CAMERA DEI DEPUTATI N. 3116-A

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(RELATORI **SORGI**, *per la maggioranza;*
BARBIERI ORAZIO E **MONTANARI OTELLO**, *di minoranza*)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

nella seduta del 21 giugno 1961 (*Stampato n. 1420*)

PRESENTATO DAL MINISTRO DEL TESORO
(TAVIANI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL BILANCIO
(PELLA)

Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica alla Presidenza della Camera il 22 giugno 1961

—

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

Presentata alla Presidenza il 26 settembre 1961

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

INDICE

RELAZIONE DELLA MAGGIORANZA

(Onorevole SORGI).

I. – INTRODUZIONE. . . . . *Pag.* 5

II. – BILANCIO E SUOI MOVIMENTI . » 5

III. – SANITÀ PUBBLICA E SVILUPPO ECONOMICO . . . . . » 7

IV. – SPESE SANITARIE NAZIONALI . » 10

V. – UNITÀ DIRETTIVA DELLA POLITICA SANITARIA . . . . . » 12

VI. – RIORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA . . . . . » 13

A) Sistema mutuo-previdenziale . . . . . » 13

1. – Attuale situazione . . » 13

2. – Inconvenienti . . . . » 18

a) *Strutture organizzative* . . . . . » 18

b) *Disagio della classe sanitaria* . . . . » 20

c) *Disagio dell'assistito* . . . . . » 23

3. – Traguardi da raggiungere . . . . . » 23

B) Funzione degli Enti locali . » 25

Provincie . . . . . » 25

Comuni . . . . . » 25

C) Cliniche universitarie . . . » 26

VII. – OSPEDALI: SERVIZIO PUBBLICO » 27

1. – Insufficienza ricettiva. » 27

2. – Crisi istituzionale . . » 32

3. – Crisi economica . . . » 32

a) *Continuo aumento dei costi ospedalieri* . . . . . » 33

b) *Rette inadeguate.* . » 34

c) *Lentezza delle entrate* . . . . . » 36

d) *Case di cura private.* » 36

4. – Gli ospedalieri. . . . » 37

5. – Aspetto morale . . » 39

6. – Punti per una riforma ospedaliera. . . . . » 40

VIII. – MALATTIE SOCIALI . . . . . *Pag.* 41

1. – Tubercolosi . . . . . » 41

a) *Risultati notevoli.* . » 42

b) *Dall' I.N.P.S. all'I.N.A.M.* . . . » 43

2. – Tumori e vasculopatie » 44

a) *Mezzi insufficienti* . » 45

b) *Obiettivi urgenti* . . » 46

3. – Altre malattie sociali . » 47

4. – Invalidi civili . . . . » 47

a) *Discinetici* . . . . » 48

b) *Poliomielitici* . . . » 48

c) *Altri minorati fisici* » 49

5. – Malattie nervose e mentali . . . . . » 50

a) *Pauroso fenomeno sociale* . . . . . » 51

b) *Leggi e metodi nuovi* » 51

c) *La comunità come medico* . . . . » 52

6. – Irregolari psichici . . » 53

7. – Centri per le malattie sociali. . . . . » 54

IX. – IGIENE PUBBLICA. . . . . » 54

1. – Livello igienico-sanitario . . . . . » 54

a) *Malattie diffusive* . » 54

b) *Mortalità.* . . . » 55

2. – Igiene del suolo, dell'abitato, dell'ambiente . . . . . » 57

a) *Opere igieniche* . . » 57

b) *Radioattività* . . . » 58

c) *Inquinamento atmosferico* . . . . . » 60

d) *Ambiente di lavoro* . » 60

3. – Alimentazione . . . . » 61

a) *Vigilanza sanitaria.* » 61

b) *Disponibilità alimentari* . . . . » 62

4. – Tutela dell'età evolutiva . . . . . » 63

a) *O.N.M.I.* . . . » 63

b) *Medicina scolastica* » 64

c) *Educazione fisica* . » 65

5. – Incidenti . . . . . » 65

X. – MEDICINALI . . . . . *Pag.* 67
1. – Prezzi e brevettabilità. » 67
2. – Farmacie . . . . . » 71
XI. – SERVIZI VETERINARI . . . . . » 71
XII. – ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ. . . . . » 72
XIII. – PER UNA MODERNA POLITICA SANITARIA . . . . . » 73
1. – Verso un sistema di sicurezza sociale. . . » 74
2. – Il Piano Bianco . . . » 75
XIV. – CONCLUSIONE. . . . . » 75

INDICE DELLE TABELLE

(*Allegate alla relazione per la maggioranza*).

N. 1. – Voci del bilancio 1961-62 . . *Pag.* 6
» 2. – Riduzione del reddito nazionale per malattie . . . . » 9
» 3. – Progressivo incremento del bilancio. . . . . » 10
» 4. – Spesa pubblica per la sanità . » 11
» 5. – Assicurazione obbligatoria di malattia: Enti, popolazione assistita e spese nel triennio 1958-1960 . . . . . » 15
» 6. – Assistenza malattie: prestazioni distinte secondo il tipo . . . . . » 16
» 7. – Altri Enti erogatori di assistenza sanitaria . . . . . » 17
» 8. – Quadro riassuntivo della situazione mutuo-previdenziale . . . . . » 18
» 9. – Assicurazione malattia, tubercolosi e maternità: spese per prestazioni e totale uscite. . . . . » 20
» 10. – Densità dei medici in alcuni Stati . . . . . » 22
» 11. e 11-*bis*. – Distribuzione dei medici in Italia. . . . . » 22-23
» 12. – Posti-letto degli ospedali pubblici e privati al 31 dicembre 1958 . . . . . » 29
» 13. – Indici di ricettività ospedaliera al 31 dicembre 1958 . » 30
» 14. – Sviluppo della ricettività ospedaliera dal 1938 al 1958 . . . . . » 30
» 15. – Personale sanitario ed ausiliario dei pubblici ospedali . » 38
N. 16. – Servizi per la lotta contro la tubercolosi . . . . . *Pag.* 42
» 17. – Morti per grandi gruppi di cause . . . . . » 44
» 18. – Indici regionali di mortalità per tumori e malattie cardiocircolatorie . . . . . » 45
» 19. – Invalidi civili . . . . . » 49
» 20. – Alcune malattie infettive e diffusive . . . . . » 55
» 21. – Mortalità generale ed infantile in alcuni Stati. . . . » 56
» 22. – Alcune carenze igieniche di centri abitati . . . . . » 57
» 23. – Istituzioni assistenziali O. N. M. I.. . . . . » 63
» 24. – Alcune età più esposte agli incidenti mortali . . . . . » 66
» 25. – Incidenti stradali . . . . . » 67
» 26. – Prezzi di farmaci in alcuni Stati . . . . . » 68

RELAZIONE DI MINORANZA

(Onorevoli BARBIERI ORAZIO e MONTANARI OTELLO).

PREMESSA

CONSIDERAZIONI SU ALCUNI DATI COMPARATI DEL BILANCIO DELLO STATO . *Pag.* 77

PARTE PRIMA

UNA RIFORMA OSPEDALIERA PER UNA NUOVA POLITICA SANITARIA

1. – LA SITUAZIONE DEGLI OSPEDALI CIVICI . . . . . *Pag.* 79
2. – LE PROMESSE DEL GOVERNO . . » 85
3. – NECESSITÀ DI UNA CONCEZIONE STORICISTICA DEGLI ISTITUTI E DELLE TERAPIE . . . . . » 86
4. – I GRANDI FLAGELLI CHE MINANO LA NOSTRA CIVILTÀ E LA PAURA DEI CETI OSCURANTISTI DELLA SPERIMENTAZIONE . . . . . » 87
a) Le affezioni cardiovascolari. . » 87
b) I tumori . . . . . » 87
c) I traumatizzati . . . . . » 89
5. – IL PROBLEMA DEGLI ANZIANI. . » 92
6. – TESTIMONIANZE SULL'URGENZA DELLA RIFORMA OSPEDALIERA . » 94
7. – LA RICERCA SCIENTIFICA. . . » 96
8. – ANACRONISMO DELLA RIFORMA GIARDINA . . . . . » 96
9. – PUNTI CARDINE DI UNA RIFORMA OSPEDALIERA . . . . . » 97

PARTE SECONDA

DISCIPLINA DELLA PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEI MEDICINALI

10. – CARATTERIZZAZIONE DELL'INDUSTRIA CHIMICO-FARMACEUTICA ITALIANA . . . . . *Pag.* 98
11. – QUALITÀ DELLA PRODUZIONE DELL'INDUSTRIA CHIMICO-FARMACEUTICA. LA RICERCA SCIENTIFICA . . . . . » 99
12. – LE RICHIESTE DEGLI INDUSTRIALI » 100
13. – CONSIDERAZIONI SULLO SVILUPPO DELL'INDUSTRIA CHIMICO-FARMACEUTICA . . . . . » 100
14. – LA SITUAZIONE LEGISLATIVA . . » 101
15. – LA SPESA PER I MEDICINALI . . » 101
16. – I VARI ASPETTI DEL PROBLEMA DEI PREZZI. . . . . » 102
A) Organismi di regolamentazione . . . . . » 102
B) Il metodo . . . . . » 102
17. – SPECIALITÀ ESTERE E PRODOTTI ITALIANI DI IMITAZIONE . . . *Pag.* 104
18. – PREZZI E COSTI. . . . . » 104
19 – SPECIALITÀ REGISTRATE E SIMILARI. . . . . » 105
20. – SPECIALITÀ RIDOTTE. . . . . » 106
A) Gli enormi ritardi nella riduzione sono una pratica in atto da anni . . . . . » 106
B) La riduzione delle 4 mila specialità . . . . . » 106
21. – I PREZZI DI MIGLIAIA DI SPECIALITÀ RESTANO ALTISSIMI . . . » 107
22. – LA POLITICA DEL MINISTRO GIARDINA E DEL GOVERNO. . . . » 108
23. – PRINCIPÎ GENERALI DI UNA NUOVA REGOLAMENTAZIONE . . . » 110
24. – MISURE CONCRETE DI RIFORMA. . » 110
25. – L'OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE . » 112
26. – PROVVEDIMENTI IMMEDIATI . . » 113
CONCLUSIONI. . . . . » 113
DISEGNO DI LEGGE . . . . . » 114

RELAZIONE PER LA MAGGIORANZA

I. — INTRODUZIONE

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Siamo all'inizio del terzo anno di vita del Ministero della sanità.

I primi due bilanci sono stati d'impostazione. La relazione stesa dagli onorevoli colleghi Ferrari e Quintieri nel 1959-60 ha il merito di aver aperto la strada verso vergini orizzonti con un esame acuto, ricco ed organico dei problemi sanitari italiani e della strumentazione prevista dalla legge istitutiva della nuova branca della pubblica amministrazione. La relazione dell'onorevole Colleselli nel 1960-61 apporta un intelligente contributo all'approfondimento degli aspetti giuridici dei compiti del Ministero e degli aspetti tecnici dei servizi fondamentali, primo fra essi quello ospedaliero.

A questa terza relazione toccherebbe il compito di ripetere analisi e confronti già così meritoriamente condotti e confortati da dati statistici, che semmai sarebbero solo da aggiornare.

Ma due anni di esistenza – anche se così brevi nella storia dei popoli, che si misura coi secoli – hanno sentito il ritmo della vita contemporanea. Hanno imposto al giovane Ministero problemi di maturazione a tempi sempre più accorciati. Stanno sensibilizzando la coscienza burocratica e politica dell'intera Nazione alla realtà della situazione organizzativa della sanità italiana.

Perciò questa relazione dovrà illustrare il bilancio del Ministero della sanità, cercando di non ripetere quanto già egregiamente detto dai relatori dei due anni precedenti; ma non potrà non tentare a un tempo di iniziare un saggio di bilancio dell'intera sanità italiana.

Il traguardo sembra orgoglioso. Ma bisogna precisare che non di una impostazione personale si tratta, bensì di una dilatazione d'orizzonti conclamata da mille voci di cento provenienze ufficiali, oltre che dalla realtà che viviamo. Questa relazione ha solo l'ardire di correr l'avventura, col desiderio di sottoporre i pochi elementi raccolti alla considerazione e all'approfondimento di esperti e di ambienti qualificati, interni ed esterni al Parlamento. Ciò che nella relazione è solo un informe inizio, può diventare un serio argomento di ricerche e di studi, più ampi di quanto non siano al presente in Italia.

Di qui nasca il contributo determinante e primario, che lo studio e l'azione per una moderna politica di protezione sanitaria possono e devono apportare alla invocata svolta decisiva del nostro popolo verso un sistema di sicurezza sociale.

II. — BILANCIO E SUOI MOVIMENTI

Il nostro discorso deve muovere dall'esame della realtà del bilancio.

La spesa del Ministero della sanità per l'esercizio 1961-62 è prevista nell'importo di lire 52 miliardi e 692 milioni.

Per semplificare la valutazione dell'entità della spesa e dei suoi impieghi, può essere utile la tabella n. 1.

TABELLA N. 1.

Voci del bilancio 1961-62.

DESTINAZIONE DELLA SPESA (in milioni di lire)						Aumento sul 1960-61
4.494	Oneri di carattere generale.	3.908,3	personale e pensioni			—
		585,7	spese generali			+ 14,6
45 010	Interventi per la sanità pubblica.	15 735	attraverso Enti vigilati	15.000	O.N.M.I.	—
				600	C.R.I.	+ 200
				135	altri	—
		29.275	diretti	5.534	per l'igiene pubblica	+ 670
				18.001	per la lotta contro la t. b. c.	—
				4.580	per altre malattie sociali	+ 290
				1.160	per i servizi veterinari	+ 150
624	Spese diverse.	132	per il servizio farmaceutico			—
		492	propaganda sanitaria e organizzazioni internazionali			+ 218
2 564,8	Istituto Superiore di Sanità.	1.321,7	per il personale			+ 150,4
		1.243,1	per il funzionamento dell'Istituto			—
52 692,8			Totali			+ 1.693

Da uno sguardo sommario a questa tabella si rileva, fra l'altro, come il Ministero amministri per interventi diretti sulla sanità pubblica poco più di metà della disponibilità del bilancio. Notevole risulta l'impegno per l'infanzia e per la lotta contro la tubercolosi (33 miliardi) che da sole assorbono il 62,6 per cento della spesa totale.

Le variazioni in confronto all'esercizio 1960-61 assommano a + 1.693 milioni con un incremento percentuale di soli 3,3 punti: è questo uno dei più bassi indici d'incremento fra tutti i bilanci dei vari Ministeri e il più basso fra gli esercizi del Ministero della sanità dal 1958 ad oggi.

Questa constatazione suscita amarissime considerazioni nell'animo e nella penna del senatore Criscuoli. Egli nella sua pregevole, documentata, coraggiosa relazione allo stesso bilancio in Senato pone la concessione di tale aumento in confronto con la richiesta di 25 miliardi avanzata dalla Sanità al Tesoro. E ripetutamente lamenta « l'immobilismo » a cui è costretta la politica sanitaria dalla « incomprensione » degli « ambienti responsabili », i quali, « molto erroneamente » ritengono improduttive le spese sanitarie.

L'amarezza è a mala pena attenuata da due note in gran parte positive.

Una: negli appositi fondi, accantonati dal Tesoro per provvedimenti legislativi in corso, sono compresi 2.530 milioni per la Sanità.

L'altra: ci sono decisioni già maturate per 20 miliardi, proposti dal Consiglio dei Ministri per un piano di edilizia ospedaliera nel Sud, e per 30 miliardi a potenziamento dell'attrezzatura tecnica e scientifica degli ospedali.

Per l'utilizzo dei fondi accantonati è da aggiungere che sono stati già presentati due disegni di legge: uno per la spesa di un miliardo a sistemazione parziale dei debiti del Ministero per ricoveri di poliomielitici, ed un altro per una sovvenzione straordinaria a favore dell'O.M.N.I. di 3 miliardi, uno per ciascuno degli esercizi finanziari 1960-61, 1961-62, 1962-63.

Degli altri due massicci stanziamenti, quello per l'edilizia ospedaliera segna finalmente l'inizio di un'azione da lungo tempo

attesa ed auspicata. Esso viene a riallacciarsi al provvido piano triennale che fu promosso nel 1949 dall'allora Alto Commissario onorevole Cotellessa e che è rimasto purtroppo per dieci anni senza imitazioni. È da augurarsi che questo nuovo programma trovi subito le necessarie sanzioni parlamentari e, affidato ad un organismo agile e moderno come la Cassa per il Mezzogiorno, sia realizzato con la celerità richiesta dalla situazione. Per rimanere a un formalistico ragionamento, occorre tuttavia rilevare che i 20 miliardi non figureranno sul nostro bilancio.

Lo stanziamento per l'attrezzatura rappresenta indubbiamente un apporto decisivo alla soluzione del problema della funzionalità ospedaliera. Tuttavia, se rimarrà la forma di finanziamento proposta e già approvata dal Senato, sarà un arricchimento del bilancio solo apparente.

Infatti i 1.500 milioni occorrenti alla concessione di contributi per ciascuno dei prossimi venti anni, sono semplicemente stornati da un altro capitolo dello stesso bilancio della Sanità. Nessun apporto nuovo quindi i fondi del Ministero del tesoro vengono a dare per un problema così importante, alla cui ormai improrogabile soluzione il Ministero della sanità è costretto a provvedere « arrangiandosi » con una diversa distribuzione delle proprie sclerotizzate e cristallizzate disponibilità. È vero però che in fondo c'è un sostanziale beneficio, poiché il meccanismo proposto dal disegno di legge concentra ad oggi una voce di spesa ventennale e ne permette la immediata utilizzazione con notevole esaltazione del suo potere d'impiego.

Tirando le somme, non si può non condividere il disagio delle sfere ufficiali della Sanità di fronte a questa durezza del Tesoro nei confronti delle necessità di spese sanitarie. E tutto ciò è tanto più allarmante – e merita un esame collegiale da parte del Governo – quando si pensi che tale atteggiamento sta diventanto sistematico.

Ci sono stati infatti tre recenti importantissimi provvedimenti emanati con poteri delegati e che a ragione si possono ritenere come un primo fondamentale passo sulla via della riforma delle strutture sanitarie nazionali:

a) Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, sulla istituzione dei centri per le malattie sociali con 1.900 milioni di spesa;

b) Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla riforma del Consiglio Superiore e dei Consigli provinciali di sanità e sulla costituzione dell'Ufficio medico legale con 16 milioni di spesa;

c) Decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, sul riordinamento dei servizi medici e veterinari periferici e sulla istituzione ufficiale dei servizi di medicina scolastica, con una spesa di 500 milioni.

Ebbene, alla copertura delle spese indicate si provvede con movimenti interni di fondi per riduzione di altri capitoli del bilancio del Ministero della sanità.

III. — SANITÀ PUBBLICA E SVILUPPO ECONOMICO

È necessario, a questo punto delle cose e del discorso, fare delle brevi considerazioni perché la relazione non può omettere il tentativo – che andrà proseguito ed ampliato da voci ben più potenti – di fornire elementi per scardinare la mentalità malauguratamente dominante, denunciata dal senatore Criscuoli.

Tralasciamo per ora le pur fondamentali considerazioni sul valore sociale, sul disposto costituzionale, sul caldo contenuto umano, sull'essenziale validità cristiana di ogni impegno sposato dall'uomo (individuo o società) per difendere o liberare il proprio simile dalla sofferenza fisica.

Sono considerazioni etiche e religiose, a cui purtroppo si sta disabituando questo mondo, che affoga sempre più nell'epicurea costruzione di un benessere materiale e nella ricerca strumentale e propagandistica di una socialità esteriore e produttivistica. Dei valori morali si farà cenno a conclusione.

Occorre ora rivolgere un caldo invito agli economisti italiani perché accettino le conclusioni del lungo dibattito che c'è stato fra economisti e sociologi in altre nazioni, di ben più lunghe e scientifiche esperienze economico-sociali. Oltre al fatto puramente contabile e ampiamente dimostrato che « prevenire una malattia costa meno che curarla », ha preso piede il ragionato convincimento di una stretta connessione fra stato di salute di un popolo e il suo sviluppo economico.

I servizi di sanità – per dirla con uno studioso israelitico, Itzhak Kanev – « sono parte essenziale ed integrante di qualsiasi processo evolutivo e senza di essi è inconcepibile un progresso economico ».

Malattie, ignoranza e povertà sono i più grandi ostacoli alla evoluzione sociale. « Sono causa ed effetto l'una dell'altra – continua l'autore sopra citato – e fra loro collegate come anelli di una medesima catena ». Tutti

i paesi sottosviluppati che vogliono cominciare a muoversi, si trovano a dover affrontare come primo problema vitale la lotta alle malattie diffusive. Queste infatti, peggio delle inondazioni e dei terremoti e delle carestie, distruggono quanto coi primi passi del progresso si va costruendo, falciando le forze lavorative delle popolazioni e caricandole di elementi improduttivi.

Ma anche le nazioni progredite pagano un alto prezzo per le proprie negligenze sanitarie, sia per le spese terapeutiche (l'economista Myrgard ha calcolato per la Svezia un onere di 33.000 lire *pro-capite*) sia come concreta perdita di reddito. Da una indagine condotta da tre studiosi americani si apprende che nel 1954 in U. S. A. ci furono spese sanitarie per 6.250 miliardi e che le perdite di reddito, causate dalle assenze dal lavoro conseguenti a malattie, ammontarono alla cifra astronomica di circa 19.500 miliardi di lire, equivalenti ad una riduzione del 9,47 per cento del reddito nazionale U. S. A. di quell'anno.

È possibile fare un calcolo del genere per la nostra economia italiana? È augurabile che esperti di statistica sanitaria e economisti si accingano a tale impresa, che presenta delle difficoltà soprattutto per l'accertamento del numero delle giornate di malattia non ospedalizzate.

Questa relazione comincerà col richiamare l'attenzione di tutti su alcuni dati di vari fenomeni sanitari, tenendo presente che le varie somme non sono, per ovvî motivi, cumulabili:

a) 472 miliardi sono stati spesi in consumi privati per igiene e salute nel 1960 (1);

b) 561 miliardi sono le spese per malattia e infortuni sostenute in un anno dai soli Enti mutualistici e previdenziali (notizie del Ministero del lavoro);

c) a 1.000 miliardi ammontano presumibilmente le spese annue sostenute dallo Stato e dagli Enti pubblici nel settore sanitario (dichiarazione al Senato del Ministro alla sanità);

d) in 300 miliardi si calcolano le perdite di patrimonio zootecnico per malattie del bestiame (calcolo del Ministero della sanità);

e) 250 miliardi di medicinali si consumano annualmente (dichiarato dalle industrie farmaceutiche);

f) 4.140.000 italiani sono stati ricoverati in ospedale nel 1958 per 120 milioni di giornate complessive di degenza (1).

Ma non sembra inutile, pur col rischio di incorrere in errori e di esporsi a giudizi negativi, avventurarsi a tentare una valutazione della diminuzione di produttività che le malattie possono causare all'economia italiana.

Non sembra inutile arrischiarsi da profano in tale fatica, se questa servirà ad indurre esperti di problemi sanitari e sociali ed economici a studiare l'argomento e ad approfondirlo in termini più tecnici e precisi.

Sarà necessario, infatti, verificare la fondatezza e rettificare o forse anche sostituire gli elementi di valutazione che – con calcoli talvolta grossolani, con qualche eccesso, ma certo anche con alcune omissioni – il vostro relatore ha cercato di raccogliere e di elaborare forse per la prima volta in Italia.

I risultati di tale valutazione sono esposti nella tabella n. 2.

---

(1) v. *Relazione generale sulla situazione economica del Paese* (Camera Deputati, Doc. VII, n. 4, pag. 40).

(1) v. *Annuario* I. S. T. A. T., 1960.

TABELLA N. 2.

Riduzione del reddito nazionale per malattie.

CAUSA DI INCAPACITÀ LAVORATIVA	Giornate improduttive
a) malattie varie, calcolate su tutta la popolazione in età di lavoro (1) secondo l'indice di morbilità I. N. A. M. (2)	334 milioni
b) tubercolosi e malattie mentali:	
degenze spedalizzate (notizie I. S. T. A. T. 1960)	56,5 »
degenze domiciliari (a calcolo) (3)	22,6 »
c) infortuni sul lavoro e malattie professionali (calcolato su dati I. N. A. I. L.) (4).	31,8 »
d) incidenti stradali (5)	3 »
e) minorazioni fisiche invalidanti (6)	150 »
Totale giornate lavorative perdute	597,9 milioni
Valore produttivo (7) di 600 milioni di giornate lavorative	L. 1.200 miliardi
Perdite di prodotto per malattie del bestiame (valutazione del Ministero della sanità)	» 300 »
Totale perdita annua del reddito nazionale	L. 1.500 miliardi

A spiegazione degli elementi adoperati si consideri:

1°) Il calcolo non si è limitato alle sole «forze di lavoro», ma è stato esteso a tutta la popolazione in età da 14 a 65 anni, che nel 1959 ammontava a 34.344.000 secondo l'ultimo annuario I.S.T.A.T.;

2°) L'indice I.N.A.M. calcola nel 1959 una media di 9, 73 giornate di malattia per ognuno dei sei milioni di lavoratori, aventi diritto ad una indennità per ogni giornata di lavoro perduta a causa di infermità. Tale coefficiente è sembrato l'unico disponibile per il nostro calcolo, comprendendo oltre alle degenze ospedaliere, anche le giornate di degenza domiciliare, di cui sfugge ogni altro controllo sia per i mutuati che per gli altri cittadini. Pecca per eccesso, poiché fra i sei milioni suddetti, a differenza dell'intera popolazione, prevale il numero dei dipendenti dell'industria, a morbilità notoriamente più elevata. Tale indice però esclude le degenze inferiori a 4 e superiori a 180 giorni, le degenze per tubercolosi, per malattie mentali, infettive, croniche, professionali e le degenze per infortuni.

3°) Per i tubercolotici e i mentali si è calcolato che per 100 giorni di ricovero ospedaliero ci sono in media 40 giorni di cure domiciliari, pre- e post-ospedaliere.

4°) Il calcolo considera gli infortuni sul lavoro e malattie professionali di gestione I.N.A.I.L. indicati nella *Relazione Generale Economica* (pag. 106) in 1.382.000 casi definiti nel 1960. Di essi, 55.600 casi hanno una durata media di 95 giorni di inattività (poi conclusa con l'invalidità permanente). Per gli altri casi è stata considerata una media pro capite di 20 giorni di inattività. Il calcolo è forse inferiore alla realtà se si pensa che in U.S.A. (popolazione tre volte e mezza quella dell'Italia) si perdono 220 milioni di giornate per infortuni sul lavoro.

5°) Nel 1960 ci sono stati 201.285 feriti per incidenti stradali (notizie I.S.T.A.T.). Per ognuno è stato calcolato un periodo medio di 15 giorni di inattività.

6°) Non sono stati calcolati gli invalidi per causa di lavoro e di servizio, nè gli invalidi di guerra. Sono stati considerati i soli inabili per minorazioni dipendenti da malattie o malformazioni che sono fuori di ogni

assistenza. Per i 534.000 minorati dai 15 ai 65 anni, calcolati dall'I.S.T.A.T. nel 1955, è stata considerata l'inattività per 280 giorni produttivi dell'anno.

7°) Il potenziale produttivo medio delle varie categorie è stato valutato in lire 2.000 giornaliere.

In questo tentativo di calcolo non sono considerate le perdite causate dalla mortalità in età produttiva; dalle degenze eccedenti i limiti I. N. A. M. e riferentisi in particolare ai lunghi periodi di mancata o ridotta produttività dei cancerosi e cardio-vasculopatici; dalle malattie infettive e da quelle croniche; dalle minorazioni psichiche non comportanti il ricovero negli ospedali psichiatrici; dalle invalidità permanenti per causa di lavoro e di servizio.

Queste carenze vanno a compensare abbondantemente possibili eccessi e duplicazioni degli elementi del calcolo riportato.

Agli economisti ed ai politici spetta il vaglio di queste valutazioni, che danno una riduzione del 7,9 per cento del reddito nazionale lordo, indicato in 19.010 miliardi di lire correnti dalla *Relazione Generale Economica per il 1960*. Se si calcola che dei 1.000 miliardi per spese sanitarie pubbliche, si è no la decima parte va per le strutture propriamente igieniche e preventive, alla considerazione del « lucro cessante » si deve affiancare quella del « danno emergente » rappresentato dai rimanenti 900 miliardi di spese curative.

Quanto di questo mancato reddito si può recuperare o di queste spese si può risparmiare, con appropriati e tempestivi interventi di tutela e prevenzione da parte della società organizzata ?

Messo il discorso su queste basi, ogni spesa effettuata per una oculata politica di prevenzione delle malattie e di evoluzione del livello sanitario di un popolo appare chiaramente come un investimento di capitali, destinato ad incrementare il benessere fisico ed economico oltre che dell'individuo, anche dell'intera società.

Di questa verità il giovane Ministero della sanità italiana si sta facendo portavoce deciso. Occorre che il Parlamento e tutta l'opinione pubblica e le forze morali organizzate della Nazione moltiplichino e approfondiscano la forza suadente di questa voce, finché non si riuscirà a convincere e a muovere gli economisti che presiedono alla spesa pubblica e i politici che devono avvallarne le decisioni.

A tutti loro può essere utile ricordare quanta rilevanza ai problemi sanitari stia dando la svolta democratica del governo degli Stati Uniti.

Il giovane presidente Kennedy ne ha fatto uno dei cardini della politica interna ed internazionale: liberazione dalla miseria, dall'ignoranza, *dalle malattie*, dalla guerra.

Nell'annunziare un programma di riforma sanitaria (assistenza ospedaliera agli anziani, assistenza infermieristica a domicilio, ammodernamento delle scuole di medicina) egli ha affermato: « Lo stato di salute della nazione è una chiave per la sua vitalità economica ».

IV. — SPESE SANITARIE NAZIONALI

Si è già accennato alla limitatezza dell'incremento ottenuto quest'anno dal bilancio della Sanità. Bisogna però rettificare l'impressione negativa facendo pur notare come in questi ultimi quattro anni si sia percorso un notevole cammino, indicato da questa progressione:

TABELLA N. 3.

Progressivo incremento del bilancio.

ESERCIZIO	Fondi di bilancio (in milioni)	Incremento assoluto	Incremento percentuale
Bilancio A. C. I. S. 1958-59	41.712,6	—	—
» Ministero della sanità 1959-60	43.882,8	+ 2.170,2	+ 5,1
» » » 1960-61	50.999,8	+ 7.117	+ 16,2
» » » 1961-62	52.692,8	+ 1.693	+ 3,3

In confronto all'ultimo bilancio A. C. I. S. c'è un aumento di quasi 11 miliardi, pari all'incremento di oltre un quarto (26,3 per cento) sulla spesa di allora.

Per l'esercizio 1961-62 inoltre è da ripetere che, a parte i 20 miliardi per l'edilizia ospedaliera meridionale, il reale incremento di stretta pertinenza del bilancio è dato anche dai 2.530 miliardi accantonati dal tesoro. Perciò, sia pure considerando queste ultime come spese straordinarie, la spesa effettiva totale del Ministero giunge a 55.222,8 milioni (4.223 milioni in più del 1960-61).

È, però, da considerare che le spese previste dal bilancio del Ministero della sanità sono una ben piccola parte del complesso delle spese sanitarie nazionali.

Una rilevazione fatta dal Ministero della sanità nel 1959 ha cercato di stabilire il costo delle attività sanitarie svolte in Italia dalle varie amministrazioni statali, parastatali ed enti pubblici minori a carattere territoriale ed istituzionale.

