privilegio di cui godono le farmacie delle città, dovrà essere messo a carico di tutte le altre farmacie e se del caso integrato dallo Stato.

Il disegno di legge presentato dal ministro Giardina, recentemente approvato dalla 11^a Commissione del Senato, ha sancito il rapporto limite farmacie-popolazione portandolo da 5.000 a 4.000 abitanti, cosa che determinerà, allorchè sarà approvato anche dalla Camera dei deputati, l'aumento di un quinto del numero delle farmacie in Italia.

Esso ha reso obbligatorio inoltre l'aggiornamento biennale della pianta organica, da parte dei medici provinciali, ed ha stabilito che, relativamente al primo concorso, il 50 per cento delle farmacie da assegnare venga riservato ai collaboratori. Inoltre urge trovare la via giusta tra le 26 proposte di legge sull'argomento, per formulare un unico provvedimento legislativo completo e organico che sani finalmente l'annoso problema tanto avvertito dalla categoria ma soprattutto dalle popolazioni, essendo l'attuale legislazione inadeguata e carente a soddisfare le moderne esigenze del servizio.

PREZZI DEI MEDICINALI

In considerazione dell'importanza economico-sociale del settore e dell'opportunità dell'intervento governativo, il Ministero della sanità da anni si è assunto il compito di disciplinare il prezzo delle specialità medica-

li. Tale disciplina si è concretata nella fissazione dei prezzi di vendita al pubblico dei prodotti di nuova registrazione e nella proposta di revisione dei prezzi dei prodotti già in commercio (i provvedimenti definitivi, quando si tratti di variazione, spettano al C.I.P.).

Il Ministero della sanità peraltro ha svolto in questo campo un'azione sempre più intensa ed efficace per il controllo dei costi industriali dichiarati dai produttori ed è intervenuto efficacemente con numerose proposte di riduzione dei prezzi, successivamente approvate dal C.I.P., per migliaia di prodotti e di confezioni.

Una più attiva politica di riduzione dei prezzi è stata seguita particolarmente negli ultimi due anni con la riduzione dei prezzi di molte specialità medicinali, specie fra quelle di più largo consumo ed importanza terapeutica (antibiotici, vitaminici, ormonici, vaccini antipoliomielitici, insuline ipoglicemizzanti per uso orale, chemioterapici antitubercolari, eccetera).

Da ultimo sono stati ridotti su proposta del Ministero della sanità circa 4.000 prezzi di specialità medicinali appartenenti a gruppi che non erano stati assoggettati a precedente riduzione, costituiti in prevalenza da associazione di prodotti semplici già ridotti.

Azione senza dubbio meritoria, che va continuata ed anzi intensificata per l'importanza enorme che ha il prezzo dei medicinali per un'efficace politica sanitaria.

BREVETTABILITÀ DEI MEDICINALI

Il problema della brevettabilità dei medicinali rientra nella specifica competenza del Ministero dell'industria e del commercio, che ha anche presentato e successivamente avrebbe ritirato un apposito disegno di legge per disciplinare la materia.

Indubbiamente, per i suoi riflessi pratici, soprattutto nei riguardi dello sviluppo dell'industria farmaceutica nazionale, il problema interessa anche il Ministero della sanità, che ha infatti dedicato e dedica tuttora ad esso il più attento studio.

Allo stato attuale, si trovano all'esame del Parlamento, a quanto risulta, due proposte

di legge in materia, di iniziativa rispettivamente degli onorevoli Bima, Lucifredi ed altri, e dell'onorevole Cremisini.

Le due proposte sostanzialmente concordano nel riconoscere la necessità di introdurre nel nostro ordinamento il principio della brevettabilità, limitata però ai procedimenti per la fabbricazione dei medicinali, e cioè non estesa anche ai medicinali come prodotti finiti.

Concordano anche nel riconoscere la necessità di istituire, insieme con il brevetto, una licenza obbligatoria d'uso da rilasciarsi a chi ne faccia richiesta, ricorrendo determinate condizioni, e ciò allo scopo di porre dei limiti al monopolio del brevettante.

Dove le due proposte di legge si differenziano fra loro, è nella particolare regolamentazione dell'istituto della licenza obbligatoria.

E ciò non a caso, in quanto proprio questo sembra costituire — almeno al momento attuale — il punto cruciale di una questione per altri aspetti invece già avviata a soluzione.

È infatti dalla regolamentazione della licenza obbligatoria che dipende l'affermazione, maggiore o minore, della brevettabilità sul piano concreto, una volta che essa sia stata riconosciuta come principio.

Sull'argomento diverse sono le tesi e diversi gli orientamenti, secondo che maggiore o minore sia la convinzione della esigenza brevettistica e secondo gli interessi che sono alla base dei vari interventi.