I risultati di tali indagini, resi noti dal Ministero, sono contenuti nella tabella n. 4.

TABELLA N. 4.

Spesa pubblica per la sanità.

Spese di carattere sanitario sostenute nell'esercizio 1958-59:		
A. C. I. S.	»	41.712.600.000
Ministero del lavoro	»	69.420.000.000
» dei lavori pubblici	»	28.812.400.000
» dell'interno	»	7.777.230.000
» dei trasporti	»	6.160.000.000
» del tesoro	»	4.256.530.000
» della difesa	»	2.401.000.000
» delle poste e telecomunicazioni	»	222.000.000
» delle finanze	»	130.000.000
» delle partecipazioni statali	»	120.000.000
» di grazia e giustizia	»	100.000.000
» della pubblica istruzione	»	93.000.000
» dell'agricoltura e foreste	»	40.000.000
» della marina mercantile	»	16.280.000
» degli affari esteri	»	2.080.000
Totale amministrazioni statali	L.	161.623.720.000
Attività mediche periferiche	»	368.012.430.000
Attività veterinarie provinciali	»	9.901.660.000
Assistenza mutualistica	»	350.000.000.000
Totale *spese sanitarie 1958-59*	L.	889.537.810.000

Tenendo conto delle dilatazioni di spesa (solo per l'I. N. A. M. in 3 anni c'è stato un aumento di 90 miliardi) si può affermare che la spesa pubblica per la sanità ha superato nel 1960 la somma di *1.000 miliardi*.

A commento di questi dati sono da riportare le riserve espresse dal Ministro Giardina nel suo discorso del 27 settembre 1960 alla Camera dei Deputati, quando faceva notare che da un lato ci sono omissioni anche notevoli, quali le spese delle cliniche universitarie, della sanità militare, della C. R. I., e di Enti, come il Sovrano ordine militare di Malta, la P. O. A. ed altri, che svolgono rilevanti attività sanitarie. Dall'altro lato si notano incertezze, confusioni, duplicazioni nei dati raccolti, per cui il Ministero si prefigge di fare tesoro di questa prima esperienza, onde affinare i mezzi di indagine e così pervenire con sicurezza alla integrale conoscenza delle erogazioni sanitarie effettuate dallo Stato e dagli enti vigilati.

V. — UNITÀ DIRETTIVA DELLA POLITICA SANITARIA

Il rapporto fra la somma di cui dispone il Ministero della sanità e la intera spesa sanitaria pubblica pone il problema fondamentale della unità e organicità di direzione di questo così delicato e importante settore della vita nazionale.

Il moltiplicarsi degli Enti e delle Organizzazioni burocratiche, le diverse impostazioni di ciascuno di loro, coordinamento zero delle loro attività, gli scompensi di disponibilità finanziarie, il confine non sempre chiaro fra le rispettive competenze: sono elementi realistici dell'allarmante panorama.

Sorge un fondato dubbio.

Che cioè con la stessa spesa (1.000 miliardi) si potrebbe dare al popolo italiano un'assistenza sanitaria di gran lunga migliore dell'attuale.

Non si vuol qui avallare l'accusa, lanciata per solo amore di polemica contro lo Stato italiano, reo di disperdere in mille rivoli fondi preziosi.

Si vuol solo dire che una visione panoramica e coordinata degli sforzi dei vari operatori sanitari può ottenere un miglior funzionamento dei servizi, un potenziamento delle prestazioni, il salto di certe duplicazioni.

In una parola, può esaltare la redditività delle attuali spese sanitarie.

Se limitazioni eccessive, legislazione arretrata, carenze ingiustificabili, sorprendenti contrasti (per riportare la sostanza delle dichiarazioni fatte nel giugno scorso in Senato dal Ministro Giardina) feriscono l'organizzazione sanitaria italiana, non c'è da elevarne colpe politiche. Non si fa per duplicare Pilato e scaricare su di altri la responsabilità, quando si ricorda che nessuno può agire liberandosi d'un tratto dalla situazione storica in cui nasce.

Alle forze democratiche, impegnate nella rinascita dalle distruzioni prima e nel proseguimento del cammino dopo, non sfuggì il problema, che si collocava nel quadro più ampio della edificazione di un sistema di sicurezza sociale.

« *Dovendo provvedere allo sviluppo della legislazione anche in questo settore* » – si legge in un documento ufficiale della Democrazia cristiana « Per una moderna politica sanitaria » – « *si scelse responsabilmente questa via: riformare progressivamente ed ordinatamente in modo da trasformare dal di dentro il sistema e condurlo via via verso la realizzazione di un sistema di sicurezza sociale* ». Si cominciò con l'ampliare l'area di protezione sanitaria e, superando due principii che sembravano consolidati, furono abbracciati anche i lavoratori autonomi e intervenne il contributo dello Stato. A questo punto, dato l'irrompere isolato e non coordinato delle varie categorie, sorse il problema della tutela dei diritti del cittadino « *dall'insufficienza della farragine burocratica, e, quel che sarebbe ancora più grave, dalla mancanza di unicità di indirizzo e di responsabilità nello impostare e risolvere i problemi interessanti la tutela della salute dei cittadini* ». Perciò « *occorre un più idoneo strumento di politica sanitaria* », continua il documento, che « *per prestigio e pratica funzionalità* » sia in grado di « *attuare in modo organico, coordinato e unitario* » una politica sanitaria « *adeguata alle nuove esigenze di una moderna democrazia* ».

Questa la volontà germinativa di un Ministero della sanità.

Il quale, fra cento oscure resistenze, con baronali condizionamenti (si parla delle moderne baronie pubbliche), tagliuzzato da mille sottili lame di scetticismo, finalmente venne alla luce.

Senza dubbio, non è quale doveva essere. Ma peggio ancora lo si riduce quando, per mania di polemica, si vuole svalutare l'importanza e l'utilità della sua istituzione. Essa ha costituito un fatto storico, destinato a creare il presupposto alla soluzione del problema e lo strumento per realizzarla. Oggi il problema sanitario nazionale può essere posto sopra il moggio, dibattuto e – quel che più conta – studiato in forma autonoma. E autonomo è lo strumento per realizzare le soluzioni trovate, anche se questo strumento va sviluppato e potenziato. Si discute sui compiti del Ministero della sanità.

Deve rivendicare anche l'intervento diretto nell'assistenza ai malati ?

Oppure deve ben coltivare il vasto campo dell'igiene e profilassi, limitandosi alla competenza diretta delle sole malattie infettive; e deve coordinare tutte le iniziative sanitarie pubbliche e private, limitandosi ad integrarne le manchevolezze?

Il dilemma pare capzioso. Certo ci sono sottigliezze, difficoltà reali, mentalità burocratiche inveterate.

Comunque sia, uno Stato moderno ha forti interessi collettivi strettamente condivisi con ciascuna delle branche della medicina moderna: costruttiva, preventiva, cura-

tiva, ricostruttiva. Né può far fronte a questi suoi impegni se, proprio nei riguardi di una sua amministrazione a ciò specializzata, volesse ignorare una verità già citata dal documento sopra ricordato. Che, cioè, l'unità di « indirizzo » postula l'unità di « responsabilità ».

Bisogna, dunque, comunque tendere ad una unità organica senza la quale, a parte le vere o supposte dispersioni finanziarie, non può dirsi che esista una politica sanitaria. Ed invece di lasciarsi andare ai soliti facili sfoghi ipercritici, occorre condurre una decisa e ragionata azione per sensibilizzare l'intero Parlamento e il Governo, le burocrazie e l'opinione pubblica alla realtà della situazione e alla prospettazione non polemica di soluzioni studiate e documentate. Occorre raccogliere i numerosi fermenti che vivono nelle ricerche e proposte di studiosi, di sanitari, di sociologi, di dirigenti mutualistici, di politici, di sindacalisti.

Un compito particolare in questa azione certo spetta a tutti i componenti la Commissione per l'igiene e sanità, che tali argomenti particolari trattano per conto dell'intera Camera e che all'intera Camera e alla Nazione devono restituirli razionalmente trattati e spassionatamente approfonditi. Da un democratico movimento di opinioni devono fiorire quei meditati convincimenti, atti a determinare anche nel settore della sanità pubblica l'attesa conclusione del ciclo evolutivo, che si è iniziato in Italia in questi ultimi anni e che è rapidamente giunto a questo punto cruciale.

Per l'apporto che può dare la relazione ad un approfondimento del problema, si ritiene, di potere indicare questi aspetti fondamentali:

a) al Ministero della sanità bisogna attribuire la competenza diretta di alcune materie attualmente affidate ad altri Ministeri, come ad esempio: la programmazione delle opere igieniche in genere e degli ospedali in particolare; la tutela anche amministrativa degli ospedali; la profilassi e cura delle malattie mentali e della tubercolosi; il controllo igienico-sanitario degli ambienti di lavoro e sui generi alimentari.

b) al Ministero della sanità bisogna attribuire determinati preminenti poteri in settori, che pur rimangono al di fuori della sua diretta competenza. Tali sono ad esempio: preparazione universitaria dei sanitari; igiene scolastica, non esclusa l'educazione fisica; le attività sportive; prevenzione e soccorso per gli incidenti stradali; servizi sanitari comunali e provinciali; mattatoi comunali; industria nucleare; settore termale.

c) al Ministero della sanità spetta un compito particolare nel riordinamento nell'intero settore previdenziale e mutualistico.

Quest'ultimo aspetto merita qualche considerazione particolare.

VI. — RIORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA

A) Sistema mutuo-previdenziale.

1. — *Attuale situazione.*

Per avere elementi precisi di giudizio, sarà bene che in sede di bilancio della Sanità siano esaminati degli elementi, che fino ad oggi sono stati oggetto esclusivo del bilancio del Ministero del lavoro e della previdenza sociale. Deve cominciare, in una parola, ad acquistare cittadinanza sanitaria il grande settore degli enti erogatori di prestazioni sanitarie, che le leggi vigenti pongono sotto la tutela del Ministero del lavoro (salvo lo I. N. A. D. E. L., attribuito al Ministero dell'interno).

Cercando di entrare in tale settore, si rileva una situazione, di cui quì di seguito si tenta di esporre un panorama per quanto possibile chiaro e completo:

a) c'è un gruppo di enti che erogano prestazioni varie di malattia, da quelle ospedaliere, per maternità e specialistiche a quelle di assistenza medica generica, farmaceutica, climatica e di indennità giornaliera di malattia per giornate lavorative perdute.

Solo le prime tre forme di assistenza (ospedaliera, di maternità e specialistica) sono comuni a tutti gli assistiti.

Questo regime assicurativo obbligatorio si articola in 16 enti mutualistici e interessa in grado diverso 41.400.000 italiani, fra lavoratori, loro familiari e pensionati. Nella tabella n. 5 è riportato il quadro degli enti, dei loro assistiti e delle spese per malattia sostenute nell'ultimo triennio. Nella tabella n. 6 si distinguono le varie voci della spesa e dei tipi di assistenza;

b) ci sono due tipi speciali di assicurazione: contro la tubercolosi, e contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Per la prima, 26,5 milioni di italiani sono per legge assicurati all'I. N. P. S. (13,1 milioni di lavoratori e 13,4 milioni di familiari). In quanto al rischio infortunistico per 13 milioni di lavoratori (4,5 dell'industria;

8,5 dell'agricoltura) provvede l'I. N. A. I. L. Per un piccolo gruppo di 98.000 assicurati provvedono 5 casse mutue (Cassa Marittima Adriatica, Meridionale e Tirrena, C.N.A.I.A.F. e I. N. P. G. I.);

c) ci sono Enti di previdenza per l'invalidità e vecchiaia e altri Enti di assistenza sociale, operanti in campi diversi dall'assistenza sanitaria vera e propria; essi erogano ai propri iscritti particolari prestazioni anche nel campo dell'assistenza di malattia, a titoli diversi. Così ad esempio la gestione Invalidità Vecchiaia e Superstiti dell'I. N. P. S. eroga prestazioni sanitarie per la prevenzione e cura dell'invalidità. L'E. N. A. S. A. R. C. O. gestisce una forma di assicurazione volontaria di malattia per gli agenti di commercio. L'I. N. P. D. A. I. dà un'assistenza di malattia, integrativa di quella ottenuta con l'assicurazione, obbligatoria ai dirigenti di aziende industriali. L'E. N. A. M. si comporta ugualmente verso i maestri ed in più aggiunge l'assistenza termo-climatica. Nella tabella n. 7 è riportato un elenco incompleto di questi enti e delle loro spese sanitarie;

d) c'è un gruppo di 123 Casse di soccorso e di malattia per gli addetti ai servizi pubblici in concessione. È loro riconosciuto il carattere di persone giuridiche di diritto pubblico, pienamente autonome dalle rispettive aziende. Hanno uno statuto previsto dal regio decreto 8 gennaio 1931, n. 148, articolo 13 e sono vigilate dai Ministeri del lavoro e dei trasporti. Interessano circa 160.000 assistiti fra lavoratori e loro familiari.

e) c'è un gruppo di 280 Casse mutue aziendali, che sono l'ultimo residuo di una gloriosa tradizione della mutualità riallacciantesi alle corporazioni e alle confraternite medievali. Nel 1915 c'erano ben 6.729 casse mutue. Da allora cominciò un processo di concentrazione in seguito ad interventi legislativi, di cui l'ultimo – la legge 11 gennaio 1943, n. 138 – le fondeva tutte in un solo ente, che dal 1947 ha assunto l'attuale denominazione (I. N. A. M.). Ma queste 280 mutue aziendali si sono sottratte alla legge e sono rimaste autonome, al di fuori di ogni reale vigilanza amministrativa e tecnica della pubblica amministrazione competente.

Alcune di esse, come quelle per i dipendenti della F. I. A. T. e della Montecatini, hanno particolari convenzioni di collaborazione con l'I. N. A. M.

Nel complesso hanno circa 940.000 assistiti fra lavoratori e loro familiari.

Nella tabella n. 8 si offre un prospetto riassuntivo e generale del sistema mutualistico-previdenziale per l'assistenza sanitaria.

TABELLA N. 5.

Assicurazione obbligatoria di malattia: Enti, assistibili e spese.

	Numero assistiti, familiari e pensionati	TOTALE PRESTAZIONI EROGATE (in milioni di lire)		
		1958	1959	1960
REGIME GENERALE.				
I. N. A. M.	23.760.000	198 340	234.974	287 600
REGIMI SPECIALI.				
A) Dipendenti pubblici:				
E. N. P. A. S.	3.874 150	38.938	44.462	48.159
E. N. P. D. E. D. P.	603.927	7 746	8.537	9.500
I. N. A. D. E. L.	1.286 232	13 634	19.011	22.870
B) Gente di mare e dell'aria:				
Cassa marittima Adriatica	64.790	1.334	1.390	1.355
Cassa marittima Meridionale	139.117	1.694	1.691	1.539
Cassa marittima Tirrena	119.332	3 298	3 341	3.977
Cassa mutua Gente dell'aria	11.500	194	259	299
C) Altre categorie speciali:				
E. N. P. A. L. S.	93.419	1.161	1.198	1.220
Istituto nazionale previdenza giornalisti italiani	7.750	186	229	341
Cassa nazionale assistenza impiegati agricoli e forestali	44.642	307	329	350
D) Regione Trentino-Alto Adige:				
Cassa malattia Trento	152.800	1.858	1.879	2.054
Cassa malattia Bolzano	147.749	1.728	1.815	1.889
E) lavoratori autonomi:				
Federmutue coltivatori diretti	6.502.688	20.410	23.725	25 788
Federmutue artigiani	2 100.000	3.583	5.747	7.020
Federmutue commercianti	2.500.000	—	—	—
Totale	41.408.096	294 401	348.587	413.961

N. B. — A questi Enti è da aggiungere la gestione speciale dell'I. N. P. S. per assistenza di maternità alle lavoratrici addette ai servizi domestici. La spesa nel 1960 è stata di 18 milioni.

I dati qui riportati sono presi dalla *Relazione generale sulla situazione economica del Paese*, marzo 1961, pag. 101 e 103, con alcuni aggiornamenti in seguito a notizie del Ministero del lavoro.

Il numero degli assistibili dalle Mutue commercianti è presunto.

TABELLA N. 6.

Assistenza di malattia: prestazioni distinte secondo il tipo.

(In milioni di lire).

ENTI GESTORI	Prestazioni economiche	PRESTAZIONI SANITARIE						TOTALE prestazioni
		Ospedaliere	Ambulatoriali	Mediche	Farmaceutiche	Altre	Totale prestazioni sanitarie	
I. N. A. M.	34.800	79.000	12.000	51.800	93.000	17.000	252.800	287.600
E. N. P. A. S.	1.683	12.612	40	10.105	16.974	6.745	46.476	48.159
E. N. P. D. E. D. P. . . .	332	1.472	422	1.829	4.091	1.354	9.168	9 500
I. N. A. D. E. L.	300	4.400	2 500	3.270	9.400	3.000	22.570	22.870
Cassa Marittima Adriatica	405	198	70	220	425	37	950	1.355
Cassa marittima Meridionale	560	203	101	102	570	3	979	1.539
Cassa marittima Tirrena.	1 553	544	111	506	1.156	107	2.424	3.977
E. N. P. A. L. S.	96	306	84	233	433	68	1 124	1.220
C. N. A. I. A. F.	—	71	30	89	140	20	350	350
Coltivatori Diretti . .	—	13.546	360	11.750	—	132	25.788	25.788
Artigiani	500	3 600	—	2.700	—	220	6.520	7.020
Cassa malattia: Bolzano.	411	478	75	474	389	62	1 478	1.889
Cassa malattia· Trento.	461	470	61	420	445	146	1 593	2.054
Totali . . .	41.147	116.900	15.854	83.498	127.023	28.894	372.220	413 979
Percentuale sul totale della spesa	9.70	28,22	3,84	20,17	30,68	7,00	90,30	100

TABELLA N. 7.

Altri Enti erogatori di assistenza sanitaria.

ENTI	Spese sanitarie (in milioni di lire)
(*Spese sanitarie 1960: notizie Ministero del lavoro*).	
I. N. P. S.: prevenzione e cura dell'invalidità	1.600
Ente assistenza agenti di commercio (E. N. A. S. A. R. C. O.)	75
E. N. A. O. L. I.	40
Opera nazionale pensionati (O. N. P. I.)	271
Ente nazionale assistenza gente di mare (E. N. A. G. M.)	15
Ente nazionale di previdenza e assistenza ostetriche (E. N. P. A. O.)	26
Ente nazionale di assistenza pittori e scultori	23
Cassa nazionale di assistenza scrittori italiani	8
Istituto di previdenza dirigenti aziende industriali (I. N. P. D. A. I.)	165
(*Spese sanitarie 1959: notizie I. S. T. A. T.*).	
Fondo assistenza sanitaria dirigenti aziende industriali	238
Fondo assistenza sanitaria dirigenti aziende commerciali.	70
Cassa mutua addetti ai giornali quotidiani	439
Fondo assegni straordinari al personale del lotto	6
(*Spese sanitarie 1960: notizie Ministero della pubblica istruzione*).	
Ente assistenza ai maestri (E. N. A. M.)	149
	3.125

TAPELLA N. 8.

Quadro riassuntivo della situazione mutualistica e previdenziale.

(Anno 1960).

ENTI E FORME DI PROTEZIONE	Popolazione protetta	Erogazioni assistenziali (in milioni di lire)
A) Assicurazione obbligatoria di malattia:		
regime generale: I. N. A. M.	23 760 000	287.600
regimi speciali: 15 mutue	17.648 096	126.379
B) Altre erogazioni assistenziali di malattia: (almeno 14 Enti)	—	3 125
C) 403 mutue aziendali e casse di soccorso	1.100 000	(*a*) 13.300
	42.508 096	430.404
D) Assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi: I. N. P. S.	26.500.000	59 561
E) Assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali:		
regime generale: I. N. A. I. L.	13.000.000	70.495
regimi speciali: 5 Enti	98.000	714
	13 098.000	
Totale spese infortuni e malattie		561.174

(*a*) Spesa presunta, calcolata in analogia alla spesa *pro capite* I. N. A. M.

2. — *Inconvenienti.*

Non bisogna fare gli scandalizzati per forza di fronte al pluralismo che si riscontra nel sistema. Ogni pluralismo, in genere, è segno di vitalità e di libertà. Ma indubbiamente può diventare anche espressione di egoismi settoriali e causa di disordine, se non si coordina il tutto in una visione superiore di interessi generali.

Con questa premessa di responsabile obiettività, si può passare ad esaminare alcuni dei maggiori inconvenienti che generalmente si lamentano a carico dell'attuale sistema mutualistico italiano e che possono raggrupparsi intorno a tre argomenti:

a) *Strutture organizzative.*

Ci sono enti «misti», che erogano assistenza sanitaria insieme con altri trattamenti previdenziali ed assistenziali. Il Ministro del lavoro onorevole Sullo ha sottolineato questo inconveniente ed ha cominciato con il proporre di enucleare l'assistenza per la tubercolosi dall'istituto previdenziale che oggi la gestisce. In tal modo questo si caratterizza nel settore della previdenza e delle prestazioni economiche, anche in vista del riordinamento delle riscossioni dei contributi, mentre si fa un passo avanti sulla via dell'unificazione del settore assistenza malattie.

Le mutue hanno diversi tipi di organizzazione, ora di ispirazione statalista, ora di costruzione democratica. Nelle prime l'amministrazione è in mano esclusiva della burocrazia centrale e le rappresentanze sindacali non riescono ad influire sulle impostazioni fondamentali. Nelle altre si attua una partecipazione più o meno profonda degli assistiti alla determinazione di buona parte delle linee assistenziali della categoria. Questa via, aper-

ta dai coltivatori diretti, è stata seguita dagli altri lavoratori autonomi e senza dubbio rappresenta un progresso nel controllo dello strumento assistenziale da parte dell'assistito.

Inoltre, le varie mutue hanno ciascuna una propria impostazione assistenziale. Perciò si notano troppe diversità di comportamento in merito all'assistenza medica generica e a quella farmaceutica (ora presente, ora no); alla forma delle prestazioni (dirette o indirette) e alla loro durata; al pagamento dei medici (notule e quote capitarie); al limite di età per i figli degli assistiti (E.N.P.A.S. fino a 21 anni di età, altri fino a 18); a decisioni discrezionali per alcuni particolari settori (assistenza ortopedica, malattie infettive, poliomielite, malattie nervose e mentali).

Tale variopinta situazione si è creata – e si aggrava continuamente – perché manca qualsiasi rapporto fra gli enti. Sono tanti compartimenti-stagno, senza nessun coordinamento e nessuna collaborazione. Hanno avvertito questo disagio specialmente le giovani mutue, che hanno cercato di stringere degli sporadici accordi di collaborazione per la utilizzazione delle rispettive attrezzature. Ha avvertito la cosa il Ministro Sullo, il quale ha costituito dal dicembre scorso un Comitato centrale della previdenza e dell'assistenza, appunto con intenti coordinatori e addirittura in vista di sia pur lontani traguardi di unificazione.

Ma nel gennaio 1961 lo stesso Ministro spiegava la non ancora avvenuta convocazione con la necessità di « eliminare difficoltà di carattere burocratico »; le quali tuttora persistono se è vero, come sembra, che il comitato è ancora nel cassetto. Dal quale invece dovrebbero uscire, come invocava la relazione del senatore Monaldi al bilancio del lavoro nel 1960, quelle linee di riforma già preparate ormai diversi anni addietro dall'allora Ministro del lavoro, onorevole Fanfani.

Questa relazione, però, sarebbe reticente se non aggiungesse una precisazione. Le note eterogeneità mutualistiche intaccano la viva materia sanitaria. Sono criteri sanitari dunque quelli che devono presiedere ad ispirare un allineamento coordinato dei servizi sanitari terapeutici, senza dimenticare di proiettarli nel settore della profilassi, argomento tabù alla mentalità mutualistica. Un compito particolare, preminente e decisivo spetta perciò alle autorità sanitarie, senza il cui intervento continuerà l'attuale disordine nella assistenza e nelle attrezzature. Continuano infatti a fiorire almeno in tutti i capoluoghi di provincia otto sedi, otto gruppi burocratici, otto servizi sanitari, otto ambulatori delle principali istituzioni (I.N.A.M., I.N.A.I.L., I.N.P.S., E.N.P.A.S., I.N.A.D.E.L., Coltivatori diretti, artigiani, commercianti). E qui non solo evidentemente ci sono spese eccessive (si veda la tabella n. 9 sulla differenza fra spese assistenziali e totale delle uscite). Ma si aggiunge il fatto che tutti questi ambulatori si condensano in zone dove già esistono servizi ospedalieri, di cui gli istituti mutualistici, più economicamente per tutti, potrebbero servirsi. Invece si preferisce lì creare delle duplicazioni (addirittura pare siano state espresse dall'I.N.A.M. intenzioni di creare anche ospedali, naturalmente dove già esistono). Intanto, si lasciano senza alcun servizio ambulatoriale le piccole cittadine e le zone rurali, dove invece un'azione coordinata delle mutue fra di loro e delle mutue con gli ospedali e con gli enti locali potrebbe creare una rete capillare, che veramente accostasse e facilitasse l'assistenza sanitaria a quei cittadini che più ne hanno bisogno.

TABELLA N. 9.

Assicurazione malattia, tubercolosi, maternità: spese per prestazioni e totale uscite nel settennio 1954-60.

(in milioni di lire).

ENTI COMPRESI NELL'INDAGINE NEGLI ANNI	Prestazioni economiche e sanitarie	TOTALE USCITE
I. N. P. S. (gestione t. b. c. e maternità) – I. N. A. M. – Casse mutue di Trento e Bolzano – E. N. P. A. S. (gestione malattie) – E. N. P. D. E. D. P. – I. N. A. D. E. L. – E. N. P. A. L. S. – Casse marittime Adriatica, Meridionale e Tirrena – I. N. P. G. I. – C. N. A. I. A. F. – Federmutue coltivatori diretti (dal 1955) e artigiani (dal 1957):		
1954	184.567	211.573
1955	219.878	249.956
1956	279.679	313.596
1957	333.600	376.584
1958	353.905	408.188
1959	405.311	455.658
1960	472.776	528.820

Nota. — I dati sono stati forniti dal Ministero del lavoro.

Dalla tabella n. 9 si rileva il progresso enorme fatto in un settennio dal nostro popolo nella protezione sanitaria del lavoratore, essendosi le prestazioni incrementate del 245 per cento. Si rileva però la differenza fra spese di assistenza e totale delle uscite, differenza che nel 1960 è stata di ben 56 miliardi. Una tale somma, che – si noti – è superiore all'intero bilancio della Sanità, dovrebbe rappresentare le spese di amministrazione. Tutto ciò fa ritornare di attualità le considerazioni sollevate in sede di inchiesta parlamentare sulla miseria:

« In generale viene mossa ai tre Istituti parastatali (I. N. P. S., I. N. A. I. L., I. N. A. M.) l'accusa che un'eccessiva burocratizzazione domini i servizi organizzativi sia al centro sia alla periferia, e che vi siano più uffici ed impiegati di quanto sarebbe necessario per far funzionare il sistema. Pertanto i costi di amministrazione del sistema previdenziale italiano risulterebbero eccessivi. Si lamenta inoltre che gli investimenti fatti dai tre istituti in sedi di rappresentanza siano pure sproporzionati rispetto alle necessità effettive di funzionamento. Giova inoltre osservare che ... le prestazioni fornite agli aventi diritto sono sovente ridicole se paragonate alla imponenza e lussuosità delle sedi ed alla complessità e costosità delle pratiche da espletare » (1).

Questi concetti sono ribaditi ed ampliati in lunga e particolareggiata analisi dall'altra Commissione parlamentare per l'inchiesta sulle condizioni dei lavoratori in Italia (2). A conclusione viene formulata la proposta di creare un ufficio comunale unico per l'intera materia previdenziale ed un Consiglio Superiore della previdenza sociale con il compito, fra l'altro, di eliminare le interferenze e le lacune del settore, coordinare le spese e l'azione sanitaria degli Enti, sottoporre al Parlamento una relazione annuale sui loro bilanci e sull'andamento di tutto il sistema mutuo-previdenziale.

b) Disagio della classe sanitaria.

È stata condotta nell'ottobre scorso da Paolo Glorioso sulle pagine de *Il Messaggero* una

(1) *Atti della Commissione parlamentare di inchiesta sulla miseria in Italia*, volume 1°, pag. 170.

(2) cfr. Vol. XI, pagg. 409-973 e l'intero vol. XII.

interessante inchiesta sul sistema mutualistico italiano. L'argomento centrale, che ritorna frequentemente in primo piano, è appunto « il grave disagio materiale e morale » della classe medica, attribuito dai medici intervistati, alla « medicina di massa » male attuata ed alla « pletora professionale ».

Il funzionario della salute.

Per il primo argomento, il nocciolo del problema sta nello scontro fra la mentalità della « libera professione » del medico e la mentalità burocratica dei funzionari degli Enti. Il disagio ha anche i suoi aspetti economici, ma è innanzitutto morale per i medici, che vedono la responsabilità tutta umana e scientifica della loro professione misconosciuta, avvilita, annullata da mille controlli, da mille limitazioni che entrano nel vivo del giudizio terapeutico e travolgono ogni segreto professionale. I famosi « parametri » vengono ad annullare ogni valore qualitativo delle loro prestazioni, riducendo tutto ad una affannosa conta della quantità di professione disseminata negli ambulatori o nei labirinti dei moduli. Ad una cosa soprattutto il medico non può rassegnarsi: a diventare « il funzionario della salute », per ripetere la eloquente espressione usata dal Glorioso. Né può accettare questa massificazione di una medicina senza volto, che distrugge i rapporti personali e fiduciari con il malato, specie quando si ricordi che in essi e nella collaborazione psicologica dell'infermo sta buona parte dell'esito delle cure. Il principio che non le malattie esistono ma determinati, concreti malati, viene ignorato – dicono i medici – dall'organizzazione mutualistica, per la quale la medicina di massa sta diventando come una macchina a gettoni con situazioni standardizzate ed automatica applicazione di soluzioni codificate.

Rispondono i dirigenti mutualistici affermando che si rendono conto di tale disagio morale, né intendono avvilire la professione medica. A parte il disagio economico a cui non credono (1), essi insistono sul « carattere collettivo della assicurazione di malattia » e quindi sulla necessità che i medici accettino « una regolamentazione del loro operato sul piano amministrativo, non tecnico professionale » (2). Fanno rilevare inoltre come ci siano stati abusi che costringono a questi deprecati controlli. E il Glorioso cita coraggiose denunzie fatte dagli stessi medici in merito alla violazione dei principî deontologici (ipernotulazione, comparaggio, concorrenza a coltello fra i colleghi). Ma bastano casi isolati per condannare tutti e instaurare un regime di diffidenza ?

Evidentemente dei due contrapposti, ognuno ha la sua parte di ragione. Ambedue rimarranno attaccati ad essa finché un terzo non li farà incontrare su un piano diverso dall'attuale e, invece che il bilancio e la professione, oggetto del discorso non diventerà l'assistito e il suo stato di salute.

Si ritiene intanto di poter dire che la classe medica non solo in Italia, ma in tutto il mondo (e chiari sono gli esempi della Francia, della Germania ed oggi degli U. S. A.) non ha avuto la prontezza di accettare la mutualità avanzante, per inserirsi in essa attivamente e guidarla con criteri di vera medicina sociale. È rimasta attardata su vecchie posizioni crollanti, in un passivo atteggiamento di difesa. Ed ora subisce tutti i difetti di un sistema, che si è consolidato senza i medici e – in qualche modo – contro i medici. Occorre rimediare favorendo una maggiore partecipazione della classe sanitaria alle responsabilità direttive degli enti; dando possibilità agli Ordini di assumere tutta la responsabilità dell'autodisciplina e di condurre azioni efficaci non solo per rivendicazioni economiche, ma anche e soprattutto per i problemi di impostazione sanitaria delle mutue.

Ai quali problemi oggi la classe medica nella sua ufficialità – come pure l'autorità sanitaria – è tenuta completamente estranea.

Pletora professionale.

L'altra causa del disagio della classe medica è indicata nella pletora professionale e si portano statistiche comparative a dimostrare che la densità medica italiana è eccessiva.

Nella tabella n. 10 si riportano alcuni dati rilevati da due pubblicazioni di materia previdenziale (1), limitandoli alle dieci nazioni più ricche di medici, ed aggiornando i dati dell'Italia al 1960. Infatti da una rilevazione condotta per le elezioni degli Ordini dei medici è risultato che il numero degli iscritti agli Albi professionali è di 81.156.

(1) Cfr. *I problemi della sicurezza sociale*, I. N. A. M., v. XV, pag. 1.018.

(2) *I problemi* cit., pag. 1014.

(1) *Problemi della sicurezza sociale*, cit., XV, pag. 985; *Lavoro e sicurezza sociale*, 1959, 5, pag. 65.

TABELLA N. 10.

Densità di medici in alcuni Stati.

Israele . . .	1	medico	ogni	450 abitanti
Austria . .	1	»	»	610 »
U.R.S.S . .	1	»	»	610 »
Italia . . .	1	»	»	642 »
Germania .	1	»	»	730 »
U.S.A . . .	1	»	»	790 »
Grecia . . .	1	»	»	920 »
Olanda . .	1	»	»	1.022 »
Belgio . . .	1	»	»	1.023 »
Francia . .	1	»	»	1.040 »

Va tenuto conto però, nel fare questi confronti, che tali statistiche per gli altri popoli escludono generalmente i dentisti. Per l'U.R.S.S. sono esclusi anche i medici militari. Non calcolando neppure per l'Italia i dentisti (1), la nostra densità sarebbe di 1 medico ogni 741 abitanti.

Si aggiunga che in U.S.A. l'amministrazione Kennedy ritiene insufficiente il numero dei medici e inadeguate le scuole sanitarie, da cui escono ogni anno 7.500 medici e 3.200 dentisti: si sta preparando a raddoppiarle. L'U.R.S.S. nel piano settennale in corso si è posta la meta di un medico ogni 460 abitanti, da raggiungere nel 1965.

Il problema piuttosto è di distribuzione dei medici, concentrati nelle città a danno dei piccoli comuni e delle zone rurali, come ampiamente dimostra uno studio fatto dal professor Benagiano, di cui nella tabella n. 11 si riporta qualche dato per le più basse e le più alte densità. È anche di distribuzione di lavoro, come fa notare l'onorevole Cotellessa, rispondendo ad un'inchiesta sulla « pletora medica »: c'è possibilità di troppi cumuli di incarichi fra mutue ed altri enti pubblici, nonché di enormi accaparramenti di libretti dei mutuati.

Il problema è anche di vedere se l'attuale organizzazione sanitaria italiana offre al suo popolo i servizi necessari a difesa e a ricupero della salute. Difetto di servizi, piuttosto, sostengono autorevolmente gli onorevoli Cotellessa e Ferrari (1) e citano la necessità di moderni servizi per la scuola, per le fabbriche e per tutto il settore della medicina preventiva.

Comunque sia, è da notare l'attenuarsi dell'afflusso dei giovani alle facoltà mediche (dai 31.364 iscritti del 1953-54 ai 25.369 del 1958-59) e il decrescere del numero dei laureati in medicina:

4.204	nel 1951
3.710	» 1954
3.081	» 1957
3.079	» 1958
2.767	» 1959

Il discorso va anche portato sulla preparazione dei giovani medici e sul tirocinio pratico prima dell'immissione nel libero esercizio della professione. Ma di ciò si tratterà in altra parte della relazione.

(1) Il professore Benagiano indica in 12.000 i medici esercenti esclusivamente l'odontoiatria.

(1) « Inchiesta sulla pletora medica », pubblicata su *Lavoro e sicurezza sociale*, op. cit., pag. 79 e segg.

TABELLA N. 11.

Distribuzione dei medici in Italia: diversa densità fra alcuni capoluoghi e le rispettive provincie.

PROVINCIA	ABITANTI PER 1 MEDICO		PROVINCIA	ABITANTI PER 1 MEDICO	
	Nel comune capoluogo	Nel resto della provincia		Nel comune capoluogo	Nel resto della provincia
Sassari	101	1.030	Viterbo	665	1.656
Pavia	158	770	Padova	264	1.673
Siena	191	1.071	Venezia	535	1.728
Bologna	236	1.105	Aosta	474	1.858
Roma	240	1.602	Bergamo	365	1 923

TABELLA N. 11-*bis*.

Distribuzione dei medici nelle regioni d'Italia.

REGIONI	Numero dei medici	Abitanti per 1 medico
Piemonte	5 892	644
Lombardia	11 802	620
Liguria	4.148	415
Emilia-Romagna	6.866	538
Veneto	7.425	525
Toscana	5.617	590
Marche	1.727	796
Abruzzi e Molise	1.869	896
Umbria	1.229	666
Lazio	9.840	397
Campania	7.912	615
Puglie	4.559	768
Lucania	604	1.100
Calabria	2.457	886
Sardegna	1 922	756
Sicilia	7.296	668

c) Disagio dell'assistito.

Si è creato un clima di malcontento e di sfiducia da parte dell'assistito non solo verso la sua mutua, da cui desidera assistenza più completa, più pronta, più efficace, ma anche verso tutto il sistema. Il cittadino oggi è disorientato dalle distinzioni esistenti fra malattie acute, croniche, infettive, specifiche, irrecuperabili, per ciascuna delle quali si deve rivolgere ad enti diversi, che, armati di leggi, si battono aspramente per rifiutarne la competenza. Il cittadino compie la sua *via crucis* frastornato da tante sottigliezze e talvolta rimane abbandonato da tutti proprio nei casi di eventi più gravi, dalle cure più lunghe e costose.

E se il medico è un disagiato morale per le limitazioni alle sue prestazioni professionali, l'assistito è un disastrato fisico, pagando sulla sua salute le frizioni del sistema.

Fra bilanci, dignità professionale, ospedali e settore farmaceutico, chi prende le difese dell'assistito ?

Neppure i sindacati – presenti nei Consigli di amministrazione – sembra che siano riusciti finora a liberarsi dalla mentalità di bilancio ed a svolgere una sufficiente azione di tutela dei diritti (poiché di essi si tratta) della salute dei lavoratori. Il problema, si ripete fino alla noia, non è altro che un problema sanitario. Bisogna arrivare al punto che non si dovrà più coonestare il principio secondo cui il malato è assistito nella stretta misura che permettono le disponibilità finanziarie. Il cittadino, se un'assistenza gli si vuol dare, deve avere tutto quello che la scienza medica ritiene necessario a corroborare, a difendere, a recuperare il suo stato di salute, la sua piena efficienza produttiva. Le disponibilità dell'economia nazionale per una vera politica sanitaria vanno adeguate a queste esigenze. È una meta alla quale la società deve tendere.

Può accostarla nella misura con cui si permetterà ai responsabili della sanità pubblica di intervenire nel tumultuoso colloquio in atto. Di assumere le responsabilità che loro spettano e per cui hanno specifica preparazione. Di effettuare davanti alla coscienza dell'organizzazione statuale il rilancio del genuino interesse della salute del lavoratore.

3. — *Traguardi da raggiungere.*

Non si può condividere la tesi che, trattandosi di un'assicurazione collettiva, il problema va posto sul piano amministrativo e non su quello tecnico-sanitario. Questa errata posizione è la mentalità mutualistica di oggi, è la fonte degli inconvenienti, è la degenerazione da difesa della salute dei lavoratori a difesa dei bilanci degli Enti.

Occorre un ritorno alle origini. A quando cioè le mutue sorgevano con l'intento di coalizzare una comunità per aiutare il singolo ad affrontare le gravi spese – sopra tutto le spese più gravi – necessarie a combattere le malattie.

Sono i bilanci dunque che devono articolarsi e – se necessario – ampliarsi secondo le esigenze vitali della salute del popolo.

Per procedere ordinatamente ed efficacemente su questa via lo Stato si deve prefiggere due grandi traguardi.

PRIMO: passaggio dell'assistenza sanitaria mutualistica, con tutela dei relativi enti erogatori, sotto la competenza diretta del Ministero della sanità. Al Ministero del lavoro rimarrebbe il settore più propriamente previdenziale: pensioni, assegni familiari, disoccupazione ed altre forme di assistenza sociale ad erogazioni esclusivamente economiche. Il problema è grosso e richiede una riconsiderazione di tutta la sistematica attuale. Bi-

sogna però pur affrontarlo, se la realtà dell'assistenza sanitaria è quella che tutti sanno e se – adesso che un Ministero della sanità è sorto – si vuole assegnare a ciascuno il suo mestiere.

A meno che non si voglia pensare ad un Ministero della sicurezza sociale; ma allora sorgono altre prospettive, altri problemi.

SECONDO: unificazione di tutti gli Enti mutualistici, in modo che: 1°) al cittadino si dia certezza nel diritto e agevole accesso al godimento di esso; 2°) delle disponibilità finanziarie si faccia l'uso più razionale ed economico possibile; 3°) il tutto si armonizzi nel quadro dell'intero sforzo sanitario che lo Stato compie per il suo popolo, al di sopra delle divisioni settoriali e nel dovuto concatenamento della fase preventiva con quella terapica.

Tale unificazione – da tutti invocata e dagli stessi dirigenti mutuo-previdenziali auspicata – potrà essere assoluta oppure potrà assumere la forma di confederazione delle mutue. Oppure, come è stato da alcuni recentemente accennato, potrà realizzarsi in tre unità di ampi settori: un ente per i dipendenti pubblici, un ente per i dipendenti privati, un ente per i lavoratori autonomi. A qualunque soluzione si vada, è certo che non si può pensare ad un monismo semplice e semplicistico, essendoci una pluralità di obiettive condizioni lavorative e delle relative problematiche, a cui dovrà necessariamente rispondere un'articolazione che le rispetti. Ma allora si tratterà di articolazioni interne, non capaci di disagiare e ritardare o annullare il godimento del diritto al cittadino, il quale si troverà a trattare con un solo chiaro, univoco strumento, creato dalla solidarietà sociale per l'integrale protezione della salute.

Oltre a questi due grandi obiettivi, il cui raggiungimento non sarà facile né troppo vicino, c'è un TERZO traguardo, più immediato e meno complicato, che può e deve assolutamente essere raggiunto senza ulteriori perdite di tempo: l'inserimento sostanziale delle attività delle singole mutue in un quadro di collaborazione generale per la sanità pubblica.

Da questo angolo si ritiene che il Ministero della sanità abbia dei poteri per far questo conferitigli già dalla legge 13 marzo 1958, n. 296.

Questa infatti, pur facendo salve le attribuzioni del Ministero del lavoro in merito alla vigilanza sugli Enti mutualistici e previdenziali, ha chiare norme in proposito.

Infatti l'articolo 1, comma 2°, numero 3°, attribuisce alla Sanità il potere di « emanare, per la tutela della salute pubblica, istruzioni obbligatorie per tutte le amministrazioni pubbliche che provvedono ai servizi sanitari ». E proprio in merito agli Enti di cui si parla, l'articolo 5, comma 2°, dice: « Il Ministero della sanità concorre alla vigilanza degli stessi limitatamente all'organizzazione ed alle attività sanitarie ed all'uopo può promuovere inchieste ed anche ispezioni facendovi partecipare anche propri impiegati e può chiedere tutte le informazioni attinenti ai servizi di competenza, che ritenga necessarie ».

Avvalendosi di questi poteri, il Ministero della sanità può emanare istruzioni vincolanti per raggiungere al più presto:

a) un coordinamento inter-mutualistico e con altri enti assistenziali per rendere chiara e di facile accesso al cittadino la catena della salute;

b) un allineamento degli Enti verso omogenei criteri assistenziali, con superamento delle attuali disparità esistenti in merito alle prestazioni, ai rapporti coi sanitari, alle condizioni e ai limiti con cui vengono variamente considerate alcune malattie e specialmente i gravi eventi;

c) un inizio di inserimento delle mutue e della loro cospicua organizzazione sanitaria nell'ambito della medicina preventiva;

d) una piena collaborazione delle mutue fra loro e con altri Enti pubblici e con gli ospedali per evitare duplicazioni e zone vuote, contrasti e dispersioni nella distribuzione territoriale di presidî sanitari ed ottenere da tutti loro insieme lo sforzo comune per una organica e moderna rete di servizi. Si pensi al frutto che potrebbe derivare dai 570 dispensari antitubercolari, 3.429 ambulatori mutualistici e ospedalieri (censiti nel 1956, oggi sono di molto aumentati), 7.074 ambulatori comunali, 10.406 istituzioni assistenziali dell'O.N.M.I., ben collegati fra di loro e incardinati in un sistema di reciproca disponibilità per un servizio organico e generale. Si aggiungano i 79 ospedali dell'I.N.P.S. e dell'I.N.A.I.L., i convalescenziari e le case di riposo di enti vari.

Tutto questo il Ministero della sanità lo può fare già oggi in forza delle due disposizioni citate.

In quanto agli enti previdenziali e mutualistici, alle loro organizzazioni burocratiche, ai loro dirigenti, bisogna precisare che tutto il discorso fatto non è contro di loro. Occorre anzi dare pubblico riconoscimento della loro azione appassionata e – è il caso di dirlo – pionieristica, svolta in un sistema sociale,

che non li incoraggiava troppo e che non aveva una politica sanitaria da dar loro, per il semplice fatto che non l'aveva neppure per sé. Essi ne hanno iniziata una, che era inevitabilmente legata a visioni settoriali, ma che ha ugualmente acquisito dei meriti che la storia del popolo nostro non può dimenticare.

Basta pensare alla efficacia della lotta dell'I.N.P.S. contro la tubercolosi, ai modernissimi istituti traumatologici dell'I.N.A.I.L., al centro superiore diagnostico dell'E.N.P.A.S., ai 23 centri già funzionanti di alta specializzazione dell'I.N.A.M.

Oggi però il discorso, con la maturazione progrediente della nostra democrazia, comincia ad essere diverso. E lo si compia – senza disprezzare quanto finora è stato compiuto – sul doveroso piano di una visione più organica, supersettoriale, scientifica ed economica dei problemi della sanità pubblica

B) FUNZIONE DEGLI ENTI LOCALI.

Lo sguardo sull'ordinamento assistenziale sanitario va integrato con brevissime considerazioni sulla funzione degli Enti locali.

Provincie.

Alle provincie è oggi affidato l'intero settore psichiatrico secondo un ordinamento che ormai è cadente di vecchiaia. Un riordinamento si impone e, con esso, il prevalere dell'aspetto sanitario delle « malattie » mentali ed il loro inserimento in tutto il resto della medicina sociale. Per tutti gli altri settori (laboratori d'igiene, brefotrofi, assistenza agli encefalitici, ai minorati psichici, ai minorati sensoriali) c'è già un soddisfacente grado di collaborazione con le autorità sanitarie. Le provincie esplicano oggi una certa attività ospedaliera, anche al di fuori del settore psichiatrico. Questi precedenti, poichè da qualche parte si parlava di statizzazione o di mutualizzazione degli ospedali, dagli amministratori provinciali sono stati avanzati, quasi a ricordare un grado intermedio e realistico di economica agibilità e di presenza capillare, che si potrebbe più utilmente ottenere in materia di gestioni ospedaliere. Comunque sia, è bene che il Ministero della sanità non lasci le iniziative delle Provincie in tale materia senza coordinamento con la esistente rete ospedaliera.

Con il recente provvedimento sui Centri per le malattie sociali i rapporti con i Consorzi antitubercolari non sono più legati esclusivamente alla persona del presidente della giunta provinciale (decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, articolo 2).

È augurabile che questo sia l'inizio per una più stretta associazione di tutta l'amministrazione provinciale – come responsabilità di un organo democratico e come partecipazione di spese – alla vita di tali consorzi ed alle prospettive di amplificazione delle loro funzioni.

Lo stesso augurio andrebbe esteso ai rapporti fra provincie e O. N. M. I.

Comuni.

I comuni rappresentano il grado di maggiore capillarizzazione dei servizi sanitari italiani, ma si trovano – forse in forma non ancora cosciente – ad attraversare una crisi di inserimento nella evoluzione della organizzazione sanitaria nazionale.

Su 8.020 comuni al 31 dicembre 1958 esistevano:

9.611 condotte mediche;
8.585 condotte ostetriche;
3.314 condotte veterinarie;
7.074 ambulatori medici comunali di cui 224 ostetrico-ginecologici;
118 farmacie comunali;
230 dispensari celtici;
942 assistenti sanitarie.

Però ci sono 1.265 comuni privi di qualsiasi servizio medico, 1.162 privi di ostetriche, 7.610 privi di infermieri o assistenti sanitarie qualificate, 2.500 privi di farmacie. Carenze notevoli, anche se a ridimensionarle è opportuno ricordare che ben 1.418 comuni hanno meno di 1.000 abitanti.

C'è un allarme dei medici e delle ostetriche perché qualche comune accenna a ridurre le rispettive condotte: primi sintomi della crisi di adattamento alla situazione creata dall'estendersi della mutualità.

Succede infatti che gli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita dai comuni sono diminuiti da 3.900.000 nel 1955 a 3.507.000 nel 1958 (1) e certo diminuiranno ancora: si riduce in tal modo il lavoro dei medici e ostetriche condotte. Queste ultime, con l'estensione dell'assistenza ospedaliera da parte delle mutue anche ai parti fisiologici, stanno rimanendo in qualche zona addirittura senza lavoro.

Ma occorre che gli amministratori comunali non procedano nel loro ragionamento. Oltre infatti a ricordare che solo la condotta,

(1) *Annuario* I. S. T. A. T., 1960.

con l'annesso obbligo di residenza, costituisce un freno alla già lamentata cattiva distribuzione dei sanitari, c'è da toccare un argomento nuovo: la situazione esige una riconsiderazione della funzione pubblica dei sanitari comunali.

Se infatti della duplice esigenza di qualsiasi medicina pubblica – assistenza al malato e difesa ambientale – la prima è assolta sempre più dal sistema mutualistico, la seconda può concentrarsi nei servizi comunali. Questi possono appunto fornire l'adatta strumentazione territoriale che, da un lato servirà a capillarizzare la stessa azione terapica delle mutue e dall'altro potrà sviluppare adeguatamente la medicina preventiva di difesa ambientale (abitati, zone rurali, ambienti di lavoro e di studio, ambienti familiari).

È l'aspetto igienico-profilattico della medicina pubblica, che nella nuova realtà in formazione può caratterizzare la funzione sanitaria dei comuni.

La legge istitutiva del Ministero della sanità, all'articolo 4 considera quali organi periferici del nuovo Dicastero gli ufficiali sanitari comunali e consortili. Il provvedimento delegato 11 febbraio 1961, n. 264, risponde ad alcuni problemi prospettati nel frattempo (1) risolvendo quello della loro dipendenza diretta dal medico provinciale e della loro configurazione come autorità sanitaria con una certa autonomia.

« In fin dei conti – però anticipava il Pasquini (2) nel 1959 – è l'ufficiale sanitario l'organo tecnico responsabile delle condizioni igienico-sanitarie del comune ed appunto per la sua responsabilità dovrebbe godere di un'ampia autonomia non solo di carattere tecnico ma anche amministrativo-economico » in assenza della quale « l'autonomia si traduce in una indipendenza di decisione puramente formale ».

Il problema di fondo dunque sembra ancora da risolvere.

Altri problemi pone la funzione dell'E. C. A., di cui potrebbe esaltarsi il compito di assistenza ai disoccupati e familiari ed alle persone anziane, costituendo così l'ultimo anello di una organica catena della salute.

Occorre trovare il modo di intrecciare le grandi divisioni verticali (gli Enti nazionali, quali Mutue, O. N. M. I., C. R. I., Ente del fanciullo) con quelle orizzontali (enti locali) e coordinare con vicendevole complementarità le rispettive funzioni, onde distribuire equamente in tutta la periferia i benefici di una integrale azione per la protezione della salute del nostro popolo.

C) Cliniche universitarie.

Per concludere l'argomento sulle strutture dell'assistenza sanitaria, occorre lanciare uno sguardo sulle *cliniche universitarie*. Da esse la Sanità italiana si attende un deciso impulso alla ricerca scientifica per sempre nuove armi necessarie a debellare le malattie più ribelli. E si attende una adeguata preparazione di quello che non è già lo strumento, sia pure più importante, bensì l'attore principale e vero del fatto sanitario: il medico.

Per tutte e due queste materie – ricerca scientifica e preparazione delle nuove leve mediche – c'è oggi in Italia una certa qual aria di insoddisfazione, senza volere con ciò intaccare le gloriose tradizioni della medicina italiana. Il fatto è che deve ormai considerarsi tramontato il tempo delle grandiose figure individuali. I solitari oggi non bastano più ad affrontare i complessi problemi della scienza né ad improntare di sé un'epoca sanitaria.

Le cliniche universitarie soffrono di questa impostazione individualistica, quasi piccoli regni con tesori scarsamene comunicati. Le grandi menti non sono abbastanza associate a potenziare la ricerca né si trasmettono sufficientemente alle nuove leve, come invece si cerca di fare in altre Nazioni. Tutto ciò presenta naturalmente le sue lodevoli eccezioni.

C'è in questo una responsabilità dello Stato e ce n'è una dei sistemi universitari.

Lo Stato con i recenti provvedimenti ha dato prova di voler iniziare ad affrontare anche i problemi dell'insegnamento universitario sia per quanto riguarda le attrezzature, sia per ciò che interessa il personale docente e l'istituzione di nuove facoltà.

Questa relazione deve esprimere l'augurio che nell'attuazione di tali provvedimenti i problemi del settore d'interesse sanitario – bene esposti dal Ministero della sanità – trovino la necessaria considerazione, secondo le linee già indicate dai nostri più illustri clinici e di recente organicamente configurate dal professor Stefanini (1).

---

(1) cfr. Pasquini Mario, *L'assurda posizione degli Ufficiali sanitari*, in « Organizzazione sanitaria », 1956, n. 56, pag. 3 e segg.

(2) *Op cit.*, pag. 5.

(1) P. Stefanini: « L'insegnamento della chirurgia », ne *Il policlinico*, maggio 1960; Id. « L'insegnamento della medicina nel quadro della riforma universitaria », in *Notiziario dell'Amministrazione sanitaria*, febbraio 1961.

Egli rileva che per l'insegnamento della medicina le aule universitarie offrono solo il 50 per cento dei posti necessari e che mentre gli studenti sono aumentati del 400 per cento, i professori di ruolo sono aumentati del 50 per cento. Si aggiunge il concentrarsi della popolazione studentesca in alcune grandi università (il 16 per cento è raccolto dalla sola Roma). L'*optimum* dei 100 alunni per corso è una meta ancora lontana, ma deve pur raggiungersi sia con l'adeguare il numero dei docenti, sia col decentrare e moltiplicare le facoltà o alcuni istituti.

A questa pletora studentesca, che rende impossibile il contatto diretto fra docenti e allievo, si aggiungano il moltiplicarsi delle nozioni imposte dal progresso scientifico, il tipo troppo cattedratico e poco pratico di insegnamento, la dispersione dello studio in numerosi e non troppo coordinati corsi riguardanti delle specializzazioni che invece dovrebbero essere curate dopo la laurea. Come causa aggravante di questa situazione si aggiunge l'attività professionale dei docenti, ai quali il professor Stefanini ricorda la necessità di accettare una certa disciplina a favore della collettività per garantire alla società dei buoni medici.

Accade invece che le cliniche universitarie da necessario strumento didattico e di ricerca, come dovrebbero essere, talvolta si trasformino in una specie di superospedale, con un disperato sgobbare dei docenti e delle schiere dei famosi assistenti volontari, veri forzati della speranza, ufficialmente ignorati ma utilizzati dal Ministero della pubblica istruzione. Assommandosi poi anche l'attività extraclinica (consulti e case di cura private), ad alcuni clinici ben poco tempo rimane da dedicare al compito per cui sono docenti, cioè trasmettere per contatto quella dottrina e quelle tecniche per le quali vanno famosi. Succede allora, specialmente quando qualche clinica raggiunge lo spaventoso numero di 500 letti, che le lezioni sono tenute solo dall'aiuto, come fa notare il già citato Glorioso in una indagine sull'Università romana.

A tutto questo si aggiunge l'insufficienza, oltre che dei locali, anche delle attrezzature e dell'organizzazione: esercitazioni quindi scarsissime e anche mal fatte, se è vero che alle esercitazioni di patologia generale ad esempio, c'è un solo microscopio, al quale si alternano gruppi di 50 alunni. Par di sognare pensando a certe università straniere, in cui ogni studente ha a disposizione una intera dotazione di strumenti.

A queste carenze della preparazione scientifica si assommano quelle della preparazione pratica, per cui universale è la richiesta di una collaborazione fra università e ospedali (almeno certi ospedali meglio attrezzati) per il completamento professionale del medico-chirurgo. Tre anni almeno di tirocinio ospedaliero sono richiesti in Gran Bretagna, U. R. S. S. e U. S. A. per i chirurghi. E in Francia si è stabilita con le recentissime riforme una stretta collaborazione fra università ed ospedali, i cui servizi congiunti vanno organizzati in tre sezioni: scientifica, didattica, pratica.

In un quadro di perfezionamento ed aggiornamento dopo la laurea, potrebbe trovare una utile funzione l'istituto della « libera docenza », come completamento dell'azione degli ospedali periferici per tenere sempre alto ed attuale il livello scientifico dell'intera classe sanitaria.

La pubblica istruzione capirà l'interesse della sanità e di tutta la Nazione a che si affrontino con decisione e con urgenza i problemi che toccano l'attore fondamentale dell'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda la ricerca, c'è un'attività dell'Istituto superiore della sanità, ci sono tante iniziative delle singole cliniche e delle singole industrie farmo-chimiche, ci sono altre attività specifiche come quella dei tre istituti del cancro di Roma, Milano e Napoli. Ma si ha l'impressione che la Nazione vorrebbe avere maggiore tranquillità nel sapere almeno gli sforzi degli enti pubblici meglio coordinati e finanziati in un programma, che impegni in fascio le nostre migliori intelligenze a difesa della salute di tutti e allinei di nuovo le nostre scienze mediche, chimiche e biologiche su posizioni a respiro internazionale.

VII. — OSPEDALI: SERVIZIO PUBBLICO

È unanime il riconoscimento della funzione pubblica degli ospedali, proclamati base, fulcro, spina dorsale dell'assistenza sanitaria. Non altrettanto unanime è la comprensione della profonda e drammatica crisi che ne travaglia la vita e di cui questa relazione tenterà di mettere in rilievo gli aspetti salienti.

1. — *Insufficienza ricettiva.*

Si parla tanto della insufficienza della rete ospedaliera italiana e si portano confronti con altre nazioni, talvolta però paragonando dati non omogenei. Spesso infatti la situazione italiana è rappresentata peggiore di quanto non sia, perché mentre per gli altri Stati si

prende la densità totale dei posti letto, per l'Italia si riporta la sola percentuale dei posti letto degli ospedali civili generali.

Per cominciare a togliere equivoci, si riporta nella tabella n. 12 uno sguardo panoramico della situazione al 31 dicembre 1958, distinguendo tre gruppi di ospedali pubblici: *a*) generali e specializzati; *b*) sanatoriali; *c*) neuropsichiatrici, ed aggiungendo anche le case di cura private. Nello studio mancano gli ospedali militari, i cronicari, gli istituti per anormali psichici. Nella tabella n. 13 si riportano le cifre percentuali per avere una visione chiara dei particolari settori e dell'insieme.

Per le difformità di cifre e di percentuali che in esse si possono riscontrare in confronto ai dati esposti dalla relazione del senatore Criscuoli, si fa notare che è sembrato più opportuno riunire gli ospedali per acuti – generali e specializzati – in unica voce. Sono stati inoltre usati dati più recenti, messi a disposizione dall'I. S. T. A. T., per cui si è potuto anche aggiornare l'indice di densità, rapportando posti letto e popolazione accertati nello stesso anno 1958.

TABELLA N. 12.

Posti letto negli Ospedali pubblici e privati.

(Situazione al 31 dicembre 1958).

	OSPEDALI PUBBLICI						Case di cura private	
	Generali e specializzati		Sanatoriali		Neuropsichiatrici			
	numero	posti-letto	numero	posti-letto	numero	posti-letto	numero	posti-letto
Piemonte	156	20.006	13	3.530	10	9.526	63	3.992
Val d'Aosta	4	362	—	—	—	—	1	40
Liguria	58	13.812	5	1.917	2	3.462	36	1.256
Lombardia	183	39.704	27	9.724	19	16.869	89	10.563
Trentino-Alto Adige	25	3.963	6	1.621	2	1.685	29	2.113
Veneto	75	25.342	14	3.962	8	8.725	67	5.636
Friuli-Venezia Giulia	26	10.075	6	1.438	4	3.006	14	841
Emilia-Romagna	114	20.338	10	4.297	9	8.091	68	4.353
Totale Italia settentrionale	641	133.602	81	26.489	54	51.364	367	28.794
Marche	74	6.932	6	995	5	2.795	12	1.246
Toscana	91	18.847	16	3.268	7	10.174	51	3.024
Umbria	26	3.631	2	346	1	1.200	14	621
Lazio	82	14.989	7	4.043	6	4.759	134	8.901
Totale Italia centrale	273	44.399	31	8.652	19	18.928	211	13.792
Campania	77	11.073	7	3.498	5	7.687	126	9.394
Abruzzi e Molise	28	3.451	2	655	2	2.041	23	932
Puglia	69	8.611	13	3.261	3	4.317	67	2.008
Basilicata	6	924	—	—	—	—	7	261
Calabria	16	1.985	5	1.005	2	1.708	56	2.273
Sicilia	112	12.766	13	3.436	6	6.782	115	4.018
Sardegna	18	3.319	6	1.489	2	2.017	12	775
Totale Italia meridionale	326	42.129	46	13.344	20	24.552	406	19.661
TOTALE ITALIA	1.240	220.130	158	48.485	93	94.844	984	62.247

TABELLA N. 13.

Indici di ricettività ospedaliera al 31 dicembre 1958.

(Posti letto su 1.000 abitanti).

	OSPEDALI PUBBLICI				Case di cura private	TOTALE GENERALE
	Generali e specializzati	Sanatoriali	Psichiatrici	Totale		
Italia settentrionale (popolazione al 1958: 22.145.930)	6.03	1,19	2,31	9,53	1,30	10,83
Italia centrale (popolazione al 1958: 9.212.129)	4,82	0,94	2,05	7,81	1,49	9,30
Italia meridionale (popolazione al 1958: 18.912.509)	2,33	0,70	1,29	4,22	1,04	5,26
Totali Italia (popolazione al 1958: 50.270.568)	4,38	0,96	1,88	7,22	1,23	8,45

TABELLA N. 14.

Ospedali pubblici per acuti: sviluppo della ricettività dal 1938 al 1958.