Tali interessi, anche se talvolta prospettati, con abili e seducenti argomentazioni, sotto un profilo sanitario, celano spesso finalità preminentemente economiche e di parte.

Non deve, comunque, essere dimenticato da nessuno che il medicamento non è un qualsiasi prodotto industriale, ma un prodotto particolare, prescritto sotto la responsabilità di un professionista (medico), preparato sotto la responsabilità di altri professionisti (farmacisti, chimici, biologi, eccetera) e destinato all'ammalato, non quindi ad un qualsiasi cliente.

È auspicabile che il Parlamento approfondisca ed esamini, con sollecitudine non disgiunta da cautela, le proposte di legge sull'argomento, emendandole convenientemente,

perchè ne scaturisca un provvedimento legislativo che, migliorando la ricerca scientifica della industria farmaceutica italiana, finisca col giovare maggiormente al consumatore, mettendo in commercio prodotti migliori e a prezzi bassi. La legge dovrà in definitiva mirare a stimolare la ricerca scientifica dell'industria senza che ne derivi un aumento del prezzo dei prodotti.

Bisognerà perseguire il vantaggio del consumatore e non determinare una operazione economica dell'industria.

PROPAGANDA SANITARIA

Verso la fine dello scorso anno ha avuto luogo a Roma la 1^a Mostra internazionale della sanità, promossa dall'Associazione italiana per l'igiene, con gli auspici del Ministero della sanità.

Finalità generale fu quella di documentare come le malattie, l'ignoranza, la povertà e le sfavorevoli condizioni ambientali siano gli ostacoli più gravi allo sviluppo sociale, offrendo nello stesso tempo un vasto panorama dei progressi compiuti dalla medicina nel mondo.

Numerosi paesi esteri — tra cui gli Stati Uniti d'America, la Repubblica Federale Tedesca, la Cecoslovacchia, la Turchia, la Libia, eccetera — illustrarono nei rispettivi *stand* le proprie attività sanitarie. I Ministeri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'agricoltura e foreste, della difesa, dei trasporti; istituti scientifici, quale l'Istituto superiore della sanità, i maggiori enti assistenziali e previdenziali, quali l'O.N.M.I. la C.R.I., l'I.N.A.I.L., l'I.N.A.M., l'I.N.P.S. eccetera, e quasi tutte le regioni d'Italia esposero quanto di meglio poteva rappresentare le realizzazioni nelle singole sfere di competenza.

Non mancò, poi, la partecipazione fervida ed operosa da parte di istituti e cliniche universitarie, e di eminenti scienziati che largamente cooperarono nel raffigurare le conquiste della scienza e della tecnica.

La Mostra è stata, insomma, una documentazione ricca, variata, felicemente espressa, dei progressi realizzati dai singoli istituti

ed enti nel campo scientifico e dottrinario, in quello dell'assistenza specifica, della sicurezza sociale, delle grandi opere igienico-sanitarie.

Alla rassegna espositiva si accompagnò un importante programma culturale: 27 congressi e convegni vari, numerose riunioni dimostrative, conferenze ad alto livello, oltre 300 films e documentari scientifici.

L'articolazione dei vari settori dedicati al ciclo della vita dell'uomo, che costituiva il perno centrale della Mostra, si ispirò a principi informativi e didascalici.

Si volle sintetizzare, nei suoi aspetti più salienti, una materia immensa in prodigioso e rapido divenire e svolgere ad un tempo opera sia di divulgazione, sia di educazione sanitaria.

Anzi, all'educazione sanitaria della popolazione — verso cui si va concentrando sempre più l'attenzione della pubblica amministrazione e di innumerevoli istituzioni anche private come fattore fondamentale di elevazione sociale e di difesa e di potenziamento della salute — venne dedicato un intero settore che richiamò il maggior numero di visitatori.

Una viva curiosità infatti suscitavano non solo i materiali esposti, ma soprattutto le metodiche moderne di penetrazione educativa nelle masse popolari mediante raffigurazioni artistiche, filmine, cartelli, oggetti vari, curiosità storiche.

Non vi è paese oggi che non dedichi ingenti mezzi alla educazione sanitaria della popolazione. Il presupposto di tale attività si fonda sul principio che non è possibile conseguire alcun risultato apprezzabile nella lotta contro le malattie, come nella tutela della salute, senza la partecipazione soggettiva consapevole del singolo individuo, senza la sensibilizzazione delle masse ai problemi sanitari.

L'educazione sanitaria, con i potenti mezzi moderni di diffusione, raggiunge la pienezza delle sue finalità allorchè diventa costume di vita, abito mentale dei cittadini. Tra i mezzi espressivi è forse lo strumento più efficiente per raggiungere le finalità sociali di elevazione pubblica. Infatti, i problemi sanitari — estremamente difficili ad essere volgarizzati e semplificati — trovano in una mostra ben concepita, e anzitutto a causa del-

la sua immediatezza visiva, maggior forma persuasiva degli altri mezzi di divulgazione.