	1939	1945	1950	1954	1958
Italia settentrionale:					
posti letto	110.511	..	110.379	115.550	133 602
indice	(5,75)		(5,32)	(5,46)	(6,03)
Italia centrale:					
posti letto	37.258	..	37.227	39.198	44 399
indice	(4,88)		(4,33)	(4,52)	(4,82)
Italia meridionale:					
posti letto	35.015	..	28.792	34.174	42.129
indice	(2,29)		(1,64)	(1,93)	(2,23)
Totale Italia:					
popolazione	42.127.000		46.821.000	47.515.000	50.270.000
posti letto	182.781		176.398	188.922	220.130
indice	(4,33)		(3,76)	(3,97)	(4,38)

Dopo queste rilevazioni, sarà bene notare che un confronto con altre nazioni ci pone in una situazione intermedia. C'è infatti un indice inferiore ai 2 posti-letto per mille abitanti, proprio dei paesi sottosviluppati: India 0,4; Egitto 1,6. C'è un indice dei paesi più progrediti, superiore al 10 per mille: U.S.A. 10,1; Gran Bretagna 11,6; Svezia 14,3. Infine, oltre alle due fasce di transizione, c'è un indice fra il 4 e l'8 per mille, che è considerato proprio dei paesi in fase di evoluzione: Israele 5,7; Libano 6,5; Italia 7,22; U.R.S.S. 7,62.

Aggiungendo poi le case di cura private, la nostra densità sale a 8,45 per mille. Questa è l'obiettiva posizione italiana nei confronti di altri Stati.

In quanto alla meta del 10 per mille che l'O.M.S. indica come rapporto di sufficienza, è da precisare che riguarda sempre il totale dei vari tipi di ospedali e che viene generalmente così distinto: 6 per mille posti-letto di ospedali per acuti (generali e specializzati); 3 per mille per malati mentali; 1 per mille per malati lungo-degenti (tubercolotici ed altri).

Per ora l'argomento si deve restringere ai soli ospedali per acuti, alla cui sufficienza (6 per mille) il nostro popolo ancora non è giunto, con il suo indice del 4,38 per mille. Ma l'acutezza della crisi dei posti letto si rivela in rapporto alla distribuzione nelle varie zone d'Italia:

Nord	6,03	per mille
Centro	4,82	»
Sud	2,23	»

Vicino alle punte massime (Liguria 8,2; Venezia Giulia 8; Veneto 6,5) il Nord ha anche una depressione: Val d'Aosta 3,6. Ma la caratteristica propria dei paesi sottosviluppati è applicata a tutto il Sud, le cui regioni si pongono in questa graduatoria:

Sicilia	2,66	per mille
Puglia	2,50	»
Sardegna	2,34	»
Campania . . .	2,34	»
Abruzzi e Molise	2,04	»
Basilicata . . .	1,40	»
Calabria	0,92	»

Il fabbisogno nazionale, riferito al rapporto ospedali-popolazione del 1958, è di 85.000 posti letto, di cui 5 mila necessari a colmare deficienze in alcune regioni del Nord, 10 mila per il Centro e ben 70 mila per il Sud. Ma bisogna anche tener presente la necessità di ricostruire *ex novo* vecchi edifici non più rispondenti al compito e l'altra necessità previsionale di coprire il fabbisogno dell'incremento demografico (nel 1965 saremo 53 milioni).

Gli attuali difetti di distribuzione territoriale sono molto gravi ed in questi ultimi anni tendono addirittura ad aumentare. Osservando, infatti, la dinamica dello sviluppo della ricettività ospedaliera – riportato nella tabella n. 14 – si rileva:

1°) che la ricostruzione post-bellica competata nel 1950 per il Centro-Nord, ha avuto 4 o 5 anni di ritardo nel Sud;

2°) che la dilatazione di 44 mila posti letto dal 1950 al 1958 ha consentito al Nord di migliorare in cifre assolute e percentuali, ma lascia il Centro-Sud con un rapporto posti letto-popolazione che è addirittura inferiore al 1939. Questo significa che il ritmo di potenziamento della ricettività per il Centro e per il Sud non solo non sta colmando le deficienze già esistenti, ma non riesce a seguire nemmeno il ritmo di accrescimento della popolazione.

L'andamento dei finanziamenti ospedalieri, effettuati in base alla legge 3 agosto 1949, n. 589, da parte dei lavori pubblici, desta serie preoccupazioni poiché continuano ad affluire fondi verso zone più dotate, magari per ricostruire *ex novo* gli edifici ospedalieri già esistenti.

Da elementi messi a disposizione dal Ministero della sanità risulta la seguente attività edilizia in corso a fine 1960:

a) ampliamenti in 111 ospedali con aumento di	11.067	posti-letto
b) ricostruzione *ex novo* di 51 ospedali con aumento di	5.515	»
c) costruzione di 15 nuovi ospedali con . . .	1.307	»

Sul totale di 17.889 nuovi posti-letto, si noti quanto sia ridotta la quota del terzo gruppo, che è l'unico a coprire zone finora prive di ospedali. Abbondano invece gli ospedali ai quali si ricostruisce totalmente la sede; e sono per i due terzi situati nell'Italia settentrionale.

È chiaro che da una impostazione di politica edilizia di questo genere il fabbisogno delle regioni meridionali, anche fra cento anni, non sarà coperto. Si attende con ansia il varo della legge dei 20 miliardi con cui la Cassa per il Mezzogiorno dovrà costruire 7 mila posti-letto.

Non si dimentichi però che con tale cifra si soddisfa la decima parte del fabbisogno ospedaliero della bassa Italia. Occorre perciò che il Ministero dei lavori pubblici accetti di sottoporre i suoi finanziamenti annuali d'interesse ospedaliero ad un programma che – diversamente dall'incomprensibile comportamento attuale – si ispiri a dei criteri specchianti le obiettive esigenze delle varie regioni italiane. Ed occorre sopra tutto auspicare la sollecita conclusione degli studi preparatori del piano ospedaliero nazionale, che onora l'ideatore, ma onorerà ancora di più il realizzatore e sarà l'unica vera soluzione di questo problema. Infatti, la attuale legge già citata, che pur ha assolto dei compiti utili alla ricostruzione, è ormai invecchiata. Essa limita i finanziamenti in relazione alla popolazione delle varie città e fissa cifre astratte dai reali costi delle costruzioni ospedaliere: perciò è diventata addirittura un intralcio all'attuazione di un razionale programma riequilibratore della ricettività ospedaliera nelle tre Italie.

2. — *Crisi istituzionale.*

Con il sorgere del Ministero della sanità è venuto a maturazione il problema della natura dell'Istituto ospedaliero, intorno al quale oggi si moltiplicano i dubbi e i controsensi. C'è una vivisezione delle sue attività fondamentali. Dopo essere riuscito a fatica a riportare sotto la tutela sanitaria alcuni atti interessanti chiaramente ed esclusivamente quel settore, l'ospedale rimane nel settore amministrativo a tutela anfibia (fra Interno e Sanità) ed in quello edilizio senza alcuna possibilità di aiuto dalle autorità sanitarie, che pur sono le sole a rendersi conto delle sue esigenze anche in tale campo.

In merito alla duplice dipendenza da Interno e Sanità, è paradossale che questa non abbia alcun potere, nemmeno parziale, sulle nomine per il Consiglio di amministrazione. Né sarà inutile ricordare che nel 1958 furono, sì, passate delle competenze dall'uno all'altro Dicastero, ma non i fondi, che pure il Ministero dell'interno usava per aiutare sotto varie forme gli ospedali. Il Ministro Monaldi aveva assicurato il Parlamento che c'erano dei contatti fra i due Dicasteri su tale materia: ma non sembra si siano fatti dei progressi. Intanto gli ospedali oggi non riescono più ad avere quegli aiuti che, sia pure sporadici, servivano a risolvere alcuni dei piccoli problemi dell'incessante moto di aggiornamento a cui sono soggetti.

In quanto alla natura dell'Istituto, che l'Interno continua a considerare nell'ambito delle Opere pie o Istituzioni di assistenza e beneficenza, ci sono degli atti recenti del Ministero delle finanze che dimostrano una diversa considerazione.

Alcuni ospedali pubblici infatti sono stati fatti oggetto di accertamenti per la tassazione sugli avanzi di amministrazione e addirittura per l'applicazione dell'imposta sulle società. Eppure dalla prima la legge esclude chiaramente gli Enti senza scopo di lucro (articolo 62 del Regolamento di ricchezza mobile, approvato con regio decreto 11 luglio 1907, n. 560), come è logicamente un ospedale, tranne una sua eventuale azienda produttiva o una sua farmacia aperta al pubblico. Dalla seconda poi sono esplicitamente escluse le Opere pie (articolo 151 del testo unico sulle imposte dirette, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 29 gennaio 1958, n. 645; e legge 6 agosto 1954, n. 603, articolo 3, n. 6). Ma dalla risposta data ad una interrogazione parlamentare ed alla F.I.A.R.O., si ricava che in fondo l'Amministrazione finanziaria non è sicura che gli ospedali siano Opere pie, ed applica agli ospedali pubblici delle considerazioni che invece calzano in pieno solo per le case di cura private.

Comunque, quando da un pubblico ospedale si è chiesta l'esenzione dalla dogana per macchine necessarie ad una sua lavanderia, lo stesso Ministero ha negato l'esenzione perché non ha ravvisato nell'ospedale le caratteristiche di un'azienda.

Contraddizioni e lacune legislative si affollano intorno all'ospedale, e sono una delle cause di intralcio e di appesantimento del suo funzionamento. Questo ha delle esigenze che non possono essere equiparate a quelle di un Ente pubblico in genere. Di fronte alle responsabilità di vita o di morte continuamente affrontate, delittuoso appare voler incatenare in un freddo appiattimento burocratico le necessità di snellezza di un Istituto, che deve assicurare in ogni caso un pubblico servizio per la salute dei cittadini.

3. — *Crisi economica.*

L'aspetto della crisi, che maggiormente travaglia la vita degli ospedali, è quello economico. Si son condotte inchieste giornalistiche, si è gridato allo scandalo per carenze di ogni genere: ma forse non sempre si è messa in risalto la assoluta insufficienza dei mezzi che questa società, tanto – e giustamente – esigente, fornisce agli ospedali per

metterli in grado di assolvere ai compiti sempre nuovi e sempre più gravosi, loro addossati dalla medicina moderna.

La verità è che la situazione finanziaria degli ospedali italiani è drammatica. È più grave di quanto non denuncino le inchieste giornalistiche e le dimostrazioni carenziali di cui tutti possono accorgersi.

I bilanci « falsi » si accumulano, continuando a pareggiare con rette che nessun Ente pubblico (compreso il Ministero) paga. Le anticipazioni di cassa raggiungono cifre astronomiche, per coprire almeno in parte la ritardata e contestata riscossione degli enormi crediti. Un'indagine condotta dalla F.I.A.R.O. su 243 ospedali del Nord dava al giugno 1961 una posizione creditizia di ben 25 miliardi e 550 milioni di lire.

Intanto l'ospedale non può arrestare le sue spese, perché – diversamente da un comune che, se non ha fondi, può anche non asfaltare una strada – l'ospedale *deve* provvedere ogni giorno ai malati, a cui non può rifiutare il ricovero né lesinare le cure. Finisce talvolta col non pagare i fornitori: ma essi non sono obbligati a fornire medicinali e generi vari all'ospedale, come invece questo è obbligato a fornirli ai ricoverati. Nascono allora piccoli drammi che non toccano le grandi aule nazionali e le sfere dirigenziali centrali, ma che restano lì ad intessere di una intristita realtà quotidiana la gestione ospedaliera, le cui ansie, le cui amarezze rimangono l'unico compenso per quei volontari cirenei che sono gli amministratori.

Di questa situazione si devono indicare le cause fondamentali nel continuo aumento dei costi, nella inadeguatezza delle rette, nella lentezza delle entrate.

a) *Continuo aumento dei costi ospedalieri.* — Il ritmo di aumento dei costi dell'assistenza ospedaliera è indipendente dalla volontà delle Amministrazioni, che non possono impedire ai sanitari il ricorso ai più moderni sistemi di cura, continuamente aggiornati nell'interesse dei malati.

L'incremento dei costi non dipende solo dal processo di svalutazione della moneta, dagli aumenti salariali e dalle variazioni di prezzo dei prodotti e dei servizi, come sembra che ritengano i dirigenti mutualistici. C'è stata anche una maggiorazione « reale » di spese di gestione dovuta ai seguenti elementi fondamentali:

personale: aumentato di numero per progressi normativi e per esigenze di nuovi servizi;

esami clinico-diagnostici: sempre più numerosi e con tecniche più costose;

terapie nuove: richiedenti farmaci e mezzi tecnici molto onerosi;

degenze più brevi: ridotte ai soli giorni più densi di spese per indagini e terapie;

istituzione di reparti specialistici: dalla gestione notevolmente più costosa;

introduzione di servizi vari (cardioreumatologici, trasfusionali, antitumorali, per immaturi ed altri).

Non sono, quindi, gli stessi prodotti e servizi del 1938, di cui oggi sia cambiato il prezzo. Sono servizi e farmaci e sistemi nuovi che allora non c'erano e che le tecniche mediche hanno introdotto, causando un aumento di molto superiore all'indice del costo della vita.

Secondo dati riportati da uno studio dell'I.N.A.M. (1), si ha la seguente progressione della retta media generale degli ospedali italiani: lire 18 nel 1938; lire 1.381 nel 1950; lire 2.368 nel 1959.

Secondo un'indagine del Ministero della sanità si ha il seguente raffronto di rette medie per le varie categorie:

		1939	1959
1ª categoria	L.	21 —	2,728
2ª categoria	»	18,55	2.266
3ª categoria	»	16,58	1.834

Nello studio citato dell'I.N.A.M. si fa notare che si tratta di un aumento di 130 volte, che è molto superiore all'indice di svalutazione della moneta. Lo studio, però, non tiene conto che nel frattempo le nuove tecniche mediche hanno causato nelle spese un incremento, il cui coefficiente da uno studioso francese, il dottor Gardie (2), è stato calcolato in 3 per la chirurgia e 2,5 per la medicina, in un confronto fra gli anni 1938 e 1956.

Per avere, dunque, un'idea obiettiva della differenza di costo della odierna assistenza ospedaliera da quella del 1938, il confronto va correttamente fatto moltiplicando i costi di allora sia per l'indice di svalutazione, sia per il duplice coefficiente tecnico sopra riportato. E questo – va detto per inciso – ha già

(1) V. D'ONGHIA: « I problemi dell'assistenza ospedaliera » in *Problemi della sicurezza sociale*, gennaio 1961, pag. 30 e segg.

(2) L'indagine sugli ospedali francesi, aggiornata da uno studioso italiano, il Bartolini, è riportata su *L'Ospedale* del dicembre 1956.

subìto ulteriori incrementi dal 1956 ad oggi ed altri da un anno all'altro ne subisce per il continuo progresso della scienza medica.

Ad ogni modo, si avrebbe che le rette medie italiane delle tre categorie di ospedali, per mantenere le proporzioni col 1938, con la svalutazione della moneta e con il costo reale delle nuove tecniche, oggi dovrebbero essere per le branche chirurgiche di lire 4.410 (1ª categoria), 3.895 (2ª categoria) e 3.480 (3ª categoria) e per le branche mediche di lire 3.900 (1ª categoria), 3.245 (2ª categoria) e 2.900 (3ª categoria).

b) *Rette inadeguate.* — Considerata la irrilevanza dei redditi derivanti dal patrimonio per lasciti e fondazioni (che del resto interessano solo alcune vecchie istituzioni ospedaliere), come unica fonte di finanziamento per l'ospedale è oggi rimasta la retta.

Una prima osservazione da fare è che gli ospedali italiani non riescono ancora ad adeguare le rette agli effettivi costi. Mentre si mette in causa la qualità delle loro prestazioni, che si giudicano di livello insufficiente, si grida allo scandalo ogni volta che essi tentano di reperire i mezzi per fornire una migliore assistenza, la quale, naturalmente, comporta spese maggiori. Basterebbe dare uno sguardo alle rette di altre nazioni. La Francia era nel 1956 sulle 5 mila lire in chirurgia e 4 mila in medicina; e nel 1960 ha delle rette che presentano per le due branche rispettivamente delle punte come 62,50 e 44,90 nuovi franchi (lire 7.875 e 5.657) e in maternità addirittura salgono a franchi 70,40 (lire 8.870). Gli U. S. A. nel 1950 avevano una retta media di dollari 15,62 (quasi 10 mila lire) ed oggi in qualche parte si arriva a 30 dollari.

In Francia poi, ai prezzi di costo, si aggiungono queste percentuali di aumento: 10 per cento per manutenzione fabbricati e annualità prestiti (se i fabbricati hanno più di 40 anni la percentuale sale al 12 per cento); 1 per cento per un fondo di riserva per i crediti inesigibili; 2 per cento per la formazione di un capitale circolante.

Nella stessa Italia è eloquente il divario che si nota fra le rette degli ospedali appartenenti agli Istituti previdenziali e quelle degli ospedali civili, nonchè fra le rette degli ospedali neuropsichiatrici provinciali e quelle dei neurospedali a gestione autonoma. Basti – uno per tutti – il confronto fra le rette dei sanatori I. N. P. S. e quelle dei sanatori autonomi, con la preghiera di ricordare che le rette per le lunghe degenze sono più basse di quelle per malattie acute. Nel 1958 l'I. N. P. S. nel suo rendiconto notava una retta media di lire 3.009 per i propri sanatori di fronte a una retta di lire 2.002 per i sanatori convenzionati, ivi compresi quelli privati. Uno studio dei Consorzi antitubercolari (1) rileva delle punte di rette medie regionali come le seguenti:

SANATORI	I. N. P. S.	Autonomi	Privati
Lombardia . . .	3.677	2.168	1.912
Campania	3.950	1.500	1.900
Sardegna	3.600	2.190	2.200

Si dirà che queste sono le punte di massima escursione. Rimane tuttavia il confronto fra le rette medie nazionali a dimostrare due grandi verità: 1°) gli ospedali autonomi fanno miracoli per contenere i propri costi di gestione; 2°) la differenza in più delle rette dell'I. N. P. S. equivale in parte al maggior costo di una gestione statale o para-statale ed in parte alla libertà che ha un ente di adeguare le rette al costo reale dell'assistenza, senza subire violenze e ricatti.

Dolorosa, assurda è l'attuale vertenza fra gli ospedali, rappresentati dalla F. I. A. R. O., e dal suo generoso animatore e presidente, avvocato Boverio, ed il maggiore degli Istituti mutualistici, l'I. N. A. M. La vertenza ha assunto anche fasi drammatiche ed ha dato luogo a numerosi interventi della magistratura, senza che si sia giunti ad una soluzione concreta. Né più fortuna ha avuto l'intervento di tre Ministeri (interno, lavoro e sanità) con la nomina di una Commissione interministeriale, la quale, fissando delle scadenze che poi non ha rispettate, ha finito per rendere il problema ancora più ingarbugliato.

Non si vuole in questa relazione incoraggiare la politica degli interessi contrapposti, certamente nociva agli interessi generali. Ma un sereno ed obiettivo esame della situazione, non può ignorare le tesi delle due parti.

Gli ospedali affermano che dopo il chiaro parere preventivo del Consiglio di Stato sulla interpretazione del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, articoli 81 e 82, e dopo le numerose sentenze della magistratura, non è più né giuridicamente né moralmente giustificabile l'ancora perdurante atteggiamento di rifiuto a riconoscere le rette regolarmente approvate. Essi protestano per queste violazioni alla legge da parte dell'I. N. A. M. e dichiarano di non comprendere l'esistenza della

(1) ALDO GIOBBI, *Compiti e ordinamento dei C. P. A.*, pag. 52 e 104.

Commissione interministeriale. Infatti ogni interferenza di questa in argomento è contro le leggi vigenti, le quali, se sono da aggiornare, possono essere abrogate e sostituite dal Parlamento, ma non « corrette » dai Ministeri. Gli ospedali, inoltre, fanno notare che la pigra attività di questa Commissione rappresenta un fallimento del tentativo di funzione mediatoria, il riconoscimento del diritto di veto ad una sola delle parti e il conseguente disprezzo e aggravamento delle posizioni ospedaliere.

L'I. N. A. M., d'altro lato fa sapere di aver anche un suo problema fondamentale, che è la salvaguardia del bilancio. I suoi dirigenti fanno notare che mentre l'Istituto trae le sue entrate da una base contributiva con salari che, in confronto al 1938, sono aumentati 87 volte, deve provvedere ad un'assistenza ospedaliera con rette aumentate di 130 volte. Fanno notare che mentre il numero degli assistiti I. N. A. M. dal 1950 al 1959 è aumentato del 62 per cento, le spese ospedaliere nello stesso periodo sono aumentate del 263 per cento.

Gli ospedali ribattono: una volta che si vuol fare l'assistenza ospedaliera – ritenuta giustamente l'assistenza fondamentale – si deve anche sapere che ha un certo costo. In Francia nel 1959 sul totale delle spese di assistenza di malattia (prestazioni economiche comprese) in regime generale, le spese ospedaliere hanno inciso per il 34,6 per cento. In Gran Bretagna addirittura, pare che arrivino all'80 per cento delle prestazioni sanitarie. In Italia per il complesso degli Enti mutualistici indicati nella tabella n. 6, l'onere ospedaliero per il 1960 è del 28,2 per cento, mentre per l'I. N. A. M. scende al 27,5 per cento.

Il discorso si farebbe complicato sulla maggiore o minore elasticità dei bilanci e dovrebbe tornare alle osservazioni già fatte e qui citate, dalle Commissioni parlamentari d'inchiesta in riferimento al coordinamento del sistema mutualistico per un più redditizio impiego delle somme disponibili.

Il professore Lino Businco, in una serie di articoli intorno ai problemi ospedalieri sulle pagine de *Il Tempo*, denuncia il « cattivo sistema » adottato dagli Enti mutualistici di « considerare i debiti verso gli ospedali come un impegno cui si possa comodamente sottrarre per soddisfarne altri, giudicati, a torto, più importanti ». A dimostrare questa mentalità di fondo di tutto il sistema mutualistico, egli cita lo « spaventoso crescendo delle spese farmaceutiche » dell'I.N. A.M. Del maggior Istituto mutualistico sarà bene riportare qui alcuni incrementi di spesa fra il 1955 e il 1961 (bilancio preventivo):

assistenza ospedaliera: nel 1955: 28,5 miliardi; nel 1961: 87 miliardi;

assistenza farmaceutica: nel 1955: 27,5 miliardi; nel 1961: 97 niliardi;

spese di gestione: nel 1955: 17,8 miliardi; nel 1961: 36,6 miliardi.

Il Businco fa notare come in Inghilterra, a frenare le spese per medicinali, si sia introdotto sulle ricette un contributo a carico degli assistiti (l'U. R. S. S. per gli sperperi notati, è andata più in là ed ha abolito addirittura la gratuità di quasi tutti i medicinali nelle cure domiciliari fin dal 1946) e suggerisce di potenziare l'assistenza ospedaliera, destinando ad essa i denari che si devono risparmiare « nel gigantesco festival del piccolo evento morboso », insieme con « molti di quei denari che gli Enti destinano alle realizzazioni edilizie ».

Dagli ospedali si fa rilevare che i propri bilanci invece sono rigidi ed hanno poche voci, regolate in pratica non tanto da una volontà amministrativa, quanto da esigenze sanitarie e sociali, affioranti in tono drammatico e da affrontare in misura non lesinabile in tutti i gravi eventi morbosi, che per l'appunto si affidano all'assistenza ospedaliera.

Sono due diverse esigenze, che devono trovare il punto d'incontro nella comune dichiarata volontà di assistere il cittadino veramente nei momenti di maggiore bisogno. Questo è il giudizio dell'osservatore obiettivo. Tale è l'auspicio che da questa relazione si formula: inizio di una maggiore comprensione reciproca, con immediata cessazione delle ostilità.

Intervenga lo Stato nella sua autorità (non gli organi ministeriali, ispirati da questo o quell'Ente). Introduca i rappresentanti delle mutue nei Consigli ospedalieri. Difenda efficacemente gli ospedali dai ricatti, dalle concorrenze, dallo strapotere dei grossi Enti e dalle illegalità. Controlli e tuteli i bilanci delle mutue e degli ospedali. Imponga a tutto il sistema una maggiore considerazione della importanza fondamentale dell'assistenza ospedaliera, la cui rilevanza sociale e sanitaria non deve essere sottovalutata a vantaggio della polverizzazione dell'assistenza nei mille e non sempre controllabili piccoli interventi.

Ad ottener ciò, lo Stato aggiorni le proprie leggi con una visione attuale dei problemi odierni e con la loro esatta comprensione.

Non sembra che questa ancora ci sia, quando si avanza, ad esempio, l'idea di fissare con provvedimenti C. I. P. le rette

ospedaliere. Si tenga presente la particolare natura di questo servizio, che non fornisce concimi o energia elettrica ma deve assicurare prestazioni scientifiche al più alto livello possibile; né costituisce una impresa da cui gli amministratori debbano ritrarre un lucro.

c) *Lentezza nelle entrate.* — Altra e non meno determinante causa della grave crisi economica ospedaliera è rappresentata dal fatto che i tempi delle entrate sono molto più lenti dei tempi della spesa. Di fronte ad oneri inevitabili e che si accavallano di giorno in giorno, l'ospedale ha entrate:

incerte: con ricerca affannosa dell'Ente a cui spetti il pagamento;

contestate: per l'entità della retta, per la durata della degenza, per i ricoveri d'urgenza;

in parte negate: con qualche giornata di cui l'Ente debitore riesce sempre ad evitare il pagamento per non perfetta procedura nelle urgenze e nelle proroghe;

comunque di molto ritardate: tra accertamento della competenza assistenziale, compilazione della contabilità, presentazione all'ente e pagamento da parte di quest'ultimo, passano otto o nove mesi dall'epoca del ricovero.

La risultante – a parte le disquisizioni – è data dalle posizioni creditizie di tutti gli ospedali italiani. I loro crediti possono anche arrivare alla cifra iperbolica di 100 miliardi, se si pensa che la somma già detta (25 miliardi e 550 milioni) è appena indicativa, riguardando solo 243 ospedali civili su 1.240. E a questi si dovrebbero aggiungere anche gli ospedali sanatoriali e neuropsichiatrici, i quali, quando non siano rispettivamente dell'I. N. P. S. o delle provincie, hanno anch'essi i loro crediti a lungo congelati. In tal modo gli Istituti mutualistici, i Consorzi antitubercolari, le Amministrazioni provinciali, lo stesso Ministero della sanità si trovano finanziati dagli ospedali gran parte di quell'assistenza sanitaria ch'essi hanno l'onore di fare. Gli interessi bancari, pagati dagli ospedali per le anticipazioni di cassa cui sono costretti a ricorrere, ammontano ad alcuni miliardi all'anno. Questi vanno necessariamente ad aumentare il costo dell'assistenza ospedaliera, mentre potrebbero essere impiegati per migliorarne la qualità e la quantità.

Lo stesso problema per i crediti verso i comuni fu risolto con il fondo di rotazione previsto dalla legge Braschi. Occorre istituire un fondo di rotazione generale a cui gli ospedalieri possano cedere i loro crediti ed attingere fondi per far fronte alle necessità vitali della gestione quotidiana.

I tecnici amministrativi del Ministero della sanità dovrebbero studiare a fondo questo aspetto non secondario della crisi economica degli ospedali, in modo che si giunga con sollecitudine ad un provvedimento che ridia ossigeno alle gestioni ospedaliere e nell'interesse generale elimini un elemento di maggiorazione antieconomica del costo dell'assistenza sanitaria.

d) *Case di cura private.* — A queste tre cause della crisi economica degli ospedali c'è da aggiungere una quarta: la concorrenza delle case di cura private, che offrono alle mutue servizi a rette più basse.

Di fronte agli ospedali pubblici esse hanno una posizione di vantaggio nelle minori spese per numero e trattamento del personale, per il nessun obbligo di servizi di interesse pubblico, per la gestione spesso familiare. Addirittura esse godono, in quanto abitazioni private, di alcune agevolazioni fiscali come l'esenzione dalla imposte di consumo per materiali di costruzione, che solo di recente è stata resa chiara anche per gli Istituti ospedalieri pubblici. Talvolta capita che medici ospedalieri siano collegati con case di cura private e che a queste vadano i casi meno gravi o quelli degli abbienti.

In Francia, l'Ispettorato generale delle finanze, da accertamenti effettuati nel 1950 sulla situazione finanziaria degli ospedali, ha ricavato le seguenti osservazioni:

« L'ospedale pubblico raccoglie, con ritmo ognora crescente, i malati più gravi in quanto le cliniche private non sono attrezzate per una operazione complessa ... Obbligato a sopportarne il peso e a rimborsarsi con un prezzo forfettario uniforme per giornata, l'ospedale pubblico ... si trova disarmato di fronte alla concorrenza privata che in pratica si limita ad interventi più redditizi. Questa politica sovraccarica le spese degli ospedali ed accresce gli utili delle cliniche private ».

Forse il discorso può riferirsi in gran parte anche alla situazione italiana.

Non si ritiene di dover ripetere l'esame approfondito già fatto nelle altre discussioni sui precedenti bilanci da molti onorevoli colleghi, con particolare riferimento all'esposizione organica fatta dall'onorevole Cotellessa sulla necessità di una regolamentazione delle case di cura private. La presente relazione aggiungerà solo questa osservazione.

L'investimento dei capitali in una simile impresa è fra quelli a reddito più sicuro, se

è vero che si verifica questo strano fenomeno: l'iniziativa privata, così reticente nel Sud per tutti gli altri settori economici, in questo campo invece ha battuto i privati del Nord e l'iniziativa statale. L'Italia meridionale infatti (vedi tabella n. 12) con le sue 406 case di cura private supera le 367 case di cura dell'Italia settentrionale e supera anche il totale degli ospedali pubblici meridionali che tra generali e specializzati, sanatoriali e neuropsichiatrici raggiungono il numero di 392. Se si esaminano le date di fondazione delle cliniche private, si rileva che hanno trovato largo sviluppo soprattutto in questo dopoguerra: dai 32.203 posti letto del 1950 sono infatti passate a 62.247 posti letto nel 1958.

Obiettività vuole che si riconosca negli ospedali privati una funzione di integrazione di un servizio pubblico carente, funzione apprezzabile però soltanto quando non di impresa a scopo di facile lucro si tratti, bensì di organizzazioni a scopo umanitario e assistenziale che svolgono il loro compito sociale.

Spesso, poi, le case di cura private sono preferite dai malati, anche se con rette più alte, per il trattamento più umano che in esse trovano in confronto a quello un po' freddo degli ospedali pubblici. Qui talvolta l'assistenza è anonima e il malato diventa un numero o, tutt'al più, un « caso clinico interessante ».

Il discorso è giunto al terzo aspetto della crisi degli ospedali: l'aspetto umano.

4. — *Gli ospedalieri.*

Per completare lo sguardo sui vari aspetti della crisi ospedaliera, non si può trascurare la parte che riguarda l'elemento umano – e quindi centrale – di questo delicato e vitale servizio pubblico.

In prima linea il discorso interessa il personale sanitario che sente vivo il disagio per la situazione attuale, ancora regolata da disposizioni ormai invecchiate. Il vero e proprio stipendio che i medici percepiscono dagli ospedali è bassissimo, tanto che per alcuni rappresenta la ventesima parte delle loro retribuzioni; ma negativo per tutti loro è il riflesso di tale situazione retributiva sulle pensioni. Il sistema di integrazione a cointeressenza (75 per cento delle somme versate dai paganti e totalità dei compensi fissi pagati dalle mutue) se rende soddisfatto il primario a cui va la metà di tali entrate, non altrettanto soddisfa aiuti ed assistenti, i quali ultimi spesso non riescono ad avere nemmeno la decima parte di quello che va al direttore di reparto. Più grave ancora è per aiuti e assistenti il problema della stabilità, prevedendo attualmente la legge una specie di contratto a termine della durata massima rispettivamente di otto e quattro anni. Il vecchio concetto del secondariato, come gradino transitorio per il primariato o per la libera professione, urta ormai contro una nuova realtà sociale. Non si può certo disprezzare l'esigenza espressa dai primari in merito alla necessità di responsabile scelta dell'*équipe* di collaboratori e di stimolo al loro permanente aggiornamento scientifico. Però, neppure si può negare la legittimità delle aspirazioni degli aiuti ed assistenti degli ospedali civili: essi sarebbero i soli – di fronte a tanti medici delle mutue, degli ospedali I. N. P. S. e I. N. A. I. L. e degli Istituti neuropsichiatrici – a vedersi interrotta la carriera proprio nel momento più delicato della loro vita professionale.

I due problemi della scelta e dell'aggiornamento possono, se mai, essere affrontati dalla legge, dando facoltà ai primari di intervenire in casi particolari di non collaborazione o di deficienze professionali. Ma come norma universalmente ormai s'invoca la stabilità.

TABELLA N. 15.

Personale sanitario e ausiliario dei pubblici ospedali al 31 dicembre 1958.

	PERSONALE SANITARIO				
	Primari	Aiuti	Assistenti	Totale	Indice (*a*)
Ospedali civili (posti letto 220.130)	3.798	2.838	12.869	19.505	11
Ospedali sanatoriali (posti letto 48.485).	326	347	748	1.421	34
Ospedali neuro-psichiatrici (posti letto 94.844). . .	272	162	332	766	124

	PERSONALE AUSILIARIO				
	Ostetriche	Infermieri qualificati	Indice (*b*)	Portantini, tecnici ed inservienti	Totale
Ospedali civili	1.230	23.784	9,3	43.195	68.209
Ospedali sanatoriali.	7	2.589	18,7	13.938	16.534
Ospedali neuro-psichiatrici.	3	16.725	6	5 609	22.337

(*a*) Numero di malati per 1 medico.
(*b*) Numero di malati per un infermiere qualificato.

Si parla anche tanto, in questi ultimi anni, del « tempo pieno » per gli ospedalieri, intendendo con esso un orario fisso di presenza in ospedale, con divieto di professione extra-ospedaliera (salvo le consulenze) e con conseguente nuovo sistema di retribuzione, che sia formata per intero o quasi dallo stipendio, portato naturalmente a livelli ben diversi dagli attuali e con più equa distribuzione. In tal caso logicamente i compensi delle mutue e dei paganti andrebbero agli ospedali, i quali lascerebbero solo una ristretta fascia di cointeressenza, come stimolo dell'attività dei reparti. Da un'indagine condotta dalla Federmedici C.I.S.L. di Milano presso i sanitari ospedalieri e universitari di tutte le qualifiche, è risultato l'80 per cento dei medici favorevole all'applicazione del tempo pieno, il 15 per cento contrario, il 5 per cento incerto. Tutti hanno richiesto stipendi sulla base del rapporto 4-2-1 fra primari, aiuti e assistenti.

Certo se i 21.000 medici ospedalieri riservassero tutte le loro cure solo ai ricoverati in ospedale, ci sarebbe un elemento di chiarificazione anche per il famoso problema della pletora medica. Così pure si invoca un'azione energica del Ministero della sanità sia per far aumentare il numero degli aiuti di reparto (dalla tabella n. 15 risulta che ne occorrono circa 1.000 almeno per pareggiare il numero dei primari), sia per far rispettare il rapporto-limite previsto dal regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, articolo 5) per il numero dei 120 posti-letto, riferito ad ogni primariato.

Dovrebbe infatti risultare anche al Ministero che in alcuni ospedali ci sono reparti, ad esempio, di chirurgia con quasi 200 malati, che non possono certo essere sufficientemente curati da un solo primario. Ugualmente dovrebbe risultare che i reparti specialistici fondamentali previsti dall'articolo 6 della citata legge ancora non sono istituiti in tanti ospedali, che pur rappresentano il più alto livello sanitario di intere zone.

Tutti questi argomenti costituiscono forse la parte centrale della prima riforma ospedaliera affrontata con un recente disegno di legge già varato dal Consiglio dei Ministri: e va

dato atto al Ministro Giardina della procedura adottata, chiedendo per la impostazione del suo provvedimento la collaborazione qualificata dei vari settori interessati.

Ma in attesa che la riforma giunga in porto, non sarebbe male che il Ministero, con frequenti sopralluoghi in periferia di propri funzionari, controllasse direttamente le situazioni esistenti e adottasse – di concerto con l'interno – i provvedimenti atti a rimuovere sollecitamente le inadempienze alle leggi vigenti. Già il rispetto di queste segnerebbe un notevole miglioramento nella funzionalità di tanti servizi ospedalieri.

Identico discorso va fatto in merito ai concorsi ospedalieri da bandire o a quelli già banditi e che da anni attendono di essere espletati: si segnalano sottovoce situazioni scandalose.

In quanto al personale ausiliario, c'è tutta una ridda di problemi – dal trattamento economico e normativo al rapporto numerico con i malati, dalle immorali prescrizioni di nubilato alle misure per la lavoratrici madri – che qui non possono essere esaminati. Unica osservazione si intende fare sulla necessità assoluta di sforzi ben maggiori da parte dell'intera comunità nazionale per una vera preparazione professionale di infermieri e di tecnici (in particolare di radiologia e di laboratorio). Lo Stato spende miliardi ogni anno per l'addestramento e la qualificazione di operai di ogni genere. Solo per queste specializzatissime maestranze ci si rimette a contributi sporadici, eventuali, ricavati con fondi sottratti ad altre voci del bilancio della Sanità ed a corsi la cui iniziativa è lasciata troppo alla buona volontà di una periferia, naturalmente disuguale. È necessario un accordo fra i Ministeri della sanità e del lavoro per un programma di corsi pluriennali di profonda qualificazione e specializzazione infermieristica. Lo sforzo del Ministero della sanità è stato notevole in questo triennio, avendo portato da 47 a 68 il numero delle scuole-convitto, da cui nell'ultimo anno sono uscite 1.370 infermiere professionali. Ampia diffusione hanno avuto le scuole per infermieri generici. Ma sia per queste, sia per gli altri tipi di scuole infermieristiche, notevoli sono le deficienze nelle solite zone meridionali, che hanno meno di un sesto del totale di tali scuole.

Per il personale ausiliario, secondo la situazione data dall'I.S.T.A.T. a fine 1958, è da notare che negli ospedali civili lavorano oltre 23.000 infermieri diplomati o patentati (di cui più di un terzo è formato da personale religioso) e 43.000 portantini o addetti ad altri servizi (tra cui i pochi tecnici). Il rapporto del personale qualificato col numero dei malati è di quasi 1 a 10 insufficiente per assicurare cure responsabili, specie se si riflette che con i tre turni di lavoro e con le assenze per ferie, riposi e licenze la presenza effettiva diventa di un infermiere ogni 30 malati acuti.

Non va dimenticato il personale amministrativo che, almeno nei suoi gradi direttivi si trova ad essere il solo compagno di pena degli amministratori nel quotidiano conflitto fra le entrate insufficienti e le pressanti esigenze dei servizi e dei malati. È una schiera di quasi 7.000 impiegati, che è bene non abbandonare e se stessi. Il Ministero deve sentirli come propri diretti collaboratori e, ampliando con adeguati corsi le iniziative già prese dalla F.I.A.R.O. e dalla C.I.D.A., deve premurarsi della formazione di una nuova classe qualificata di dirigenti per questo moderno tipo di azienda, in modo che ci sia un continuo adeguamento alla incessante evoluzione in tutti i settori di questo servizio fondamentale della vita della Nazione.

L'intervento deciso del Ministero negli accennati problemi riguardanti il personale sanitario e quello ausiliario, deve servire a coprire una di quelle fascie di deficienza che, insieme a quella delle attrezzature, più compromette oggi la sostanziale validità della funzione ospedaliera. Su questi due punti – personale insufficiente e non sempre all'altezza; attrezzature inadeguate, vecchie e mal tenute – si fondano le critiche e la sfiducia del pubblico. Da questi due punti – attrezzature moderne, personale sufficiente qualificato impegnato – bisogna cominciare con tutte le forze per aiutare gli ospedali pubblici a riconquistare la completa fiducia dei cittadini.

5. — *Aspetto morale.*

C'è anche un aspetto morale della crisi ospedaliera. Ed è costituito dalla troppa incomprensione riservata al suo vero e profondo dramma. Comincia il pubblico, pronto a scandalizzarsi delle riscontrate insufficienze e ad accendersi di sdegno per gli inconvenienti gravi – purtroppo anche mortali – che qualche volta si verificano. Le mutue poi hanno alzato una cortina di diffidenza contro i medici e gli amministratori degli ospedali.

Contro i medici ospedalieri protestano in particolare per i ricoveri di urgenza, che attribuiscono ad oscure macchinazioni. Invece occorre spiegarli con le umane ansie, derivanti

dal non certo regolabile insorgere del male e umiliate sia dall'inadeguato procedere del meccanismo di autorizzazione, sia dal problema, spesso preliminarmente insolubile, della competenza della malattia. Contro gli amministratori rivolgono accuse, che in fondo sono gravi, con quel mettere in dubbio la veridicità delle rette, quasi che essi, con l'aiuto degli organi di tutela, costituissero una novella carboneria antimutue.

C'è infine una strana impossibilità di far comprendere a tutti che l'assistenza ospedaliera ha esigenze di funzionamento di assoluta urgenza quotidiana e di costo elevato, come può costare ogni sforzo per salvare una vita.

La società invece, nel suo insieme, dai ministeri all'ultimo cittadino, chiede all'ospedale la vita senza porsi il problema di fornirgli i mezzi adeguati.

I « problemi degli ospedali sono i problemi di tutti », ha scritto il già citato Businco. Questa verità non sarà operante finché non sarà sentita da tutti.

Ci sono davanti al Parlamento due proposte di legge per una inchiesta sulla situazione ospedaliera. Occorre che siano prese in esame ed approvate, in modo che tutta la Nazione possa rendersi conto della necessità di rivolgere cure ben maggiori verso questo presidio fondamentale della salute pubblica.

Sanare questo aspetto morale della crisi che inceppa il progresso ospedaliero, significa forse rendere più agevole la soluzione degli altri lati del problema.

6. — Punti per una riforma ospedaliera.

Una riforma che investa tutti gli aspetti dell'istituto ospedaliero è richiesta dagli enti mutualistici, dai sanitari, dagli stessi amministratori ospedalieri. È imposta dalla evoluzione dei tempi.

Una riforma per inserire in pieno gli ospedali in un sistema moderno di protezione sanitaria dovrebbe considerare i punti seguenti:

a) *Rete di servizi* ospedalieri e paraospedalieri, strettamente coordinati nell'ambito provinciale. Essa dovrebbe essere costituita da: 1°) un vertice al capoluogo di provincia, con ospedale completo di reparti specialistici e gabinetti scientifici; 2°) ospedali zonali con reparti fondamentali; 3°) una larga base di *centri sanitari* in tutti i comuni nelle zone rurali e nei quartieri periferici delle grandi città. Questi centri sanitari potranno riunire le caratteristiche di ambulatori, dispensari e consultori e dovranno servire ai medici dell'O.N.M.I., delle mutue, del servizio scolastico, dei centri di medicina sociale e di igiene mentale e di igiene del lavoro. Possono essere il punto di riferimento e di incontro dei vari tipi di assistenza profilattica e terapeutica, ospitando i vari specialisti degli Enti e le assistenti sanitarie e sociali.

Possono, insomma, costituire le innervature periferiche, attraverso le quali l'assistenza sanitaria si decentra e, anziché attendere al centro che l'intera provincia si muova, comincia per prima ad offrirsi al cittadino anche nelle zone più disagiate. Affidati alla collaborazione del più capillare dei servizi sanitari – il medico condotto o l'ufficiale sanitario – devono rappresentare la base operante di tutto questo sistema a piramide che dal vertice provinciale assicura servizi ordinati e integrati fino alla più lontana periferia rurale.

Come primo passo per raggiungere questo traguardo ottimale – o almeno per avvicinarlo – è necessario interrompere decisamente l'attuale politica delle duplicazioni degli ambulatori-stagno e costringere tutti gli enti ad impiegare le loro risorse in un quadro di reciproco coordinamento e collaborazione, sopra tutto con l'intento di creare servizi para-ospedalieri nelle zone che ora ne sono prive.

b) *Natura degli enti*, da configurare non più come istituzioni di beneficenza, ma come aziende di pubblico servizio. Gli ospedali, per essere veramente la casa di tutti e per mantenere un costo di gestione economico, non possono passare alla dipendenza di alcun altro ente, tanto meno di un istituto mutualistico, sia pure grande o unificato. Conseguenze gravissime avrebbe ogni accentramento, il cui limite massimo potrebbe essere quello provinciale, da intendersi però più correttamente come autonomo consorzio degli ospedali di una provincia. In quanto ai consigli di amministrazione, sembra opportuno che oltre agli enti locali, anche gli istituti mutualistici, i sanitari, le organizzazioni sindacali siano presenti e diano l'apporto di contributi concreti, sotto il controllo diretto delle interessate autorità sanitarie.

Le istituzioni assistenziali che talvolta fanno parte dei raggruppamenti ospedalieri (orfanotrofi, asili, collegi vari) dovrebbero essere decentrate e affidate agli E. C. A. o alle provincie.

c) *Sistema di finanziamento* più completo e più sicuro dell'attuale. La retta come per le mutue è « onnicomprensiva », così

per gli ospedali deve essere adeguata ai reali costi – opportunamente controllati – e comprendere tutte le spese di gestione. Gli ospedali rifiutano la tesi degli « oneri impropri », di cui si invoca lo scorporo, e fanno rilevare come l'utilità di quei servizi speciali (scuole infermieri, pronto soccorso, reparti infettivi, centri di medicina sociale) si riversa anche sui ricoverati a carico delle mutue.

Se tuttavia si riesce ad individuare degli oneri che veramente non dovessero gravare sulla retta, è chiara l'esigenza di una contestuale integrazione di retta che dovrebbe essere pagata dallo Stato. In tutti i casi è necessario un *fondo di rotazione o di credito ospeliero*, che serva per superare i gravi intralci creati dai tempi morti nelle riscossioni dei crediti.

d) *Stato giuridico* dei sanitari, con l'impegno di tempo pieno ed esclusivo verso gli ospedali e con stabilità nella carriera degli aiuti e degli assistenti.

e) *Funzione docente* dell'ospedale, in collegamento con centri universitari, delle cui esercitazioni dovrebbe costituire l'integrazione ed il complemento. È stata da tutti messa in rilievo l'esigenza di far passare le nuove leve di laureati per almeno due anni di tirocinio e di addestramento, prima che si immettano nella libera professione. L'esigenza può essere soddisfatta creando, negli ospedali più attrezzati e ricchi di personale adatto, un secondo tipo di assistentato temporaneo e con una certa retribuzione (nessuno si scandalizzi, quando in alcuni Stati anche gli studenti universitari hanno una retribuzione). In tale assistentato di « complemento » – che sarebbe un vero e proprio lavoro controllato – si avvicenderanno, per il periodo che si dovrà stabilire, i giovani laureati prima di affrontare da soli la delicata avventura della vita e della missione medica.

Questa pur lunga esposizione non ha la pretesa di aver toccato tutti i problemi della vita ospedaliera. Ma ha voluto sottoporre alla attenzione del Parlamento e dell'opinione pubblica alcuni particolari elementi della crisi attuale, nella fiducia di fornire ragionati fattori di chiarificazione alle situazioni confuse, create talvolta dagli eccessi polemici.

VIII. — MALATTIE SOCIALI

La concezione tradizionale dei compiti di protezione sanitaria, affidati allo Stato, si concreta nell'intervento statuale nella lotta contro certe malattie a più larga risonanza sociale, come ampiezza delle zone di popolazione colpita e come rilevanza delle conseguenze economiche.

Dei 45 miliardi messi a disposizione del Ministero della sanità per spese direttamente sanitarie, la metà è impegnata per interventi appunto nella lotta contro le così dette malattie sociali. Sono considerate tali dal bilancio le seguenti malattie di cui si riporta fra parentesi il relativo stanziamento: malattie veneree (850 milioni), la lebbra (380 milioni), i tumori (1.570 milioni), la tubercolosi (18 miliardi), il tracoma (400 milioni), la paralisi spastica infantile e lussazione d'anca (720 milioni), le malattie reumatiche e cardiovascolari (450 milioni).

Questa relazione cercherà di porre in risalto la necessità di ampliare l'elenco delle malattie sociali, aggiungendone altre con più profonde coordinate sociali.

Ha intanto il compito di illustrare concisamente i traguardi raggiunti e le prospettive che si aprono nell'azione oggi condotta. Ed inizierà l'esame da quella infermità, la tubercolosi, che impegna l'80 per cento dei fondi destinati alle malattie sociali.

1. — *Tubercolosi.*

L'attività svolta da 30 anni in questo settore è stata intensa ed ha curato tutti i lati medici e sociali del problema.

Da un lato l'I. N. P. S. con abbondanza di mezzi e con un certo stile di moderna visuale ha fatto fronte ai propri impegni terapeutici. Dall'altro i Consorzi provinciali antitubercolari con mezzi molto meno abbondanti, con la collaborazione non sempre aperta degli Enti locali, con la loro preziosa ed appassionata presenza in prima linea, hanno creato una serie di servizi capillari, una sensibilità aggiornata, una strumentazione efficace innanzi tutto nel campo preventivo e, per la parte di popolazione non assicurata, anche in quello curativo. Qualche Ente mutualistico interviene, seppure con provvidenze limitate (E. N. P. A. S. per 180 giorni e I. N. A. D. E. L. per 120 giorni).

Considerando le spese dell'I. N. P. S., del Ministero della sanità dei C. P. A. (le cui entrate sono costituite per il 45 per cento (1)

(1) v. A. GIOBBI, *Op. cit.*, pag. 68. I C. P. A. nel 1959 hanno avuto un'entrata complessiva di 17 miliardi e mezzo.

dai contributi del Ministero della sanità), dell'O. N. I. G. e di altri Enti, in complesso la lotta contro la tubercolosi costa circa 100 miliardi all'anno ed impegna un'organizzazione, i cui capisaldi sono indicati nella tabella n. 16.

TABELLA N. 16.

Servizi per la lotta contro la tubercolosi.

ISTITUTI DI CURA PER TUBERCOLOTICI						
Sanatori dell'I. N. P. S.	N.	54	con	posti-letto	N.	24.351
» dei C. P. A. o autonomi	»	90	»	»	»	20.301
Reparti ospedalieri per tubercolotici	»	205	»	»	»	15.240
Case di cura private	»	124	»	»	»	16.791
Totale	N.	473			N.	76.683
PREVENTORI.						
Preventori vigilati dell'I. N. P. S.	N.	6	con	posti-letto	N.	1.376
Altri preventori vigilati	»	71	»	»	»	12.181
Preventori e colonie permanenti	»	113	»	»	»	19.667

SERVIZI DIAGNOSTICI		
Centri provinciali diagnostici dei C. P. A. (di cui solo 6 ad attrezzatura completa)	N.	92
Sezioni dispensariali dei C. P. A.	»	570
Centri diagnostici pneumotisiologici dell'I. N. P. S. e dell'I. N. A. M.	»	18
Stazioni schermografiche (28 unità mobili del Ministero di sanità, 24 unità del Ministero della difesa, 1 treno schermografico del Ministero dei trasporti, 9 unità comunali, 5 unità universitarie, 6 unità di mutue, 135 unità dei C. P. A.)	»	208

N B. — Notizie del Ministero della sanità.

a) *Risultati notevoli.* — I risultati ottenuti sono notevoli. Nel campo della mortalità, in seguito alle nuovissime terapie, il decremento è continuo e soddisfacente. Dopo la fase streptomicinica (dai 41.000 morti del 1945 ai 19.810 del 1951), il fenomeno si è ulteriormente e rapidamente ridotto con l'avvento dell'idrazide: 13.017 morti nel 1952. Nell'ultimo triennio si ha la seguente regressione: 1958: 9.673; 1959: 8.804; 1960: 8.546. Dall'indice di mortalità di 42,2 del 1951 siamo scesi a 16,7 su 100.000 abitanti, indice che è fra i migliori del mondo, ma che ancora deve fare dei passi avanti per accostarsi a quello di 6,1, raggiunto da Israele, Olanda e Danimarca.

Anche nel campo della morbosità si registrano risultati molto positivi, come risulta dal fatto che 15.000 letti nei sanatori cominciano a rimanere inutilizzati (1) e come direttamente si rileva dai nuovi casi di tubercolosi accertati nell'ultimo triennio dai Consorzi antitubercolari: 70.674 nel 1958; 65.457 nel 1959; 58.618 nel 1960. Era parecchio tempo che il numero si era stabilizzato sui 70.000 annui, per cui con grande soddisfazione si accoglie questo rimettersi in movimento di un processo migliorativo del fenomeno.

Ciò nonostante, l'ansia di vedere completamente debellato questo morbo, da cui si può calcolare che in Italia oggi siano affetti circa 200.000 persone, induce a cercare nuovi traguardi. Il Ministero della sanità ha ufficialmente dichiarato che si propone non solo di mantenere il già soddisfacente livello assistenziale, ma anche di migliorare i servizi di accertamento dei casi di malattia e delle fonti di contagio, con uno sforzo di ulteriore espansione delle attività di prevenzione.

A tale scopo sarà bene tener presenti alcune osservazioni:

1°) il 47,7 per cento della popolazione oggi non è protetta dal regime assicurativo.

(1) *Stato sanitario del Paese*, a cura del Ministero della Sanità, 1960, pag. 260.

La percentuale ha un andamento vario nelle diverse regioni: una rilevazione I. N. P. S. del 1953 dava la punta massima negli Abruzzi e Molise col 72,64 per cento di popolazione non assicurata. Una delle maggiori lacune create da tale situazione è la mancanza del sussidio di ricovero per gli assistiti non assicurati, ai quali solo 17 C. P. A. sono in grado di dare una limitatissima assistenza economica;

2°) l'applicazione di metodi di profilassi immunitaria (vaccinazione con bacilli morti o attenuati e chemioprofilassi) appare ancora lasciata troppo alla iniziativa delle singole scuole scientifiche e circoscritta alle zone vicine ai centri universitari: merita un maggior incoraggiamento e più ampia e programmata diffusione se vogliamo (come dobbiamo) ridurre ancora i 58 mila nuovi tubercolotici all'anno;

3°) mancano di servizio schermografico i C. P. A. delle seguenti 15 province: Imperia, Bolzano, Belluno, Arezzo, Rieti, Chieti, Teramo, Foggia, Taranto, Potenza, Agrigento, Enna, Ragusa, Nuoro, Sassari;

4°) i C. P. A. segnalano la necessità di istituire altri 114 dispensari in sedi già individuate;

5°) il Ministero della sanità deve intensificare l'azione di intervento sui programmi politici ed amministrativi per estendere la prevenzione alle cause sociali che facilitano l'insorgere del morbo (ipo-alimentazione, abitazioni e ambienti di lavoro antigienici), o alla eliminazione di alcune cause di contagio, come ad esempio la tubercolosi bovina, a cui si attribuisce il 10 per cento dei casi di tubercolosi umana.

b) *Dall'I.N.P.S. all'I.N.A.M.* — Il discorso sulla tubercolosi si arricchisce per il recente disegno di legge, la cui approvazione dovrà sanzionare il passaggio della gestione assicurativa dall'I.N.P.S. all'I.N.A.M.

L'iniziativa del Ministro del lavoro, Sullo, è degna di approvazione. Comincia ad essere un elemento di chiarificazione nel campo mutuo-previdenziale italiano e rappresenta il primo atto di un più razionale ordinamento del nostro sistema di assicurazioni sociali, eliminando da un lato Enti misti e unificando dall'altro forme di assistenza sanitaria. Tuttavia è da fare attenzione a che tale trasferimento non comprometta le prospettive di estensione del regime assicurativo verso altre categorie di lavoratori, che sono assistiti da mutue diverse dall'I.N.A.M.; a meno che ciò non costituisca l'occasione per accelerare il discorso sulla unificazione di tutti gli istituti mutualistici. Parimenti è da controllare che non sia compromessa l'attuale unità di organizzazione raggiunta su base provinciale mediante la stretta collaborazione fra i Consorzi e l'I.N.P.S. Questo Istituto ha tenuto un certo stile nella sua condotta, rispettando le qualificate strutture antitubercolari create dai C.A.P. in 30 anni di lavoro ed usufruendo della loro funzionalità per la profilassi e prevenzione e per l'accertamento diagnostico anche per la popolazione assicurata, senza creare inutili e dispersivi doppioni. Un certo allarme invece si è destato – e se ne è fatta eco il convegno dei C.A.P. tenuto a Genova nel giugno 1961 – per intenzioni di altro stile che avrebbero espresso funzionari dell'I.N.A.M. Così pure i pubblici ospedali hanno espresso timori per una diversa politica dell'I.N.A.M. sui sanatori e preventori, diversa politica che potrebbe causare la chiusura di tutti i sanatori dei C.A.P. e di altri Enti pubblici o che potrebbe costituire – con un mutamento di destinazione – l'inizio di una gestione I.N.A.M. di ospedali generali.

Evidentemente saranno timori infondati e certo si esagera. Tuttavia l'intera nazione è interessata a che le abbondanti disponibilità della gestione antitubercolare non siano sciupate, per sciocche questioni di prestigio e desiderio di strafare, in antieconomici atti di accentramento o nella colpevole duplicazione di servizi già esistenti. Tali disponibilità devono essere investite nell'ampliamento delle attuali forme di protezione antitubercolare e nella loro estensione a tutta la popolazione con minor peso contributivo per i singoli.

Perciò l'assicurazione antitubercolare, pur trasferendosi ad altro istituto, dovrà mantenere il suo carattere di gestione autonoma di una malattia sociale, conservando metodi, persone e stile dell'assistenza data dall'I.N.P.S., per non disperdere il notevole patrimonio di esperienze e l'elevato grado di efficacia raggiunto in questo settore che fino ad oggi è stato il più funzionale fra i settori della sanità pubblica.

TABELLA N. 17.

Morti per grandi gruppi di cause.

	1956	1957	1958	1959	1960
I. – Malattie infettive e parassitarie	17 307	16.702	16.413	14.410	13.660
di cui tubercolosi	10.665	10.075	9.672	8 804	8.546
II. – Tumori	67.641	69.480	70.204	72.659	76 182
III. – Malattie mentali, nervose e degli organi dei sensi	77.329	77.035	73.190	72 335	74.456
di cui lesioni vascolari del sistema nervoso mentale	68.361	68.477	56.018	64.247	66.222
IV. – Malattie del sistema circolatorio	146.152	146.243	132.656	130.580	142.553
V. – Malattie dell'apparato respiratorio	50.573	46 425	39.341	35 973	42.240
di cui affezioni broncopolmonari	42.119	36.913	32.999	30.205	34.637
VI. – Malattie dell'apparato digerente	29.687	30.199	27.809	27.147	28.794
di cui malattie del fegato e delle vie biliari	10.921	11.128	10.547	11.311	12.315
VII. – Altri stati morbosi	54.246	53.266	50.509	46.819	46 967
di cui malattie particolari della prima infanzia	24.011	23.898	23.092	21.738	21.335
VIII. – Senilità e cause mal definite	31.937	27.746	24.747	33 253	33.058
IX. – Accidenti e altre cause violente	22.678	23.094	22.821	21.999	22.839
di cui accidenti del traffico	8.941	9.139	9.202	7.788	8.444
Totali	497.550	484.190	457.690	455.176	480.849

2. — *Tumori e vasculopatie.*

È diventato ormai rituale lanciare l'allarme per l'incessante incremento della morbosità e della mortalità relative a questi due gruppi di malattie, che sono diventate le più terribili malattie sociali.

Questa relazione farà dei confronti e delle osservazioni, non per seguire la corrente generale, ma nella fiducia di concorrere a creare nella classe dirigente italiana una coscienza della rilevanza sociale del fenomeno morboso, onde sollecitare un più adeguato intervento finanziario nell'impegno di protezione della salute e della capacità produttiva delle nostre popolazioni.

Si ponga mente al confronto fra i diversi andamenti di alcune malattie – che potranno chiamarsi le calamità dell'Ottocento – e di queste due calamità del XX secolo.

	1890 (1)	1960
Morti per malattie infettive e parassitarie (tubercolosi, malaria, sifilide e altre)	194.919	13.660
Morti per polmoniti e broncopolmoniti	70.862	42.240
Morti per tumori	12.877	76.182
Morti per malattie del sistema circolatorio	47.388	142.553

Aggiungendo a questi ultimi anche i morti per lesioni vascolari del sistema nervoso cen-

(1) Le cifre riferite all'anno 1890 rappresentano la media annuale rilevate nel quinquennio 1887-1892. (Documenti di vita italiana, 1961. pag. 9056).

trale (66.222 nel 1960) si ha una mortalità complessiva per neoplasie e vasculopatie di 284.957. Questi due morbi sono la causa del 59,2 per cento della mortalità. L'organo ufficiale della Presidenza del Consiglio (1) fa notare: « queste due cause riescono ad eliminare oltre una leva di lavoro » apportando al reddito nazionale una perdita « che va dai 200 ai 300 miliardi all'anno ».

La geografia della mortalità per queste due cause, coincide in modo impressionante con quella di più intenso progresso economico, come si può rilevare dagli indici riportati nella tabella n. 18.

TABELLA N. 18.

Indici regionali di mortalità per tumori e malattie cardiocircolatorie nell'anno 1958.

(Numero di morti su 10.000 abitanti)

A) *Morti per tumori.*

Regioni con alta mortalità: da 18 a 20	Liguria (20,6), Toscana (20), Lombardia (19), Piemonte (19), Venezia giulia (18,5), Emilia (18,2).
Regioni con media mortalità: da 12 a 16.	Trentino (16,3), Val D'Aosta (15,7), Veneto (14,2), Lazio (13,7), Marche (13,3), Umbria (12,6).
Regioni con bassa mortalità: da 6 a 9	Sardegna (9,4), Sicilia (9), Abruzzi (8,9), Campania (8,5), Puglia (8,3), Basilicata (6,3), Calabria (6,3).

Indice Nazionale . . . 14,02

B) *Morti per malattie cardiocircolatorie.*

Regioni con alta mortalità: da 31 a 38	Piemonte (38,2), Liguria (36,6), Venezia Giulia (33,2), Val D'Aosta (31,4), Lombardia (31).
Regioni con media mortalità: da 27 a 28.	Emilia (28,4), Trentino (28,4), Veneto (28), Toscana (27).
Regioni con bassa mortalità: da 18 a 23	Abruzzi e Molise (23,8), Campania(23), Umbria (22,4), Sicilia (22), Lazio (22), Puglia (21,5), Marche (21,2), Basilicata (20,7), Calabria (19,2), Sardegna (18.)

Indice Nazionale . . . 26,49.