Ne è prova l'interesse suscitato dalla cenata manifestazione, che è stato veramente enorme. Tale interesse è stato sorprendente e significativo, dimostrando quali richiami, quali attrattive suscitino aspetti e problemi della medicina sol che si rendano accessibili al livello mentale popolare.

La stampa ebbe a riportare largamente, per tutti i 60 giorni della manifestazione, notizie sulla crescente affluenza del pubblico. Si susseguì nei saloni di uno dei più bei palazzi dell'E.U.R., ove la Mostra fu tenuta, un gran numero di cittadini di ogni condizione, medici e professionisti di ogni genere, impiegati di ogni età e grado, collettività scolastiche, religiosi, operai, donne di casa. Il numero complessivo dei visitatori raggiunse, secondo le notizie pubblicate, la ragguardevole cifra di oltre 250 mila persone.

Ciò è la prova palmare che ben ha fatto il Ministero della sanità a incoraggiare e a sostenere con adeguati mezzi finanziari e ancor più con le sue alte direttive, la grande rassegna.

Questa ricca esperienza acquisita non va affievolita nè tanto meno dispersa. Va anzi incoraggiata e perseguita, accresciuta e perfezionata a servizio di rinnovate manifestazioni ricorrenti.

È fuor di dubbio che nell'opera di governo si inquadrano queste iniziative volte a vantaggio della salute pubblica, ossia iniziative concernenti un'attività primaria dello Stato, non inferiore, per importanza, alla pubblica istruzione e ad altri essenziali servizi.

Manifestazioni del genere dovrebbero rientrare nei compiti specifici del Ministero della sanità. Ed è motivo di soddisfazione rilevare come nel bilancio della Sanità per l'esercizio 1961-62 è stato elevato lo stanziamento destinato alle spese di propaganda, alle mostre, eccetera (capitolo 82) da lire 45.000.000, qual'era nel precedente esercizio finanziario (capitolo 80), a lire 240.000.000.

Forse sarebbe utile raccomandare di commisurare la voce specifica dello stanziamento anche alle esigenze concrete di programmi simili a quelli svolti nella precedente ras-

segna, che potrebbe costituire una attività permanente — diretta e controllata — della pubblica amministrazione.

SERVIZI VETERINARI

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

Tale duplice finalità si realizza attraverso:

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

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

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

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

Tali provvedimenti debbono mirare soprattutto a prevenire e combattere alcune malattie particolarmente gravi e dannose quali: l'afta epizootica, la tubercolosi bo-

LEGISLATURA III - 1958-61 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

vina, la brucellosi e la idatidosi, e le mastiti infettive delle bovine.

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

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

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

CONCLUSIONI

In conclusione delle nostre osservazioni chiediamo anzitutto venia se abbiamo trascurato di fare l'anatomia dei 1.693 milioni stanziati in più nel bilancio di quest'anno, allontanandoci alquanto dalla comune prassi

usata in passato per le relazioni del bilancio.

Ma gli onorevoli senatori ben comprenderanno quanto poco ci fosse da dire o progettare, in così vasta materia, sulla gracile somma di poco più di un miliardo e mezzo, insufficiente anche per modificare sostanzialmente un solo capitolo del bilancio medesimo.

Studiandolo, ci convinceremo che a voler restare alla stretta analisi delle cifre non ci sarebbe rimasto che ripresentare la relazione del bilancio per l'anno finanziario 1960-61.

Abbiamo creduto pertanto preferibile, ad evitare anche la monotonia di inutili ripetizioni, di sottoporre all'onorevole consesso un modesto schema di quello che potrebbe essere in alcuni settori l'assetto sanitario italiano; non avendo, con ciò, la pretesa di aver detto o scoperto niente di nuovo ma ritenendo pur sempre utile riportare il discorso su argomento di così grande importanza.

Comprendiamo bene che lo schema da noi prospettato richiede uno sforzo economico non indifferente. Sforzo che potrebbe però più agevolmente essere affrontato attraverso un piano anche quinquennale, che frazionerebbe la spesa nel tempo rendendola più accessibile alla nostra economia; così come è stato fatto in altri settori per casi congeneri.

D'altra parte la posta è tale che vale bene la pena di qualche sacrificio.

Chiudendo, invitiamo gli onorevoli senatori ad approvare il presente bilancio, considerandolo ancora una tappa necessaria per il raggiungimento delle invocate realizzazioni.

CRISCUOLI, *relatore*

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

È autorizzato il pagamento delle spese ordinarie e straordinarie del Ministero della Sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962, 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 1961-62, 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 1961-62 in lire 2.400.000.000.