Per il numero delle persone colpite da affezioni neoplastiche si hanno stime diverse che vanno dalle 200.000 alle 400.000 unità. Per le vasculopatie, la già citata pubblicazione *Documenti*, a pag. 8919, fa notare che ne sono affetti circa due milioni di cittadini con « molte forme gravi di invalidità, spesso a insorgenza giovanile ».

a) *Mezzi insufficienti.* — Non è il relatore a lanciare l'allarme in faccia all'intera società nazionale. È lo stesso Ministero della sanità che vuol suscitare un cosciente e ragionato impegno dello Stato ad affrontare e risolvere questi vitali problemi. Infatti la Sanità non ha sufficienti mezzi di lotta.

Per la tubercolosi in Italia si spendono oggi 100 miliardi; per la malaria, malattie veneree e infettive in genere il bilancio del Ministero ha 5 miliardi e mezzo. Ha 1 miliardo e mezzo per i tumori (meno di quanto hanno speso le squadre di calcio milanesi nell'ultima campagna acquisti) e 450 milioni per le cardiovasculopatie (quasi quanto ha speso l'Inter per un solo giocatore).

A parte i gusti orientatori di certe spese volontarie individuali, non è chi non veda la inadeguatezza di questi fondi posti in rapporto alla tragica vastità del fenomeno ed ai riflessi sociali sopra accennati.

Il Ministero sta utilizzando le disponibilità che ha, come meglio non poteva. Sta attuando un programma rivolto sia ad incoraggiare studi e ricerche sia a perfezionare l'attività dei servizi nel settore della prevenzione e in quello dell'assistenza.

Per la lotta contro i tumori i fondi ministeriali sono impegnati nel sostenere l'attività scientifica dei tre Istituti nazionali specializzati di Roma (Istituto Regina Elena), Milano e Napoli ed in un'intensa azione orga-

(1) v. *Documenti di vita italiana*, n. 114, pag. 9.057.

nizzativa di Centri oncologici. Questi che nel 1956 erano presenti in sole 36 province, oggi esistono in 80 province; però lo stesso Ministero rileva che solo 51 hanno un funzionamento soddisfacente.

Nel 1960 il Ministero ha finanziato la istituzione di quattro nuovi reparti di radioisotopi (in totale ve ne sono oggi in Italia 10) e l'acquisto di 7 bombe al cobalto (totale 37), di tre acceleratori di particelle (totale 7) e di una bomba al cesio.

Dell'attività scientifica degli Istituti universitari antitumorali non è possibile avere un quadro panoramico (non sarà mai abbastanza deprecato questo isolare la « mente » della ricerca dal « braccio » organizzativo). Del concorso degli Enti locali si segnala che a tutto il 1956 esistevano 22 consorzi provinciali (fra Amministrazione provinciale, comuni, e centro oncologico dell'Ospedale Civile del capoluogo) per la lotta contro i tumori.

L'attività del Ministero, così ricca di risultati organizzativi in questo triennio, va incoraggiata fino alla copertura completa di servizi oncologici in tutte le province, oltre che per il proseguimento della incipiente apertura di reparti ospedalieri specializzati anche per le degenze.

Il Ministero si propone di organizzare un centro completo e sufficiente ogni 400 mila abitanti o comunque almeno uno per provincia.

In quanto alle radio-terapie, da qualcuno si affaccia l'idea di cominciare a distinguere i radiologi in diagnosti e terapisti. Per il funzionamento dei Centri occorre una maggiore presenza diretta in periferia tramite continue visite di tecnici ministeriali; ed occorre anche pensare alla preparazione di personale ad alta specializzazione. Questo problema è forse il più importante fra tutti quelli che riguardano il settore.

b) *Obiettivi urgenti.* — In merito alla ricerca, la situazione attuale non sodisfa. Il senatore Monaldi in sede di discussione dello stesso bilancio, davanti all'altro ramo del Parlamento, ha fatto una pregevole esposizione, rilevando un parallelismo fra la epidemiologia del cancro e il processo di industrializzazione e sottolineando l'incidenza delle principali cause esogene: certi agenti da inquinamento atmosferico, additivi alimentari (specialmente a carattere emulsionante e colorante), residui di pesticidi in derrate alimentari, certi ormoni vegetali, radioattività e tabacco. Ma anche ha messo in risalto tutte le incertezze nel campo eziologico, la immaturità in quello diagnostico, la limitata efficacia nelle terapie. Il problema è certo mondiale. Ma noi dobbiamo dare il nostro apporto adeguato agli sforzi che altre nazioni fanno, anche pensando al piccolo piano quinquennale della Romania per 15 miliardi e senza voler parlare delle spese colossali compiute dagli U. S. A., da dove giungono anche aiuti finanziari ai nostri ricercatori.

Per le malattie reumatiche e cardiovascolari, la somma prevista in bilancio è interamente spesa per i centri, di cui 22 sono stati istituiti nel 1960. Rimangono ancora 27 Province prive di centri cardioreumatologici, che in genere sono affidati alla sezione medica dell'Ospedale civile dei capoluoghi. Il Ministero oltre al completamento della rete di tali centri (altri 19 sono in corso di costituzione), ha in programma:

a) l'aiuto al sorgere di colonie per bambini cardioreumatici, di cui una già in funzione (Borghetto di Grottaferrata), tre in costruzione (Ancona, Fano di Pesaro e Oria di Brindisi) ed una in progettazione (Santa Marinella);

b) impulso alle ricerche sui rapporti tra alimentazione e malattie arteriosclerotiche;

c) incremento agli studi sulla reumatologia e sulle malattie cardiovascolari;

d) intensificazione dell'azione di educazione sanitaria.

Per le vasculopatie ha certo importanza l'educazione sanitaria, per le necessarie misure di autocontrollo nell'alimentazione ed anche nel regolare i propri stati d'animo e il ritmo di lavoro per rifuggire da quella che è stata chiamata la malattia della civiltà: la ipertensione.

Per le neoplasie invece l'importanza dell'alimentazione (il 42,2 per cento dei decessi da cancro dipende da tumori dello stomaco, del fegato e dell'intestino) si richiama come dovere dello Stato nell'intensificare i controlli sulle sostanze additive a sospetto carattere oncogeno.

Per ambedue i gruppi di malattia si ripete da tutti gli studiosi che, in attesa di poter completare dei tenui barlumi di possibilità immunizzanti, oltre alle misure preventive di eliminazione di cause esterne, la speranza di salvezza rimane oggi affidata alla possibilità di una diagnosi precoce.

A questo traguardo dovrà tendere l'intera organizzazione sanitaria nazionale, la cui rete ospedaliera e paraospedaliera – coordinata in *centri sanitari* come si è già espo-

sto nei punti per una riforma ospedaliera (cap. VII, n. 6 della presente relazione) – dovrebbe rendere facile un controllo periodico nelle età, negli organi e nelle condizioni già oggi individuate come maggiormente esposte a questa duplice aggressione morbosa.

3. — *Altre malattie sociali.*

Un impegno particolare (850 milioni in bilancio) il Ministero rivolge alla lotta contro le *malattie veneree,* di cui tuttavia si nota una recrudescenza come risulta dai dati che si espongono (relativi alle sole denunzie obbligatorie fatte nelle condizioni previste dalla legge):

nel 1959: 2.614 casi (di cui 936 di sifilide);

nel 1960: 5.282 casi (di cui 3.112 di sifilide).

Confrontando il primo semestre del 1960 e del 1961, si constata un ulteriore aumento: infatti di fronte ai 2.026 casi del primo semestre 1960, se ne hanno 3.649 nel rispondente periodo del 1961. I casi di sifilide sono rispettivamente 1.003 e 2.250. Il fenomeno di recrudescenza interessa tutte le nazioni.

Lo Stato assicura l'assistenza più ampia e gratuita. Da tutti però viene invocata una modifica della legge che permetta più rigorosi controlli. Non bisogna tuttavia dimenticare che la lotta antivenerea va inserita in un'azione sociale di più ampia portata, che si basi sull'elevazione morale ed economica oltre che sull'educazione igienica dei singoli, da raggiungere anche con la collaborazione dei medici.

Altro settore particolarmente curato è quello che riguarda la lotta *antitracomatosa* (400 milioni in bilancio) con tutta una organizzazione di centri e di colonie ed una intensa attività che tende alla eradicazione di questo male diffuso in forma endemica nell'Italia meridionale ed insulare.

Un morbo, invece, che ancora attende di essere preso in considerazione dallo Stato, è il *diabete,* che ormai molti considerano fra le malattie sociali, interessando, fra casi palesi e occulti, circa 500 mila persone. Anche questo male, secondo uno studio condotto dal professore Francesco Ferraro per conto dell'I. N. A. M., cresce col progresso e col benessere e interessa più le popolazioni delle regioni settentrionali, che le meridionali, più le donne che i maschi, più i lavoratori del credito che le altre categorie. Favorisce l'insorgere di altri malanni, specialmente le malattie cardiovascolari e infettive.

È questo per lo Stato un motivo di più per preoccuparsene e cominciare ad intervenire nella lotta antidiabetica. Come esempio di azione efficace in questo campo viene citato dal Businco l'iniziativa dell'Ordine di Malta, che in Italia ha realizzato una ottima rete di ambulatori antidiabetici.

Ugualmente all'attenzione del Ministero va segnalato il largo diffondersi di altro malanno: la *microcitemia.* Gli esperti la dànno presente, nelle sue varie forme (di cui la più grave è il morbo di Cooley) in circa 2 milioni d'italiani, soprattutto nella Valpadana e nelle regioni meridionali e insulari: in Sardegna un quarto della popolazione è colpita da questo morbo, che è stato chiamato anemia mediterranea, anche se interessa tutti i continenti. La microcitemia costituisce una delle cause più comuni della mortalità infantile e si trasmette ereditariamente, tanto che rappresenta « uno dei più assillanti problemi di medicina sociale » (1).

Le autorità sanitarie italiane hanno creato un Centro per lo studio e per la lotta contro la microcitemia, presso l'Istituto d'igiene della Università di Roma con una sezione a Ferrara e altre 6 nel Sud. Attivo è anche l'impegno dell'Istituto di medicina sociale in questo particolare settore.

Occorre tuttavia che dalla fase di premuroso studio e intensa preparazione si passi ad una operosa realizzazione di quelle prime misure di assistenza, profilassi e cura che a tutt'oggi siano indicate come valide da igienisti e genetisti.

4. — *Invalidi civili.*

La relazione con questo termine intende indicare gli affetti da minorazione fisica non dipendente da causa di guerra o di lavoro o di servizio.

Tra le varie forme di minorati fisici spiccano i motulesi, ad eziologia diversa (nervosa, muscolare, ossea; morbosa, congenita, accidentale) dei disturbi della deambulazione.

Il bilancio del Ministero considera fra le malattie sociali la paralisi spastica infantile e la lussazione congenita d'anca.

Per comodità di trattazione, questa relazione vi includerà anche la poliomielite (che il bilancio contempla fra le malattie infettive) e vi aggiungerà tutte quelle altre forme congenite o morbose di minorazioni fisiche che il

(1) v. *Notiziario dell'Amministrazione sanitaria,* marzo 1961, pag. 178.

bilancio non contempla affatto. Formano tutti insieme una dolorante schiera d'invalidi, che, pur ripetendo a cause diverse la loro diminuita o perduta capacità lavorativa, hanno in comune la forma di minorazione, la necessità di particolare assistenza sanitaria, un bagaglio di problemi sociali fra i quali in primo luogo è la riabilitazione lavorativa.

a) *Discinetici.* — Per gli spastici e lussati d'anca dal 1955-56 ci sono stanziamenti annuali, che, nell'esercizio di cui si esamina il bilancio, arrivano alla somma di lire 720 milioni.

Agli *spastici* si interessavano prima sporadicamente scuole neurologiche e ortopediche. In sei anni di intenso intervento statale sono stati creati oltre 30 Istituti di cura con più di mille posti-letto e con attività che vanno dalle terapie fisio-cinetiche, neuro-chirurgiche e ortopediche alla rieducazione motoria e recupero funzionale, fino alla istruzione scolastica. Sui quasi 7.000 piccoli pazienti curati fino al dicembre 1960, si è riscontrata la seguente incidenza di cause morbose, in rapporto all'epoca in cui hanno agito:

cause prenatali	13 %
» natali	44 %
» post-natali	33 %
» imprecisate	10 %

La documentata prevalenza delle cause natali (prematuranza, applicazione di forcipe, asfissia semplice, da parto prolungato, anomalia delle contrazioni uterine, ecc.) potrebbe rappresentare un elemento di significativo interesse nella lotta contro le cerebropatie infantili.

Dei soggetti assistiti si ritiene che il 32 per cento, per la sufficienza dei requisiti psicofisici raggiunta, sia socialmente recuperabile ed abbia la possibilità di inserirsi in una attività lavorativa. Un altro 35 per cento raggiunge solo una autonomia personale in rapporto alle esigenze più elementari della vita familiare.

Per i *lussati d'anca* l'azione dello Stato è iniziata qualche anno più tardi con assistenza ortopedica anche per gli esiti della lussazione stessa (osteocondriti post-riduttive dell'anca). Sono stati assistiti finora circa 2.500 piccoli infermi. Il limitato numero dei casi assistiti nell'Italia meridionale (un sesto del totale) fa ritenere che nelle regioni del Sud non si sia data adeguata diffusione alla conoscenza dei benefici di legge, di cui poter usufruire.

b) *Poliomielitici.* — Per i poliomielitici è difficile dire qualcosa di nuovo dopo le tante ripetute trattazioni nelle relazioni e negli interventi parlamentari, sulla stampa specializzata e d'informazione.

Si farà notare che il bilancio prevede quest'anno la somma di lire 2.400 milioni (con aumento di 400 milioni sull'esercizio precedente). Un apposito disegno di legge prevede ancora un altro miliardo, per far fronte ad una parte – in verità troppo esigua – dei 6.700 milioni di debiti contratti dal Ministero per il ricovero di poliomielitici.

L'organizzazione di assistenza a questi malati è rappresentata attualmente da 59 centri di recupero sanitario con 3.600 posti-letto, messi in atto con lodevole sollecitudine, però distribuiti con assoluta prevalenza nelle città dell'Italia settentrionale: alcuni di essi corrono il pericolo di cessazione dell'attività per le insolvenze sopra riportate. Oltre al recupero sanitario – che va dalle fisio-chinesiterapie ai trattamenti chirurgo-ortopedici – il Ministero cura anche il recupero medico-sociale (riabilitazione e avviamento professionale) in istituti vari per 2.220 posti-letto.

L'intensa attività di assistenza nelle sue varie forme (ricoveri nei centri, cure ambulatoriali, protesi ortopediche) è espressa nella seguente progressione di unità assistite: 9.442 nel 1956; 10.300 nel 1957; 14.000 nel 1958; 18.500 nel 1959; 20.000 nel 1960.

L'andamento del morbo, dopo una ulteriore flessione nell'anno passato (4.241 casi nel 1959; 3.518 casi nel 1960) ha segnato quest'anno una notevole recrudescenza, come si rileva dal *Bollettino mensile* dell'I.S.T.A.T., confrontando il primo semestre del 1960 (casi 1.066) con il corrispondente periodo del 1961 (casi 1.524). Allarme è stato suscitato anche dal fatto che la malattia comincia a colpire persone in età matura.

Il Ministero, mentre faceva notare che il 90 per cento dei nuovi casi interessava soggetti non vaccinati, confermava le istruzioni già date per una concentrazione ed anticipazione del calendario delle 4 vaccinazioni e disponeva la vaccinazione gratuita anche per i giovani fino ai 21 anni di età.

In quanto alle discussioni sui vaccini Salk e Sabin, il Ministro Giardina lamentava il deleterio influsso negativo scaturito dalle accese polemiche e concretatosi – a denuncia dei medici provinciali – in dubbi e perplessità nelle famiglie e in un diminuito afflusso di bambini ai posti di vaccinazione. E questo era il peggio che poteva capitare.

È augurabile che si conduca la discussione con maggiore senso di responsabilità, in attesa di superare i dubbi anche con l'aiuto di notizie dalle Nazioni che stanno sperimentando su vasta scala il vaccino vivo attenuato. Intanto bisogna incoraggiare almeno l'uso di un vaccino, che tutti ormai sanno avere un potere fortemente, se non completamente immunizzante.

Sono 8 milioni i soggetti vaccinati dal 1958 alla primavera del 1961: per quanto il numero sia notevole non è ancora sufficiente, quando si tenga presente che la popolazione italiana fino ai 14 anni di età è di quasi 12 milioni. Se poi il Ministero vuol vaccinare fino a 21 anni, la meta è ancora lontana perché allora i soggetti da considerare sono circa 17 milioni.

c) *Altri minorati fisici.* — Ci sono altre forme di minorazioni fisiche (cecità, sordità, mutismo) di cui la società si è interessata con una certa premura. Gli 80 mila ciechi civili e i 62 mila sordomuti godono di varie previdenze – tuttavia ancora insufficienti – del tipo dell'assistenza sociale. In qualche nazione si comincia a pensare di più anche all'assistenza sanitaria, sia come impegno a ricercare e a prevenire le cause, ad esempio della cecità, sia come sforzo scientifico e tecnico di sopperire a certe deficienze sensoriali.

Ma ormai devono essere prese in considerazione dalla comunità nazionale anche altre forme di minorazione fisica, che sottraggono al potenziale produttivo un numeroso esercito di cittadini.

Nel 1955 l'I.S.T.A.T. condusse una indagine statistica per campione, i cui risultati furono raccolti in sei tavole, indicanti il numero degli invalidi, i gruppi delle cause invalidanti, i gruppi di età, il grado di inabilità, lo stato civile e la posizione in famiglia. Alcuni dati più significativi si riportano nella tabella n. 19, da cui risulta che ci sono 534 mila invalidi in età lavorativa, che più di due su tre invalidi non sono recuperabili, che più di uno su quattro invalidi è minorato negli arti.

Per i 291 mila recuperabili si indicano i seguenti mezzi di recupero:

per 17.000 a mezzo protesi;
per 14.000 a mezzo rieducazione;
per 44.000 intervento chirurgico;
per 40.000 a mezzo naturale;
per 176.000 con mezzi vari.

TABELLA N. 19.

Invalidi civili per gruppi di cause e classi di età e con indicazioni speciali.
(Indagine ISTAT 1955, con esclusione degli invalidi di guerra, del lavoro e di servizio).

CAUSE DELLA INVALIDITÀ	Classi di età			Totale	Indicazioni speciali	
	0-15 anni	15-65	oltre 65		recuperabili	invalidi negli arti
Malattie infettive	4 000	104.000	7 000	115.000	54.000	37.000
Tumori	—	8.000	4 000	12.000	3.000	—
Malattie mentali, del sistema nervoso e degli organi dei sensi	13 000	177 000	77.000	267.000	56.000	70.000
Malattie del sistema circolatorio	—	52 000	93.000	145.000	31.000	7.000
Malattie apparato respiratorio	1 000	20.000	7 000	28.000	15.000	—
Malattie apparato digerente	—	30.000	13.000	43.000	28.000	—
Altri stati morbosi	3 000	102 000	73.000	178.000	70.000	*a*)104.000
Senilità o cause mal definite	—	5 000	81.000	86.000	6.000	2.000
Lesioni da accidenti	1.000	36 000	10.000	47.000	28.000	30.000
Totale	22 000	534 000	365.000	921.000	291.000	250.000

(*a*) Malattie e malformazioni delle ossa e degli organi di locomozione.

In merito al grado di inabilità l'indagine indica inabilità totale per 658.000 e parziale per gli altri 263.000.

Si possono avanzare riserve nei confronti di questa inchiesta poiché

a) è fatta per campione;

b) non indica il grado della inabilità parziale né della recuperabilità;

c) include probabilmente minorazioni già considerate come quelle dei discinetici, poliomielitici, cancerosi, vasculopatici, sensoriali; tuttavia lo fa non in misura sufficiente (ad esempio, rileva solo 12.000 cancerosi e nessun adolescente cardiopatico);

d) in diversi elementi è un po' generica.

Ma lo stato di incertezza sul numero e sulle condizioni degli invalidi civili è un motivo di più per chiedere che la società organizzata (cioè lo Stato) intervenga a saldare il suo debito – debito umano, economico, costituzionale, cristiano – verso un settore di cittadini privi della salute (articolo 32 della Costituzione) e della capacità lavorativa (articolo 38).

I loro problemi si obiettivano in questo schema di fasi concatenate e successive:

1°) cure sanitarie specialistiche;

2°) tentativo di recupero fisiologico;

3°) *a*) in caso di recuperabilità: educazione professionale e avviamento al lavoro; *b*) in caso di irrecuperabilità: assistenza economica

Queste necessità sono state organicamente indicate in alcune proposte di legge che da anni sono davanti al Parlamento e che sembravano giunte al punto conclusivo, quando sono sorte difficoltà finanziarie. Su richiesta della organizzazione degli invalidi è intervenuto il Governo, che ha presentato, tramite il Ministro del lavoro, un disegno di legge per l'assunzione obbligatoria dei mutilati e invalidi civili, considerando come tali quelli che abbiano perduto almeno il 40 per cento di capacità lavorativa, riservando loro dei corsi di addestramento, creando commissioni sanitarie provinciali per l'accertamento delle invalidità.

Le categorie interessate hanno accolto con una certa soddisfazione questo atto, perché avviene per loro finalmente l'ingresso ufficiale nella legislazione italiana, finora muta in materia, e perché questo può costituire il primo passo per ulteriori provvedimenti.

Da questo angolo si fa notare: certo bisognava cominciare a far cadere la cortina di ghiaccio che isolava nell'incomprensione più assoluta questa zona di sofferenza. Però bisogna pur pensare che, prima di avviare gli invalidi al lavoro, è necessario aiutarli a mettersi in grado di lavorare, recuperando la funzionalità dei propri organi. Rimane dunque insoluto il problema di fondo, che è sanitario e di cui si avverte la situazione paradossale, quando si osservino i mezzi indicati per il possibile recupero e si rileva, ad esempio, che bastano 17.000 protesi e 44.000 interventi chirurgici a mettere altrettanti mutilati e invalidi in condizioni di lavorare.

Il Ministero dell'interno ha un capitolo di bilancio, in forza del decreto legislativo 30 maggio 1946, n. 538, con 50 milioni annui per l'assistenza e la cura di infermi poveri affetti da malattie e minorazioni non altrimenti assistiti. La somma si esaurisce in piccole spese per protesi dentarie, oculistiche ed ortopediche.

Il Ministero della sanità deve ormai fare ufficialmente suo il problema, che appartiene al lavoro e all'interno solo dopo esperita la fase sanitaria. A tal proposito con soddisfazione si fa notare che presso il Ministero della sanità è stata recentemente costituita una Commissione per determinare i metodi più idonei per la rilevazione dei minorati ed invalidi esistenti in Italia, con l'aiuto di studiosi particolarmente versati in statistica sanitaria e nella riabilitazione dei minorati. Questo si è fatto perché, oltre che ai discinetici e lussati d'anca, si vuole estendere l'assistenza a tutti i minorati da malformazioni congenite.

Il quadro tuttavia va ancora ampliato e dovrà comprendere, oltre alle minorazioni da malformazioni, anche quelle da cause morbose e traumatiche. È incomprensibile infatti questo differenziarsi eziologico degli interventi dello Stato, quando delle svariate cause unica è la conseguenza invalidante, che esteriormente si mostra al giudizio del cittadino e che ugualmente sollecita solidarietà e provvidenze concrete dalla comunità.

5. — *Malattie nervose e mentali.*

Sono da considerarsi fra le malattie di più preoccupante risonanza sociale sia per il continuo inesorabile estendersi della popolazione colpita, sia per il rilevante ripetersi di psicopatie in soggetti di uno stesso gruppo familiare aggredito, sia per il turbamento provocato, oltre che nelle capacità lavorative del soggetto, anche nelle sue capacità di relazioni e quindi in tutto l'ambiente in cui egli vive.

a) *Pauroso fenomeno sociale.* — L'estensione preoccupante del fenomeno è stata messa in risalto dal Ministro Giardina davanti al Senato col riportare una rilevazione effettuata da Fiamberti-Aschieri, secondo cui risulta una progressione del numero di assistiti per malattie mentali, che va dalle 93.407 unità nel 1947 a 109.560 nel 1950, a 131.566 nel 1954. Per il 1958 dall'ultimo *Annuario I. S. T. A. T.* si ricava che negli ospedali neuro-psichiatrici pubblici e privati vi è stata una media giornaliera di 99.156 degenze e che sono stati assistiti 179.018 malati, di cui 83.007 sono stati ricoverati in quell'anno; 74.609 sono stati i dimessi. Queste cifre vanno depurate dei passaggi dalle case di cura private agli ospedali psichiatrici pubblici e dei casi di ricaduta, ma danno una configurazione pressoché esatta del fenomeno, da cui risulta che nel 1958 sono state spedalizzate per malattie mentali 36 persone su 10.000, di cui 16 sono entrate durante l'anno in ospedale. La media delle degenze giornaliere ci informa che due persone su mille sono ogni giorno presenti negli Istituti di cura mentali, i quali nel solo quadriennio 1957-60, secondo i dati I. S. T. A. T., ci hanno restituito circa 300 mila ex malati di mente (restano sempre da defalcare i recidivi).

Ora sorge il grande problema di constatare se la nostra organizzazione sanitaria e sociale è preparata al necessario impegno per prevenire e limitare questo spaventoso fenomeno, per liberarne i colpiti, per assorbirne gli effetti. È necessario tutelare (o recuperare) l'individuo dalla disintegrazione neuropsichica, a cui lo spinge la società contemporanea con le sensazioni e accelerazioni violentissime di una attività a ritmo vertiginoso, con la abissale forza compressiva di mille coordinate sociali puntate sul nucleo della sua personalità.

« Tra le malattie in aumento – fa notare il professore Cherubino Trabucchi, direttore dell'Ospedale psichiatrico di Verona (1) – dobbiamo notare in prima linea le forme distimiche . . . che raggiungono il vertice tra le sofferenze della umanità . . . Terribile aumento in netta relazione con l'ormai famoso logorio della vita moderna . . . . Ma la vita difficile ed innaturale . . . non fa aumentare solo le forme distimiche pure: sempre più si sottolinea l'effetto corrosivo che porta alla evoluzione schizofrenica, cioè al cedimento dell'individuo debole e fragile, che forse in altra atmosfera avrebbe portato la sua debolezza come malattia allo stato potenziale ».

È stato affermato: quanto più civile è un popolo, tanto maggiore risulta il numero dei malati di mente. Siamo dunque, dopo i tumori e le vasculopatie e il diabete, ad un'altra delle grandi malattie della civiltà, di questa civiltà meccanica, che è ancora soltanto « progresso » e che dobbiamo pure aiutare a conquistarsi un'anima, perché possa divenire vera e propria civiltà.

Il fenomeno è ormai così diffuso ed in fase tanto espansiva, che da qualche parte è stata posta l'esigenza di un'assicurazione obbligatoria per le malattie neuro-mentali, sul tipo dell'assicurazione antitubercolare, sia considerando la densità del rischio di scardinamento del sistema nervoso, sia considerando il costo delle lunghe cure richieste (1).

Di fronte a questi problemi il Ministero della sanità si trova quasi come un « non impegnato ». La legge infatti esclude da ogni potere in merito l'autorità sanitaria che ha solo potuto iniziare a metter piede in questo terreno col decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249, assumendo la presidenza della Commissione di vigilanza e il compito di designare il medico alienista.

b) *Leggi e metodi nuovi.* — Sembrerebbe ridicolo stare ancora a sollecitare la chiusura della lunga vigilia che sta precedendo il necessario aggiornamento della vigente legislazione, se non ci fosse la notizia, data in Senato a giugno dal Ministro Giardina: l'apposita Commissione per la riforma delle leggi sull'assistenza psichiatrica ha iniziato i lavori il 13 marzo del corrente anno e conta di chiuderli al più presto. Dopo le proposte dell'onorevole Ceravolo Mario nelle due precedenti legislature, in quell'attuale ci sono ben tre proposte di iniziativa parlamentare: la Commissione cerchi di tenerle in qualche conto.

Base e sostanza della riforma dovrà essere questa: il mentale è non un essere da incarcerare, ma un malato da curare. In questo spirito si pongono le proposte n. 157 del senatore Banfi, n. 1533 degli onorevoli

(1) Convegno triveneto di studio sull'assistenza ai malati di mente, 1957, pag. 52.

(1) cfr. A. BERTOLANI in *Rivista sperimentale di freniatria*, 1942, pag. 645; C. MATTIOLI-FOGGIA in *Atti del convegno per una moderna assistenza psichiatrica*, Pistoia, 1958, pag. 37).

Sorgi e Roselli e n. 2857 dell'onorevole De Maria ed altri. In particolare la proposta n. 1533 chiede:

a) abolizione degli interventi di polizia (articolo 153, comma 1°, del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza) e giudiziari (articolo 604 del Codice di procedura penale), sostituiti da interventi delle autorità sanitarie; una sorveglianza delle autorità giudiziarie rimane allo scopo di tutelare non solo e non tanto la società, quanto principalmente i diritti civili del malato;

b) ammissione e dimissione dei malati come per gli assistiti dalle mutue e trasferimento alla competenza di queste di tutto il periodo acuto (il quale con sotterfugi vari è già oggi in parte assistito dalle mutue, a condizione che si dichiari preventivamente la recuperabilità);

c) rilancio dell'aspetto sanitario, sociale e scientifico dell'argomento, con considerazione abbinata delle forme nervose e di quelle mentali (in pratica gemellate negli studi universitari e distinte alla periferia talvolta sulla carta, solo per aiutare i non assistiti dalle province a sfuggire ai rigori iniqui della legge), col rifiuto di accettare il concetto di incurabilità, con l'intensificare l'attività di recupero sociale negli appositi ospedali, con impulso alla ricerca scientifica;

d) rete di dispensari d'igiene mentale oltre che a scopi profilattici e di accertamento precoce di anomalie, anche per seguire i dimessi con cure a domicilio.

Da rinnovarsi è pure l'organizzazione ospedaliera, oltre che da completarsi. Come impostazione generale, sembra un'organizzazione troppo antiquata: ospedali enormi da 1.000 letti, affidati più agli infermieri che ai medici, il cui numero è di uno ogni 124 malati, come risulta dalla tabella n. 16 (in U. R. S. S. ci sono ospedali da cento letti, con un medico ogni 25 malati). In quanto al numero di posti-letto, gli attuali sono insufficienti anche se ai 94.844 letti degli Istituti pubblici (1,88 su mille abitanti) si aggiungano i 12.570 letti delle case di cura private, giungendo ad un indice complessivo di 2,1 per mille.

Per raggiungere l'indice di sufficienza, indicato dall'O. M. S. nel 3 per mille, abbiamo bisogno di costruire altri 57.000 posti-letto.

Ma il problema è ancora più grave – e non tardi il Ministero della sanità a rendersene conto direttamente, mettendo in funzione le Commissioni di vigilanza, di cui ora ha la presidenza – quando si pensi alla vetustà e assoluta inadeguatezza ricettiva e funzionale di almeno la metà degli attuali ospedali neuro-psichiatrici. Un programma quindi realistico deve farsi, anche per aggiornare i vecchi istituti, ai quali mancano soprattutto quei reparti necessari alla risocializzazione dei malati mentali, a mezzo opportuni trattamenti ergo-ludo-psicoterapici indicati dalle più moderne tecniche mediche (a cui potrebbe collaborare un corpo specializzato di cappellani, dalle autorità ecclesiastiche scelti e specificamente preparati ad un'azione di psicoterapia).

Il punto è importante. In nessun'altra malattia infatti l'influenza dell'ambiente materiale e umano incide come in questa.

e) *La comunità come medico.* — L'argomento è da tenere presente anche ai fini di quella che per estensione potrebbe chiamarsi l'igiene sociale. In una azione di prevenzione di questo terribile male, il cui insulto arriva alla fascia di confine e di contatto fra il materiale e lo spirituale, è l'intera società che si trova impegnata nel dovere di offrire un ambiente favorevole, curando la rimozione di tanti elementi (miseria, ansietà per l'avvenire proprio e della famiglia, tuguri) che costituiscono fattori deprimenti per la psiche e in persone soggette a particolare neurolabilità sono sicuro elemento concausale per la esplosione di psicosi, sfociando talvolta in spaventosi delitti. Occorre creare un ambiente che sia meno denso di forze di rottura dell'equilibrio funzionale dell'individuo, quali il logorante ritmo di lavoro, i troppo violenti impulsi sensoriali esterni (non esclusi i rumori della città e certi epilettismi sonori), le numerose occasioni psicotiche, gli assalti continui a saldi principii e sostegni di un ordine interiore, i troppi elementi di eccitazione – specie nei due campi della violenza e della sensualità – messi in vista dal cinema, dalla televisione, dai cartelloni, dalle edicole, dalle cronache nere.

Aiutiamo l'uomo moderno a salvare la sua psiche.

L'anno 1960 è stato impegnato dall'O.M.S. a considerare i problemi dell'igiene mentale. Un editore americano ha prodotto un libro a collaborazione multipla, che porta questo indicativo titolo: *Community as a doctor.*

La comunità ha una funzione medicale.

È necessario che i sanitari puntualizzino alla società intera il concetto che l'ambiente in cui viviamo ha un compito di enorme importanza, oltre che nei riguardi delle malattie diffusive, anche nei riguardi delle psicopatie.

L'ambiente può aiutare la crescita ordinata della psiche raddrizzandone le deficienze o lasciandone allo stato latente ed inesploso le potenziali anomalie, come può accentuarne le deviazioni ed esaltarne le incipienti disarmonie.

Il Ministero della sanità in attesa che la riforma delle leggi giunga in porto, può intanto porre mano ad un programma di sviluppo della ricerca scientifica (in questo particolare settore troppo poco incoraggiata finora) e di strumentazione dei servizi d'igiene mentale. Risulta che questi esistono in 61 province, mentre in altre 6 sono in corso di istituzione.

Di veri centri di igiene mentale (con *équipes* composte da psichiatri, psicologi, assistenti sanitarie visitatrici e assistenti sociali e con attrezzature adeguate ai compiti profilattici, terapeutico-assistenziali e sociali) ve ne sono 22, di cui due aperti nel 1960 nelle province di Catania e di Ancona. In 11 di tali centri il servizio è autonomo dagli ospedali neuropsichiatrici (sistema Wendeburg).

La strumentazione attuale è certo inadeguata. Non bisogna però dimenticare che la costituzione del nuovo Dicastero aveva trovato l'Italia all'anno zero in questo settore, pure così delicato. Ora occorre bruciare le tappe per riguadagnare il tempo che abbiamo perduto. Senza aspettare la riforma della legge e senza usurpare competenze del Ministero dell'interno, la Sanità può cominciare già ora a fare qualche cosa. Innanzi tutto può far funzionare le commissioni di vigilanza con un preciso indirizzo. In secondo luogo può considerare esclusivamente suoi i 31 ospedali neuro-psichiatrici pubblici, non dipendenti da Amministrazioni provinciali. Di conseguenza può e deve partecipare più strettamente ai loro problemi, non escluso quello delle rette da tutelare nei confronti delle Provincie. Può curarne in modo particolare l'aggiornamento e il funzionamento. Può considerarli strumenti più liberi e basi disponibili almeno per alcune linee della nuova politica sanitaria, che si vuol condurre nel campo della prevenzione e cura delle malattie nervose e mentali.

6. — *Irregolari psichici.*

Linee di maggiore modernità si notano nel settore particolare dei minorenni minorati psichici, settore di ampia incidenza sociale sia per il numero degli interessati, sia per i fenomeni relativi al grado di adattabilità sociale, condizionata da irregolarità psichiche durante l'età evolutiva. In quanto al numero si calcola in circa 500.000 i minori affetti da disturbi del genere che interessano la sfera dell'intelligenza (ritardi o *deficit* di sviluppo intellettivo) o quella affettiva (asociali, inibiti, iperemotivi, disadatti e i colpiti da altre irregolarità del carattere) o comportano forme particolari (epilessia, mongolismo, discinesie ecc.).

Numerosi sono i problemi per il reperimento, per il trattamento riabilitante, per le cautele di prevenzione delle irregolarità psichiche, oltre che per l'organizzazione terapeutico-assistenziale come ricovero o esternato.

A parte le forme di vera e propria neuropsichiatria infantile, per la grande maggioranza esiste un'impostazione ortofrenica di tentato raddrizzamento della psiche con sforzo congiunto del medico e dell'educatore.

È questa l'impostazione data dall'Ente nazionale per la protezione morale del fanciullo, a cui subito si è affiancata l'O. N. M. I., nella creazione di Centri medico-psicopedagogici affidati a specialisti (pschiatri, psicologi, pedagogisti, assistenti sociali) operanti in *équipes*. Ci sono oggi in Italia circa 200 di tali Centri (75 dell'O. N. M. I., 61 dell'E. N. P. M. F., altri di province, comuni, Opere pie) a carattere ambulatoriale e dispensariale. L'assistenza riabilitante viene esplicata in 30 istituti medico-pedagogici con ricovero ed in circa 70 scuole medico-pedagogiche a tipo esternato o misto: questo complesso di istituzioni è sorto in parte per iniziativa delle provincie, in parte per iniziativa di enti vari e di privati, i quali tentano anche di battere vie nuove alla ricerca di una metodologia più efficace ed umana in particolari forme di irregolarità psichiche. Mentre si ricorda che questo apporto di studiosi ed appassionati non va ignorato e merita anzi di essere incoraggiato, per la rilevanza tutta particolare del rapporto umano psicoterapico in questo settore, bisogna anche dire che molto si attende dallo Stato. A parte un aggiornamento della legislazione (e la proposta n. 1652 della onorevole Dal Canton rappresenta un profondo contributo in argomento), occorre potenziare la rete consultoriale già esistente, con l'avvertenza che ci sono le solite zone meridionali che hanno bisogno di essere spronate ed aiutate a mettersi al passo.

In quest'azione si tenga presente la necessità di coordinare O. N. M. I. ed E. N. P. M. F.

Corrisponde infatti all'interesse generale che uno dei due Enti si specializzi per le età scolastiche e puberali, mentre non devono rimanere senza assistenza gli anni dell'infanzia, in cui più tempestiva può giungere la diagnosi e più necessario si rivela l'intervento con strumenti ancora più specializzati ed a raggio molto più massivo di quanto non si sia finora operato.

L'intervento dello Stato è particolarmente necessario per il potenziamento della rete di Istituti ortofrenici, di cui dovrebbero essere dotate tutte le provincie italiane.

Da tutto questo complesso di attività interessanti il campo della igiene mentale minorile comincia la difesa della sanità mentale individuale e sociale.

7. — *Centri per le malattie sociali.*

A conclusione di questo sguardo sulla triste famiglia delle malattie sociali, sarà bene rilevare la nuova funzione che a difesa della salute del nostro popolo può essere esplicata dai Centri previsti da uno dei tre già citati decreti presidenziali del febbraio 1961 e precisamente del decreto del Presidente della Repubblica n. 249. Tale legge, oltre a modifiche riguardanti le Commissioni di vigilanza sui manicomi e i consorzi antitubercolari, contiene norme per la istituzione in ogni provincia di « Centri per le malattie sociali », in cui in pratica vengono assorbiti gli attuali Centri oncologici, cardioreumatologici, antidiabetici e di altro genere, esistenti presso gli ospedali.

Questi Centri dovranno rappresentare le « punte avanzate della medicina preventiva », secondo la felice espressione usata dal Ministro Giardina.

Il provvedimento rappresenta un notevole sforzo per dare una impostazione organica a tutta l'azione di accertamento, di prevenzione, di cure ambulatoriali, di avvio ai ricoveri, di controllo post-ospedaliero, di educazione sanitaria. C'è tuttavia il pericolo che la globalità diventi genericità, con tutto danno della efficacia che, specie in certi settori, si può raggiungere solo con interventi altamente specializzati.

I Centri possono essere affidati agli ospedali o ai Consorzi antitubercolari. Fin da ora appare come prospettiva feconda di risultati la collaborazione di questi ultimi, se essi potranno spaziare dai limitati compiti odierni e mettere a disposizione di tutta la medicina sociale il proprio personale e le proprie attrezzature. Essi già allo stato attuale, offrono enormi possibilità nella medicina preventiva per tutte le malattie toraciche, dalle broncopneumopatie invalidanti alle neoplasie del torace, alle malformazioni scheletriche, alle cardiopatie, con *dépistages* schermografici di massa realizzabili attraverso le 570 sezioni dispensariali, sparse su tutto il territorio nazionale. Un loro potenziamento, una stretta collaborazione con gli ospedali, una partecipazione organizzativo-finanziaria anche degli Enti locali, e particolarmente delle provincie, possono dare al nostro popolo una rete di Centri che segneranno una svolta notevole sulla via di una nuova strutturazione igienistica e saranno i fulcri di una efficace e moderna politica di medicina sociale.

IX. — IGIENE PUBBLICA

Il compito della medicina – oltre che con la cura degli stati morbosi per il recupero della salute dei lavoratori – si va sempre più configurando anche e sopra tutto come protezione integrale e come potenziamento della salute e della vita dei cittadini. Il termine « salute » va assumendo un significato nuovo. Con esso infatti non si intende più solamente l'assenza di infermità, ma piuttosto uno « stato di completo benessere fisico, mentale e sociale » (definizione dell'O.M.S.), che, sulla base della normalità funzionale, faccia fiorire la gioia fisica del vivere.

Tale concezione comporta per lo Stato l'impegno in tutta una serie di attività per la prevenzione degli attacchi morbosi, per la elevazione del livello igienico-sanitario delle popolazioni, per lo sviluppo delle loro qualità psico-somatiche.

1. *Livello igienico-sanitario.*

a) *Malattie diffusive.* — Nel grande settore della prevenzione notevole è l'attività svolta dal Ministero, come documentano i risultati ottenuti nei confronti di alcune malattie infettive e diffusive, come la tubercolosi, malaria, tracoma, difterite, tifo, contro cui si conduce da anni tradizionalmente la lotta. Tali malattie hanno subito notevoli contrazioni, confermate anche nel primo semestre di quest'anno, come risulta dalla tabella n. 20.

Particolarmente soddisfacenti sono i risultati conseguiti nella lotta contro la malaria, che può dirsi ormai completamente debellata: dei 25 casi denunziati nel 1960, solo 5 riguardano la malaria primitiva contratta in Italia.

TABELLA N. 20.

Alcune malattie infettive e diffusive soggette a denunzia obbligatoria.

	1952	1959	1960	1° SEMESTRE	
				1960	1961
Tubercolosi	13.681	9.283	8.938	4.625	4 167
Malattie veneree	1.843	2.616	5 285	2.026	3.649
Tifi e paratifi	28 224	21.824	17.401	7.726	6.154
Brucellosi	8 980	6.663	7.660	5.204	5.301
Difterite	14 583	9 612	6.614	3.792	2.592
Poliomielite	2.708	4.241	3.518	1.066	1.524
Epatopatie acute primitive	495	3 011	5.082	2 218	3 621
Rabbia	12	5	2	1	1
Tracoma	1.500	476	306	162	120
Malaria	101	25	25	10	6
Leishmaniosi	891	201	144	88	48
Tigna e scabbia	1.368	880	1.047	699	536

Non altrettanto soddisfacenti sono le note per altre malattie, come le veneree, la brucellosi, le epatopatie, la poliomielite. Per quest'ultima, dopo l'ulteriore contrazione del 1960, si segnala un notevole rialzo nel confronto fra il primo semestre dell'anno scorso (1.066 casi) e quello del 1961 (1.524 casi).

Questo aumento riporta il discorso su tutto il campo delle vaccinazioni profilattiche (oltre che antipolio, anche per la difterite, la pertosse, la tubercolosi, il tifo, il vaiolo, ecc.) e sulla loro obbligarietà o meno. Il problema è discusso dai responsabili della Sanità di tutti i popoli ed un quadro della situazione vaccinale nel mondo, riportato dal *Notiziario dell'Amministrazione sanitaria*, del dicembre 1960, dimostra la estrema difformità di comportamento dei vari Stati. Da tale quadro si ricava che lo Stato che più pratica la obbligatorietà è la Cecoslovacchia, e quelli che la praticano di meno sono la Danimarca, Turchia e U.R.S.S., in cui tutte le vaccinazioni (compresa l'antipolio) sono facoltative, eccetto quella antivaiolosa. Questa risulta prima nella graduatoria dell'obbligo fra le varie Nazioni, seguita dalla vaccinazione antitubercolare e da quella antidifterica.

La conferenza tecnica europea dell'O.M.S. ha messo in rilievo come la vaccinazione facoltativa abbia dato spesso risultati migliori di quella obbligatoria. Essa presuppone nelle popolazioni un certo livello di educazione sanitaria, alla cui formazione può decisamente concorrere la volontarietà stessa di questo atto profilattico.

Questa relazione dirà che non si raggiungerà mai la sufficienza nel porre in atto tutti gli accorgimenti possibili per ottenere l'allargamento dei settori di profilassi della zona vaccinata del nostro popolo. È un elemento rassicurante il fatto che dalle parole e dagli atti risulta che il Ministero è cosciente della necessità di ulteriori progressi e si sta impegnando in un'azione sempre più intensa attraverso i suoi organi periferici, utilizzando al massimo i fondi che ha a disposizione per tutte le misure d'igiene pubblica.

Ma i progressi che restano da compiere sono ancora rilevanti, come si è fatto qui rilevare trattando della tubercolosi e della poliomielite fra le malattie sociali.

b) *Mortalità.* — Elemento di indagine sociologica – oltre che indice del livello sanitario – del massimo interesse è dato dalla mor-

talità infantile, a cui si uniscono considerazioni sulla mortalità generale.

In merito a quest'ultima, dopo la punta massima di questi ultimi anni (10,07 per mille, nel 1956) e quella minima (9 per mille) raggiunta nel 1959, c'è stata una recrudescenza nell'anno scorso: 9,4.

Si è scritto: « in Italia si muore troppo ». Anche se ciò è vero in confronto a quei popoli (vedasi tabella n. 21) in cui più abbondante è la « speranza di vita » non sarebbe obiettivo negare che questa per gli italiani si offre ad un livello discreto, anche migliore di quello esistente presso Nazioni che pur hanno una economia più solida della nostra.

TABELLA N. 21.

Mortalità generale e infantile in alcuni Stati.

1958	MORTALITÀ	
	generale (su 1.000 abitanti)	infantile (su 1.000 nati vivi)
Israele . . .	5,9	34,9
Olanda	7,5	17,2
Giappone	7,5	34,6
Canadà . . .	7,9	30,2
Norvegia . .	8,9	20 -
Finlandia . . .	8,9	24,5
Italia	9,1	48,2
Svezia	9,6	15,8
Germania Occidentale	10,8	36 -
Francia	11,2	31,5
Inghilterra . . .	11,7	23,3
ITALIA:		
1957	9,7	50 -
1958	9,1	48,2
1959	9 -	44,9
1960	9,4	43,8

Diversa invece si presenta la situazione della mortalità infantile, dove la nostra posizione, in contrasto con il livello raggiunto nella mortalità generale, è in netto svantaggio nei confronti con le nazioni considerate. Ci sono altri popoli in cui questo contrasto si accentua e si raggiunge un indice molto più elevato del nostro. Si vedano ad esempio:

Portogallo: mortalità generale 10,2 per mille; infantile 84 per mille;

Jugoslavia: mortalità generale 9,2 per mille; infantile 86,2 per mille.

Questo diverso andamento delle due mortalità sembra indicare che, mentre il primo indice ha varie e complesse componenti, il secondo denuncia proprio il grado di sviluppo igienico ambientale e di organizzazione medico-sociale esistente in un popolo a protezione dell'età meno ricca di autodifese endogene.

Questo squilibrio dei diversi livelli igienico-sanitari, riflesso nella mortalità infantile, è riprodotto anche all'interno del nostro popolo. Mentre infatti può suscitare compiacimento il rilevante miglioramento ottenuto nell'indice nazionale durante l'ultimo quadriennio, non si può dimenticare che eccessive appaiono certe disparità come quelle denunciate nel 1958 dagli indici regionali di mortalità infantile con le due punte minime al Nord (Venezia Giulia 29,8; Emilia 32,1) e le quattro punte più elevate al Sud (Calabria 62,5; Campania 64,8; Puglia 66,8; Basilicata 74,5 per cento).

In queste zone bisogna concentrare tutta una serie di interventi di carattere sociale e sanitario – non esclusa l'attività edilizia per eliminare le case malsane e per più numerosi reparti di maternità – e bisogna svolgere un'intensa azione di educazione igienica e di assistenza per prevenire le cause pre-natali, intra-natali e post-natali di questo fenomeno.

Sono le stesse zone che le tavole biometriche indicano con l'età media dei morti sui 54 anni, di fronte ai 62 del Settentrione ed ai 60,73 della media nazionale.

È una sana longevità che la medicina moderna vuole assicurare all'umanità e che lo Stato deve impegnarsi a costruire per l'intera sua popolazione.

Sarà opportuno far notare il significato tutto particolare dell'*età media dei morti*, che è una cosa ben diversa dalla *durata media della vita* e dalla *speranza di vita*.

Per la *vita media* della popolazione italiana le tavole biometriche segnano un netto progresso: da 54,9 nel 1930-32 a 69,1 nel 1958-59. Così pure livelli elevati hanno raggiunto le *speranze di vita* degli Italiani, che nell'ultimo trentennio sono salite, arrotondando le cifre, da 65 anni a 72 per gli uomini e da 68 a 76 anni per le donne.

2. — *Igiene del suolo, dell'abitato, dell'ambiente.*

a) Opere igieniche.

Nelle relazioni del Ministero della sanità si trovano elencati con un certo compiacimento gli esami dei progetti di opere igieniche (55 di ospedali, 47 di fognature e acquedotti, 3 di mercati, 2 di mattatoi, 2 di cimiteri, 2 di impianti per il trattamento di rifiuti solidi urbani nel 1960) e dei regolamenti comunali (89 d'igiene, 104 di polizia urbana, 118 di polizia rurale, 158 di polizia mortuaria, 126 edilizi nel 1960). Ed è certo importante che l'autorità sanitaria controlli questa materia, di cui tanta parte prima le sfuggiva.

Questa relazione però ritiene che l'autorità sanitaria non può ritenersi soddisfatta del solo esame della fase applicativa di un programma elaborato senza la Sanità e, a quanto sembra, senza criteri di rispetto alle esigenze sanitarie. Già si è fatta rilevare questa mancanza di riferimento a indici di fabbisogno, in merito alla edilizia ospedaliera. Il discorso si può estendere, ad esempio, agli acquedotti e fognature. Il Ministero dei lavori pubblici non ha mai avuto la preoccupazione di censire i centri abitati che sono privi di tali due servizi igienici e di elaborare degli indici per adeguare alle esigenze obiettive la distribuzione dei suoi finanziamenti annuali. Questi vengono ripartiti con criteri molto empirici, che non tengono conto della necessità di rimuovere locali situazioni antigieniche, simili, per esempio, a quella rilevata dall'I. S. T. A. T. (1) in merito a centri abitati dall'Abruzzo e Molise. I dati, relativi al 31 dicembre 1951, si riportano nella tabella n. 22.

TABELLA N. 22.

Alcune carenze igieniche di un gruppo di centri abitati.
(Indagine I. S. T. A. T.)

	Centri abitati	Centri senza acquedotto	Centri con rete di fognatura		Centri senza fognature
			Totale	Parziale	
L'Aquila	303	58	17	74	212
Pescara	85	17	17	25	43
Teramo	230	74	9	26	195
Chieti	177	44	16	92	69
Campobasso	187	78	2	55	130
Totale	982	271	61	272	649

Ma si ha l'impressione che le indagini statistiche ed anche le inchieste parlamentari servono soltanto a compilare dei grossi volumi.

Se così vuol essere per altre amministrazioni, non lo sia almeno per la Sanità. Essa deve sentirsi vitalmente interessata ad evidenziare tutte le carenze igienico-sanitarie ed a farsene strumento per svolgere una documentata azione di collaborazione e di orientamento presso le altre Amministrazioni statali, sopperendo – quando le altrui statistiche fossero insufficienti – con proprie indagini.

Queste sarebbero opportune anche per le case malsane, riferite sia ad agglomerati di tuguri urbani, sia alle abitazioni rurali di quasi convivenza col bestiame. Quale organo indica all'Edilizia sovvenzionata o al Ministero dell'agricoltura i criteri di precedenza nella concessione di finanziamenti e contributi per eliminare dalle città e dalle campagne le abitazioni antigieniche ?

Da questo angolo si ritiene che il Ministero della sanità debba trovare il modo di intervenire nella programmazione di questi finanziamenti, allo stesso modo con cui il Ministero della pubblica istruzione può oggi indi-

(1) v. in proposito *Atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla disoccupazione*, vol. III, Tomo 3, pag. 466 e segg.

care al Ministero dei lavori pubblici nel controllato fabbisogno di aule un obiettivo criterio ispiratore dei programmi di edilizia scolastica.

b) *Radioattività.*

La punta più avanzata del progresso attuale – la scienza nucleare – sta creando dei problemi particolari per la tutela della salute pubblica. Elevate dosi di radiazioni, come scrive il professor Turano, « possono provocare un complesso di fenomeni di danno a carico dei tessuti più radio-sensibili (come il midollo osseo, le gonadi, la pelle) ed effetti generali metabolici, ormonali e nervosi... Vi è anche la possibilità di comparsa di leucemie e di tumori. Una categoria speciale di danno è rappresentata dagli effetti genetici... attraverso i quali eventuali danni subiti da una generazione possono ripercuotersi sfavorevolmente sui discendenti ».

Questi pericoli di contaminazione radioattiva, anche senza pensare per ora alle esplosioni nucleari, oggi sono come norma di molto aumentati, e non solo per il diffondersi degli impianti radiologici ad uso medico (in Italia hanno superato il numero di 14 mila). C'è infatti tutta una gamma di applicazioni extra-medicali, dall'uso in alcune industrie di materiale radio-attivo, alla costruzione di centrali atomiche, alla applicazione degli isotopi radioattivi nella conservazione di alimenti, nella sterilizzazione di medicinali, nella genetica vegetale.

Ma oltre a queste applicazioni, che hanno una spiegazione tecnologica, ci sono anche delle pericolose ed ingiustificate estensioni ad altri settori: sono venuti così i giocattoli radioattivi, gli orologi radioattivi, le radiografie al piede nei negozi di calzature.

In tal modo da un lato ci si preoccupa di schermature colossali intorno alle fonti di radiazioni ionizzanti, nonché di cautele come quelle in uso nei laboratori di ricerca nucleare, al cui personale si evita una esposizione superiore ai 2 REM all'anno. Da un altro lato però uno strano gusto di novità della moda ci mette in tasca un orologio che – secondo quanto riferisce il giornalista Enrico Foschi dell'Agenzia « Italia » – irradia al suo proprietario una dose minima annuale di 18,250 REM, per di più in vicinanza di organi critici, trattandosi di un orologio non da polso.

È evidente che di fronte a questi fatti nuovi la legge vigente è assolutamente inadeguata, come inadeguati sono i mezzi oggi a disposizione delle autorità sanitarie per un efficace controllo.

Il Ministero della sanità ha da alcuni mesi in funzione una commissione di esperti per lo studio approfondito del problema e per la compilazione di una precisa regolamentazione sanitaria di igiene nucleare. Saranno prescritte misure di protezione per i malati e per il personale professionalmente esposto nei gabinetti radiologici di diagnostica e nei centri di radioterapia, come un'adeguata schermatura con materiale ad alto numero atomico sia per l'operatore, sia – quando è possibile – per gli organi critici del paziente, e come la riduzione dell'entità delle esposizioni con limitazioni delle dimensioni dei fasci e del numero di esami. Gli Uffici Sanitari provinciali saranno forniti di apparecchi di rilevazione della radioattività ambientale per gli opportuni controlli. In quanto agli impieghi industriali, la protezione per gli operatori si basa sull'uso di contenitori della sorgente convenientemente schermati e di dispositivi per la manovra a distanza. Saranno previste anche misure di protezione per la popolazione che vive in prossimità delle centrali atomiche e delle industrie che impiegano o producono radiazioni, con norme sulla ubicazione degli impianti nucleari e con disposizioni per la rilevazione della radioattività nei gas, fumi e in tutti gli altri materiali di rifiuto in genere, liquidi o solidi. La raccolta e lo smaltimento dei rifiuti radioattivi è un problema squisitamente igienico e la Sanità controlli, ad esempio, che non siano varate soluzioni come quella del loro deposito in mare, se non dopo aver accertato la assoluta impossibilità di un loro ritorno a noi attraverso i prodotti ittici e solo dopo che sia stato esperito ogni tentativo di creare depositi terrestri di agevole controllo.

Perché tutte queste norme per la protezione normale delle popolazioni entrino in vigore, occorre però che i lavori della Commissione si concludano con la celerità che la situazione richiede.

Ma oltre a queste misure che la scienza oggi fa considerare *normali* su tale argomento, c'è da pensare ad una igiene nucleare *d'emergenza*, che, senza voler creare allarmismi e psicosi, la relazione non può ignorare per i recentissimi fatti della rottura della tregua nucleare.

Sono a tutti note le tremende conseguenze prodotte dalla contaminazione di massa da pulviscolo radioattivo.

Secondo alcuni scienziati (vedansi le citazioni dei premi Nobel Pauling e Libby, riportate dal Leonardi e dal Maraldi ed altri sulla stampa d'informazione in questi giorni)

le esplosioni americane, russe e inglesi avvenute prima della tregua nucleare hanno prodotto un certo aumento di morti per leucemia e cancro delle ossa (140 mila) e per cancri di altro genere (un milione), oltre a casi di tare mentali e deformità nei neonati o di mortalità in embrione o neo-natale (450.000). E gli effetti non sono ancora finiti, poiché da un lato la ricaduta del pulviscolo, che ha raggiunto la stratosfera, dura alcuni anni, dall'altro lato alcune conseguenze si manifestano a distanza di molti anni e addirittura di molte generazioni.

Con la ripresa delle esplosioni nucleari russe, in pochi giorni – riferisce il già citato Foschi – è stata liberata una energia pari « al 55 per cento della potenza globale di tutte le bombe « A » ed « H » sparate in aria nel biennio immediatamente precedente la tregua nucleare ». Egli aggiunge la notizia che – secondo scienziati americani, sovietici, giapponesi ed altri – le radiaziani sono « accumulabili », poichè l'organismo umano « memorizza » i danni provocati dal primo *fall-out* e li somma a quelli delle altre precipitazioni radioattive. E cerca di calcolare la dose di radioattività che gli italiani stanno accumulando, trovando una media nazionale di 12,60 picocurie nel 1° semestre del 1960 ed aumenti enormi nel mese di settembre. A Brindisi la radioattività «memorizzata» dal 23 al 27 settembre ha raggiunto i 125 picocurie, superando del 25 per cento il limite di sicurezza.

A questo punto, da un lato sorge il quesito se esista un limite di sopportabilità.

In Italia si parla oggi di 100 picocurie per metro cubo, come il livello per uno stato di preallarme. Ma le risposte degli scienziati sono generiche, non conoscendosi ancora sperimentalmente tutti i lati della questione, tanto che, secondo il professor Turano, « tutte le cifre fornite sinora sono soggette a revisione ».

Da un altro lato sorge l'angoscioso interrogativo se esistono mezzi sufficienti a difendersi da questa aggressione silenziosa che, quando uccide, limita il danno all'individuo, risparmiandolo alla generazione ventura. Sorge l'interrogativo se ci si possa difendere dall'aggressione, e se, aggrediti, ci si possa decontaminare.

Per un'igiene nucleare d'emergenza, c'è innanzi tutto da predisporre una rete organica di stazioni che eseguano sistematiche rilevazioni di ogni possibile elemento di contaminazione. In Italia esiste una discreta rete ad opera soprattutto del Consiglio nazionale delle ricerche, dell'Aeronautica, degli Istituti universitari di fisica di Bologna e Palermo, ed anche del CAMEN e del CNEN. Sono in complesso 135 posti di misurazione con compiti diversi per il rilievo di radioattività nell'aria, sul suolo, nelle acque dei mari, dei fiumi e dei laghi ed in campioni diversi (latte, bestiame, pesci, piante, fieno). Sarebbe tuttavia augurabile che il C. N. E. N., invece della attuale limitata attività in merito, ponesse i propri cospicui fondi a disposizione di un piano più organico di stazioni, che tenga conto della necessità di coprire tutto il territorio nazionale e di effettuare rilevazioni sistematiche.

Queste ad esempio sono necessarie per i grandi agglomerati urbani, con particolare riguardo al latte, come finora si è fatto esclusivamente a Milano, Pavia, Torino e Varese.

Ma oltre al servizio di rilevazione, bisogna anche pensare a predisporre provvedimenti di emergenza per il deprecatissimo caso di contaminazione eccezionalmente grave di qualche zona. Così la Norvegia ha posto allo studio un piano per l'evacuazione eventuale delle zone particolarmente minacciate. La Corea del sud – dove la radioattività dell'acqua piovana avrebbe raggiunto una dose sedici volte superiore al limite ritenuto sopportabile – sta prendendo accorgimenti per le acque potabili. In qualche Stato si sono costruiti rifugi antiatomici, ma riguardano esclusivamente l'ipotesi di attacchi bellici.

Certo sono provvedimenti molto complessi e di difficile previsione e pianificazione. Ma è necessario che responsabilmente, senza provocare turbamenti psicologici, le Autorità pubbliche (e qui insieme alla Sanità ed agli altri organi tecnici, dovrebbe entrare in azione anche la difesa civile del Ministero dell'interno) pongano allo studio dei provvedimenti di emergenza per la protezione passiva e attiva della popolazione, non esclusa la preparazione di tecnici specializzati per la decontaminazione. Il professor Turano infatti rileva che in casi di emergenza, oltre alla evacuazione delle zone colpite, bisogna pensare « all'allontanamento dei prodotti radioattivi che eventualmente si fossero depositati sulle superfici cutanee e mucose, o fossero stati ingeriti, mediante diverse tecniche a seconda del tipo di contaminazione ».

Ma sono tutti provvedimenti ad efficacia molto limitata. Di fronte a contaminazioni radioattive di massa ogni protezione si ritiene tecnicamente irrealizzabile. L'unico rimedio rimane quello dell'abolizione assoluta delle cause del *fall-out*, cioè delle esplosioni nucleari.

È l'unico giudizio che della materia può dare il campo sanitario, che unanimemente

insorge contro questa indiscriminata minaccia (che travolge amici e nemici, belligeranti e neutrali, presenti e futuri), rivolta dalla follia dei politici alla umanità intera.

È proprio un caso limite questo, in cui l'igiene nucleare coincide con l'igiene spirituale.

c) *Inquinamento atmosferico.*

« Il benessere respira il malessere », è stato detto da un igienista.

Le città sono piene di fumi, gas e polveri di una triplica provenienza: (*a*) industrie; *b*) caldaie e stufe di riscaldamento domestico; *c*) motori dei mezzi di trasporto. Essi causano l'inquinamento atmosferico, in una misura forse dai più non sospettata. A Torino – come riferisce il numero di giugno 1961 « Aria condizionata », pag. 32 – è stata misurata d'inverno una massa di pulviscolo atmosferico pari a 450 tonnellate al mese. A Roma si hanno le più forti concentrazioni di ossido di carbonio (da 150 a 440 parti per milione), specie nei tunnel e ai semafori per i gas scaricati nelle vie da 350.000 motori (compresi i motocicli).

I gas della combustione del carburante formano lo *smog* foto-chimico che, rimanendo fra le alte costruzioni, inquina l'aria delle città, specie nelle zone non sufficientemente ventilate. La presenza di sostanze intossicanti e di alcune sostanze sospette cancerogene rende oltremodo pericolosa una prolungata permanenza in tale atmosfera, da cui dipendono certamente tante infiammazioni delle vie respiratorie e forse anche la formazione di tumori polmonari. Si aggiunga il danno che viene dai distributori troppo vicini alle abitazioni, poiché, al momento del riempimento dei serbatoi delle autovetture, da essi si liberano vapori di carburante in volume pari a quello del liquido che vi si immette.

Da qualcuno si è detto che la recente autorizzazione ad usare il tetrametile di piombo come additivo alle benzine, ha enormemente aumentato il loro potere tossico ed il Senato ha sollecitato un parere del Consiglio Superiore di sanità.

Qualunque sarà questo parere, è certo che l'aria delle grandi città è effettivamente nociva e da più parti si invocano provvedimenti, anche legislativi, che controllino le operazioni generatrici di fumi e rendano obbligatorio l'uso dei depuratori e di filtri contro l'emissione di polveri. Occorrono impostazioni urbanistiche che attenuino l'intossicazione dello *smog* aumentando il verde cittadino e favorendo la ventilazione dei centri delle città.

L'uso di particolari accorgimenti ha permesso a città industriali di ottenere enormi riduzioni dell'inquinamento atmosferico: a Pittsburg il pulviscolo è sceso da 125 a 20 tonnellate mensili per miglio quadrato. A Genova la Cornigliano ha cominciato ad usare un colossale impianto di depolverazione per il suo stabilimento siderurgico, le cui deiezioni solide e gassose avevano determinato una concentrazione di pulviscolo, superiore alle zone più inquinate d'Europa.

Per quanto riguarda l'inquinamento da motorizzazione, a Londra si sta provvedendo ad abolire il servizio urbano degli autobus, sostituendoli con filobus. In U. S. A., lo Stato di California ha reso obbligatorio con legge ogni autovettura l'applicazione di un purificatore, che è capace di ridurre del 95 per cento la tossicità dei gas della combustione. Si va poi diffondendo la difesa privata contro « il *cocktail* all'acido solforico » mediante l'uso di condizionatori d'aria, consigliati specialmente negli uffici, nelle comunità, negli Ospedali ed anche nelle abitazioni private delle zone più inquinate.

La relazione si richiama a questi esempi perchè anche le Autorità pubbliche italiane vedano che non si tratta di un fatale portato del progresso, ma che anche questo fenomeno può essere misurato e corretto con regole igieniche da studiare e da attuare.

d) *Ambiente di lavoro.*

Al Ministero della sanità compete la vigilanza sugli stabilimenti industriali solo per quanto attiene ai danni che essi possono provocare all'ambiente esterno. Nell'interno degli opifici la competenza della tutela igienico-sanitaria dei lavoratori è del Ministero del lavoro, che nel 1956, con poteri delegati, ha emanato norme per la prevenzione degli infortuni e per l'igiene del lavoro. Controlla il rispetto delle norme tramite l'Ispettorato del lavoro, con un corpo di 45 medici ispettori.

Notevole è in questo settore l'attività dell'E. N. P. I., che opera attraverso 37 sedi periferiche dislocate in tutte le regioni. Ogni sede ha un Istituto di Medicina industriale per la necessaria attività sanitaria (visite periodiche ai lavoratori e controllo delle condizioni igieniche dell'ambiente di lavoro) ed un Centro di psicologia del lavoro. L'E. N. P. I. gestisce 150 infermerie di fabbrica in altrettanti stabilimenti con complessivi 100.000 operai.

I frequenti infortuni mortali collettivi, specialmente in cantieri edilizi (la « morte bianca »), destano gravi preoccupazioni o sulla inadeguatezza delle leggi vigenti o sulla insufficiente vigilanza per la loro applicazione.

A valutare la portata sanitaria dell'argomento che si sta trattando si considerino i seguenti dati:

a) i casi di infortunio sul lavoro e di malattie professionali definiti dall'I. N. A. I. L. sono passati da 1.108.000 del 1955 a 1.382.000 nel 1960 (di cui 314.000 in agricoltura);

b) gli infortuni mortali nel 1960 sono stati 4.847;

c) i casi di invalidità permanente, nell'ultimo quinquennio, sono stati 55.000 all'anno (di cui 17.000 in agricoltura). A tuttoggi sono 460.141 gli invalidi che godono una rendita I. N. A. I. L. (di cui 115.623 dell'agricoltura);

d) il diffondersi delle malattie professionali ed in particolare della silicosi ed asbestosi (da considerarsi malattie sociali) è preoccupante: dai 17.000 casi nel 1956 siamo giunti nel 1960 a 24.000 casi.

Una idea precisa della dinamica del fenomeno dal 1953 al 1960 si ha con i seguenti indici di aumento (base 1953 = 100):

infortuni agricoltura	N. 139
infortuni industria	» 146
malattie professionali ordinarie	» 310
silicosi e asbestosi	» 225
In complesso	» 145

Il problema è sentito anche sul piano mondiale e la Conferenza internazionale del lavoro a Ginevra nella seduta del 1959 ha adottato una raccomandazione per gli Stati membri in merito ai servizi di medicina del lavoro. Questa relazione ritiene sia bene anche per il nostro Paese sollecitare l'esame della raccomandazione e la sua applicazione.

È necessario provvedere:

1°) a potenziare in numero e attrezzatura i servizi ispettivi;

2°) a coordinare i servizi di prevenzione antinfortunistica con tutto il resto del mondo sanitario italiano;

3°) a creare per stabilimenti singoli o per zone industriali il medico di fabbrica con specifica preparazione e con dipendenza dalle autorità sanitarie.

Per quanto riguarda l'ambiente dei lavori agricoli, è un discorso d'igiene rurale con aspetti del tutto particolari, che spesso coincidono con quelli dell'abitazione (costruzione e ubicazione razionali di stalle e concimaie). Da notare che, mentre l'aumento degli infortuni industriali è più apparente che reale (per l'aumento notevole degli occupati nelle industrie), per i lavori agricoli invece l'incremento infortunistico è reale, essendo diminuito il numero dei dediti a tale attività: aumenta la loro esposizione al rischio per il diffondersi della meccanizzazione in agricoltura.

In un programma di potenziamento dell'igiene rurale, preminente sembra l'aspetto della educazione sanitaria dei lavoratori agricoli. Bisogna pensare a porre a loro disposizione, nei centri rurali, istituzioni ospedaliere minime o poliambulatori per completare la rete di Centri sanitari a favore delle popolazioni rurali e specialmente montane, che più sono separate dalle città per distanze e difficoltà di comunicazioni.

In particolare rilievo questa relazione, con dati e osservazioni, va cercando di porre la necessità igienico-sanitarie dell'ambiente agricolo. Si nutre la speranza di destare particolare interesse per un'adeguata assistenza sanitaria nelle zone rurali, che anche l'Enciclica « *Mater et Magistrat* » indica come uno dei « servizi essenziali » per un tenore di vita « dignitoso », la cui mancanza rende impossibile o troppo lento lo sviluppo economico e sociale e concorre a determinare l'esodo dalle campagne.

3. — *Alimentazione.*

a) *Vigilanza sanitaria.*

La continua evoluzione della tecnologia delle industrie alimentari rende sempre più complessi ed anche più difficili i controlli sanitari. È un settore in movimento. Le esigenze che ne scaturiscono richiedono l'aggiornamento delle leggi di vigilanza, nonché un potenziamento quantitativo e qualitativo dei relativi servizi, a cominciare dai laboratori provinciali d'igiene e profilassi e dai servizi veterinari. Il controllo, oltre che sugli alimenti d'origine animale, va effettuato anche sull'alimentazione zootecnica per gli influssi che essa può avere sulle carni destinate alla nutrizione umana. Si è già fatto qualcosa con la legge per il divieto di estrogeni (che tanto allarme destò inutilmente, trattandosi di un provvedimento preventivo) e si sta facendo con la legge di più ampia portata, che deve regolare tutto il settore dei mangimi.

L'iniziativa legislativa del Ministero è notevole in tutto il campo dell'alimentazione e dopo il disegno di legge per la vigilanza

sulla produzione e sul commercio delle sostanze alimentari, si attende la presentazione di altri provvedimenti in preparazione, come quello sul latte e sulle centrali del latte e l'altro sui cereali, farine, pane e pasta alimentare.

L'attività dei laboratori d'igiene è intensa tanto nelle sezioni chimiche quanto in quelle medico-micrografiche, con una media di esami annuali di circa 350.000 campioni. La percentuale totale di giudizi negativi è stata nel 1959 del 13,26 su 100 campioni esaminati. Le percentuali più elevate di giudizi sfavorevoli riguardano i seguenti generi: carta da involgere, acquavite e liquori, gelati, strutto, frutta erbaggi e funghi, olio di oliva, olio di semi, margarina.

È da sollecitare la conclusione dell'*iter* di tutte le leggi o schemi di leggi riguardanti la vigilanza su questo settore, che tanti collegamenti ha con alcune delle più funeste malattie moderne, quali i tumori e le malattie del sistema circolatorio.

In tutta questa azione di lotta contro le frodi e le sofisticazioni o anche semplicemente contro gli errori delle industrie alimentari occorre tener presente il diverso spirito con cui si conduce la lotta dall'agricoltura e dalla sanità. Per quella infatti si tratta di « tutelare la produzione » (dell'olio, del vino, del burro, ecc.); per questa invece si tratta di « tutelare la salute » (dell'uomo). Nessuno dei due scopi è estraneo all'altra amministrazione, però bisognerebbe riconoscere che la primarietà del fine dovrebbe anche comportare una competenza non certo esclusiva, ma decisamente primaria.

b) *Disponibilità alimentari.*

Le premure della medicina sociale, nei suoi compiti costruttivi, si rivolgono anche ad esaminare le risorse alimentari di cui può disporre il nostro popolo. Da un confronto con gli altri Stati del M. E. C. risulta che mentre abbiamo la maggiore disponibilità pro-capite di cereali e ortaggi, siamo nettamente ultimi per quanto riguarda carne, uova, latte.

Esaminando le disponibilità di proteine e di grassi, tradotte in calorie, si rileva come il nostro potenziale nutritivo, calcolato nel 1958 in 2.680 calorie giornaliere, sia più basso non solo degli altri Stati del M. E. C., ma anche, ad esempio, della Turchia (calorie 2.850).

Tuttavia è da notare il continuo incremento delle nostre disponibilità alimentari, che dalle 2.222 calorie del 1946-50 sono giunte alle 2.812 del 1960.

Gli aspetti deficitari della nostra razione – come è stato indicato al Convegno nazionale sui problemi dei consumi, nel luglio scorso, dal professor Galeotti dell'Istituto nazionale della nutrizione – si concretano in una « grave insufficienza nel consumo di proteine animali, di alcuni sali (calcio) e nel precario equilibrio di talune vitamine... Gli italiani dovrebbero incrementare i propri consumi giornalieri di almeno 100 grammi di carne e di mezzo litro di latte ».

Nel corso degli anni cinquanta molti progressi ha fatto l'Italia, superando gli altri paesi del M. E. C. per incremento percentuale nel consumo di alcuni generi (zucchero, frutta, ortaggi, carne) mentre in altri generi ha visto aumentare le distanze (latte, burro, formaggi, uova, grassi). Su questo diverso orientamento possono però anche influire abitudini alimentari e diverse condizioni climatiche.

Rimane il problema di fondo di un più alto livello alimentare da ottenere. La Sanità dovrebbe assumersi il duplice compito *a*) di intervento sui programmi economici per stimolare la produzione nei settori di cui occorre coprire l'insufficienza; *b*) di approfondite indagini sugli effettivi consumi regionali per individuare le zone e le categorie che maggiormente soffrono l'insufficienza alimentare e per indicare i conseguenti provvedimenti alla politica sociale del Governo.

Il Ministero della sanità ha già delle iniziative in corso. In collaborazione con Istituti universitari di Roma e Napoli sta conducendo delle inchieste sullo stato di nutrizione di alcune popolazioni. Ha contribuito alla inchiesta sulle carenze alimentari della popolazione agricola della Sicilia, condotta dallo Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Palermo.

Sarà bene allargare l'inchiesta a tutte le zone depresse ed alle genti dei campi e, in particolare, alle popolazioni di tutta la montagna appenninica ed alpina.

Sarà anche bene svolgere un'intensa azione di educazione d'igiene alimentare, in modo che il cittadino dia il suo necessario apporto al processo per un maggior equilibrio fra le componenti della nutrizione italiana, essendo chiaro che oltre all'incidenza dell'ipoalimentazione su tanti cedimenti morbosi, esiste anche una chiara connessione tra alimentazione squilibrata e tante malattie moderne.

4. — *Tutela dell'età evolutiva.*

Il vasto lavoro da svolgere nel settore della medicina costruttiva e preventiva a consolidamento e difesa dello stato di salute del popolo, va concretato in cure particolari, concentrate in favore delle nuove generazioni.

a) *O. N. M. I.*

Per non ripetere la trattazione organica, già esaurientemente fatta dagli onorevoli colleghi Ferrari e Colleselli, nei precedenti esercizi, questa relazione si limiterà a prendere nota di alcuni sviluppi particolarmente indicativi e di alcuni punti critici a cui la situazione sta giungendo.

Nel suo intenso trentacinquennale operare a cura della prima infanzia, attesa anche con tutele prenatali, con adeguamento continuo ai progressi sanitari, l'Opera nazionale maternità e infanzia si è configurata come uno strumento di importanza fondamentale per il progresso igienico sanitario del nostro popolo. Ha una organizzazione sanitaria che – dopo l'istituto della condotta medica – è il servizio più capillare messo a disposizione delle nostre popolazioni, come risulta dalla tabella n. 23. Dalla stessa può ricavarsi anche l'impulso dinamico da cui l'Opera è animata, non trascurando di aggiungere che rivolge una cura tutta particolare per un'equa distribuzione regionale delle sue più che diecimila istituzioni assistenziali.

TABELLA N. 23.

Istituzioni assistenziali O. N. M. I.

ISTITUZIONI ASSISTENZIALI	1950	1958	1960
Case della madre e del bambino	217	388	431
Consultori materni	1.995	2.511	2.554
Consultori pediatrici	3.848	5.688	5.994
Consultori dermosifilopatici	64	253	263
Centri medico-psico-pedagogici	10	47	75
Asili Nido	59	443	485
Refettori materni	736	644	604
Totale	6.929	9.954	10.406

Dopo anni di tenace insistenza, la somma prevista a suo favore nel bilancio della sanità è stata portata dai 12 miliardi del 1956-57 ai 15 miliardi del 1960-61. Nell'esercizio 1961-62 la somma è rimasta ferma; ma è già davanti al Parlamento il disegno di legge per un contributo straordinario di 3 miliardi da erogarsi in tre anni a cominciare dal 1960-61.

La somma è ancora inadeguata di fronte alla richiesta di 18 miliardi presentata dall'O. N. M. I. con un preciso piano di spesa. Ma si ritiene ancora più inadeguata se si pensa ai progressi che si attendono da un'azione ancora più intensa di quest'Ente.

Si pensi infatti che la cifra di 1.500.000 bambini assistiti va senz'altro incrementata di fronte ad una popolazione infantile (da zero a 6 anni) di 5.000.000. Che nella lotta contro la mortalità infantile e la nati-mortalità, nonostante i risultati notevoli già ottenuti, la meta da raggiungere non è vicina. Che bisogna allargare le prime esperienze già iniziate di formazione igienica pre-matrimoniale e coniugale. Che occorre completare la rete dei centri psicopedagogici. Che è necessario fare ancora notevoli progressi – nonostante il molto che già si è fatto – per coprire con asili-nido le zone di massima occupazione di mano d'opera femminile. Che bisogna forse ancora impostare un programma di asili nido o istituzioni equivalenti nei centri rurali.

Rimane da ricordare il problema della riforma legislativa, che si trascina dal 1953 con vari disegni di legge di iniziativa gover-

nativa rientrati, con numerose proposte di iniziativa parlamentare mai giunte neppure all'esame del Parlamento.

Il problema ha diversi aspetti.

Ci sono aspetti come quello della democraticità degli organi d'amministrazione centrale e provinciali e l'altro della unificazione della competenza assistenziale per legittimi e illegittimi, su cui tutti sono d'accordo. C'è l'aspetto del coordinamento dell'O.N.M.I. con l'azione degli enti locali, con posizioni agli antipodi: chi vuol ignorare gli enti locali, chi vuol fare addirittura scomparire l'O.N.M.I.

Nel prendere una decisione si tenga presente da un lato che la odierna realtà medico-sociale postula chiarezza e unità di indirizzo, concentrazione massima delle risorse economiche ed utilizzazione, la più intensiva, dei mezzi strumentali. Dall'altro lato, assicurata l'unità d'indirizzo, l'azione pratica va articolata in opportune strutture decentrate: è a questo punto che può nascere una stretta collaborazione esecutiva con le Amministrazioni provinciali più che non, forse, con altri Enti locali. Questi possono rientrare in campo in un quadro di collaborazione generale di tutta l'assistenza sanitaria, come altre volte già detto in questa relazione.

Ad ogni modo, occorre affrontare l'argomento. E tutti attendono che il Ministero della sanità completi l'*iter* preliminare del relativo disegno di legge, sulla cui preparazione pare abbiano avuto incidenza le varie opinioni espresse sia dall'O. N. M. I., sia dagli Enti locali, sia da studiosi della materia.

b) *Medicina scolastica.*

La scuola è da considerarsi come fulcro dell'azione di educazione sanitaria dell'intero popolo e quindi della elevazione del suo livello di salute, con particolare riguardo ai ceti più popolari, a cui poi l'età adulta non offrirà più tante occasioni di redenzione igienica.

Molti propongono che l'educazione sanitaria diventi materia scolastica, a potenziare quegli elementi d'igiene che qua e là già si studiano. Si sono aggiunti i dietologi a chiedere che nella scuola si insegnino i principi d'igiene della nutrizione. Un sanitario dell'O. N. M. I. ha proposto che l'educazione alla maternità, come lotta agli errori nell'allevamento e alla mortalità infantile, cominci per le adolescenti dalla scuola (non molti anni fa s'insegnava puericultura nelle classi femminili).

Ma oltre che per questa funzione educativa, la scuola riveste importanza fondamentale ai fini della protezione sanitaria della società intera. Essa infatti, con le successive ondate di nuove generazioni attraverso l'obbligo scolastico, è il campo che meglio si offre ai reggitori delle sorti sanitarie di un popolo per filtrarlo completamente mediante un'azione di massa, sia come prevenzione e profilassi, sia come estese rilevazioni per diagnosi precoci, sia come ampi e tempestivi interventi terapici, sia per quel nuovo compito di carattere costruttivo auxologico che lo Stato moderno non può ignorare.

A questi fini è necessario esplicare una serie metodica di controlli periodici dello sviluppo psico-somatico degli adolescenti, da seguire accuratamente con una tessera sanitaria obbligatoria (e qui non possono ripetersi i dubbi accennati da qualcuno a nome della pur legittima riservatezza per gli adulti) o tramite un'anagrafe sanitaria. Va completata l'assistenza con l'intervenire alla fine dell'obbligo scolastico anche con visite psico-attitudinali, per aiutare il giovanetto a determinare il proprio orientamento professionale.

Il nuovo Istituto sanitario che sta fiorendo su questi concetti è il servizio di medicina scolastica, di cui struttura e scopi sono stati determinati con il già ricordato decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264. Con esso si cerca anche di stabilire una feconda serie di collaborazione fra Ministeri (sanità, istruzione e lavoro), fra strutture sanitarie (Centri per le malattie sociali, mutue e servizi locali), fra Enti locali (Consorzi dei comuni e Amministrazione provinciale), tutti impegnati a sostenere le funzioni di medicina preventiva del medico scolastico ed a completarle con gli interventi terapeutici.

Il provvedimento presenta molti punti positivi, specie questo inserimento totale nella realtà strutturale della sanità italiana, per la prima volta chiamata a coordinarsi intorno ad un soggetto comune. Offre qualche appiglio ad un timore, quando all'articolo 13 prevede che il servizio « può » affidarsi al medico condotto per i comuni al di sotto dei 30 mila abitanti. Tenendo presente che sugli 8.020 comuni italiani quelli al di sopra di tale popolazione sono soltanto 180, il potere della legge per i rimanenti comuni appare troppo ridimensionato ad una convertibilità di funzioni fra condotta generica e una specie di condotta scolastica.

C'è il timore che gli ottimi intenti del Ministero siano frustrati dalla superficialità e dalle approssimazioni degli adattamenti pe-

riferici. L'argomento invece merita tutta la premura possibile e bisognerebbe anche cominciare a pensare ad una particolare qualificazione dei medici scolastici.

Oltre che al personale sanitario, bisogna provvedere anche ad un minimo di attrezzature. Il Ministero in questi anni ha particolarmente curato l'incremento delle attività medico-scolastiche, favorendo con contributi (un miliardo in vari anni) la istituzione di 597 ambulatori generici e 491 ambulatori odontoiatrici. Ora che la voce di medicina scolastica ha anche uno stanziamento (500 milioni annui), è augurabile che si prepari un programma atto a sanare le sperequazioni che si riscontrano fra una provincia e l'altra.

È da notare però che le premure del Ministero riguardano sinora esclusivamente le scuole elementari, mentre è necessario estenderle anche alle scuole secondarie ed alle universitarie.

Nelle scuole secondarie da sei anni, sopra tutto per merito del Servizio di educazione fisica, si sta introducendo una consulenza bio-psico-fisica con medici che, oltre ad effettuare accertamenti a scopo igienico-profilattico, ne elaborano i dati per ricavare indicazioni sul campo pedagogico. A tutt'oggi nella sola Roma sono stati organizzati 116 gabinetti scolastici, di cui uno specialistico presso il Provveditorato. In Italia sono circa 700 i medici, che esplicano questa consulenza, senza avere ancora un inquadramento né giuridico, né economico.

È una interessante esperienza che va condotta a fondo e che per riuscire ha bisogno di sanitari che si dedichino esclusivamente a questo delicatissimo compito.

Né la Sanità può ignorare l'argomento. Molto opportuna giunge la notizia dell'iniziativa presa dal Ministro Giardina per la costituzione di una Commissione di collegamento fra Sanità ed Istruzione, onde esaminare insieme tutti i problemi sanitari della scuola.

c) *Educazione fisica.*

Con i servizi medico-scolastici ha necessaria correlazione la educazione fisica, che non è affatto una materia di studio, come una deformazione di mentalità ci fa oggi credere. Essa invece rappresenta una attività igienica che dovrebbe intervallare le ore scolastiche di immobilità e di studio con un'attività fisica, intesa a riequilibrare l'eccesso d'impegno psichico degli studenti. Essa, premessa la cautela di evitare sforzi ed esercizi dannosi ad alcuni organismi, mira esplicitamente a favorire lo sviluppo psico-somatico della adolescenza, ed in qualche caso è di ausilio ortopedico, concorrendo alla eliminazione di difetti con particolari esercizi (ginnastica correttiva).

In alcune Nazioni l'educazione fisica dipende dalla Sanità.

In Italia le autorità sanitarie devono interessarsene più di quanto non facciano attualmente, sia con frequenti controlli igienici delle palestre, sia vigilando sul modo con cui si svolgono le esercitazioni fisiche e le attività sportive. La Sanità deve inoltre partecipare ufficialmente alla preparazione degli insegnanti di educazione fisica. È vero che già notevoli progressi si sono compiuti da quando prevaleva un tipo di preparazione da accademia militare, ma occorre fare altri passi avanti perché, anche nella mentalità ufficiale e nella attuazione pratica, prevalgano gli aspetti sanitari di questa funzione scolastica e gli stessi insegnanti di educazione fisica ne riscoprano l'importanza, non solo come intervallo riequilibratore o attività preatletica, ma principalmente come vera e stretta collaborazione al servizio di medicina scolastica.

Il discorso ha toccato anche le attività sportive, che forse cominciano a richiedere qualche intervento delle autorità sanitarie anche al di fuori della scuola. Ad esse infatti devono essere avviati i giovani solo dopo scrupolosi controlli sulla loro integrità fisica. Avviene inoltre ogni tanto che l'interesse di organizzatori di spettacoli o di procuratori e direttori tecnici forza la mano anche ai medici sportivi, che dovrebbero evitare assolutamente, ad esempio, che un pugile salga sul quadrato in condizioni fisiche già menomate, con una semplice iniezione di analgesico, a farsi malmenare fino a farsi, in qualche caso, anche ammazzare. Così pure nessun serio controllo si esercita per l'uso di eccitanti, di cui sottobanco tutti parlano e che spesso evidenzialmente stroncano le facoltà atletiche dei più giovani praticanti di alcuni sports.

L'uso dei medici sportivi sembra talvolta più fatto per coprire la responsabilità dei dirigenti che non per tutelare la salute dei giovani. Non si deve permettere che questa venga qualche volta immolata alle esigenze dello spettacolo o del titolo da conquistare.

5. — *Incidenti.*

L'O. M. S., ha scelto come tema della giornata mondiale: « Gli incidenti e la loro prevenzione ».

Nel relativo messaggio il dottore Candau, direttore generale dell'O. M. S., invita tutti i Paesi a fare oggetto di ricerche scientifiche gli incidenti. Questi infatti non sono dei casi fortuiti a cui rassegnarsi con fatalismo, ma sono il risultato di una concatenazione di cause, da studiare e, per quanto possibile, eliminare.

Gli incidenti sono in rapida espansione per il progresso della industrializzazione e della motorizzazione. Da una indagine condotta in 19 Stati con 553 milioni di abitanti (compresa l'Italia) nel 1958 è risultato che per i maschi in età da 15 a 19 anni essi uccidono più di tutte le malattie messe insieme, raggiungendo il 50,5 per cento delle cause di morte. In genere provocano una mortalità molto più alta a danno dei maschi e più elevata delle malattie infettive (vedi tab. n. 24).

TABELLA N. 24.

Alcune età più esposte agli incidenti mortali.

ETÀ	MASCHI			FEMMINE		
	Incidenti	Malattie infettive	Altre cause	Incidenti	Malattie infettive	Altre cause
10-14	41,3	7,6	51,1	22,5	9,6	67,9
15-19	50,5	4,1	45,4	21,4	8,6	70 -
20-24	47,7	5,1	47,2	13,2	11 -	75,8
25-29	39 -	8,5	52,5	9,1	3,8	77,1

Gli incidenti nel loro complesso, nelle Nazioni più industrializzate rappresentano la terza causa di mortalità, dopo le malattie cardiovascolari e i tumori. Osservando per l'Italia la tabella n. 17, precedentemente riportata (che però considera i gruppi di cause, evidenziando solo qualcuna delle più gravi singole cause), le osservazioni suddette trovano conferma nel 1960. C'è la sola eccezione delle affezioni broncopolmonari che, con i 34.637 decessi provocati, supera i 22.839 causati dagli incidenti.

I tipi di incidenti sono diversi e si pongono come cause violente di morte nelle seguenti percentuali, riscontrate nell'indagine sopra accennata: autoveicoli 36 per cento; altri mezzi di trasporto 6,2 per cento; cadute 22,1 per cento; annegamenti 8,6 per cento; fuoco ed esplosioni 4,6 per cento; veleno 3,8 per cento; armi da fuoco 1,3 per cento; altre cause 17,4 per cento.

In Italia non esiste una statistica sul complesso degli incidenti, compresi anche quelli non mortali, ad eccezione degli infortuni sul lavoro (di cui si sono già qui riportati dei dati) e del traffico. Una statistica completa sarebbe interessante perché, ad esempio, è risultato in U. S. A. che più di questi due tipi di incidenti (del lavoro e del traffico) sono numerosi quelli domestici, i quali nel loro insieme (cadute, fughe di gas, incendi, ferite accidentali da taglio ecc.) costituiscono il 41 per cento del fenomeno infortunistico.

Naturalmente diverse sono le proporzioni quando si torna a considerare il campo dell'infortunio mortale, in cui il traffico, unendo le prime due cause indicate nell'indagine O. M. S. sopra riportata, incide per il 42,2 per cento. Nel complesso della mortalità per incidenti del traffico, occorre poi ridistribuire le cause fra i vari tipi di trasporto. Secondo i dati dell'*Annuario I. S. T. A. T. 1960* si ha per l'Italia questa distribuzione di mortalità: al traffico marittimo 0,17 per cento; a quello aereo 0,83 per cento; a quello ferroviaro 4,25 per cento; a quello stradale 94,75 per cento.

Limitando l'attenzione ai soli incidenti stradali, si ha la tremenda progressione riportata nella tabella n. 25, in cui si può notare – a parziale consolazione – che l'incremento della mortalità non ha lo stesso vertiginoso ritmo dell'aumento del numero dei feriti e degli incidenti, ambedue triplicati nel corso di nove anni. Nell'illustrare il tema della Giornata mondiale di quest'anno, il professore Gedda fa notare come l'aumento degli incidenti stradali va di pari passo

con quello delle nuove immatricolazioni di automobili.

Questa identità d'incremento lancia un allarme ancora maggiore – se non bastassero gli attuali casi funesti – pensando che le previsioni degli esperti danno un incremento delle immatricolazioni dal numero nominale attuale di 6 milioni di unità ad 11 milioni alla fine degli anni sessanta.

TABELLA N. 25.

Incidenti stradali.

ANNO	Incidenti	PERSONE	
		Morte	Ferite
1952	94.810	4.266	72.513
1958	201.236	7.137	153 710
1959	225.116	7.160	167.798
1960	275.993	8 197	201 285

È stato però da più parti osservato che i dati forniti dall'I. S. T. A. T. non rappresentano il fenomeno degli incidenti stradali nella loro vera gravità per quanto riguarda la conseguente mortalità, limitandosi il sistema di indagine italiano a classificare sotto tale causa solo i decessi avvenuti sul luogo dell'incidente o durante il trasporto all'ospedale. Da controlli eseguiti dal comune di Milano, i morti per incidenti del traffico risultano in numero doppio di quello rilevato col metodo I. S. T. A. T. Si impone un sollecito adeguamento dei sistemi di rilevazione in modo che l'intera Nazione possa avere più esatta cognizione di questo fenomeno e più profonda sensibilità verso le necessità di soluzione del problema in tutti i suoi compositi aspetti.

Occorre intensificare l'educazione antinfortunistica in genere e stradale in particolare nelle scuole, nelle fabbriche, nelle fattorie, nelle famiglie. Contemporaneamente occorrono molte altre misure preventive che nel particolare settore del traffico si concretano in provvedimenti che riviste specializzate invocano con seri studi e documentazioni. L'esempio di altri popoli dimostra che molto meno sangue può scorrere sull'asfalto, se si prendono le opportune misure. La Gran Bretagna con un numero di autoveicoli doppio del nostro, nel 1959 ha avuto 5.970 periti in sciagure del traffico.

La Sanità può dire la sua parola anche nel campo preventivo, richiamandosi per esempio ad esami psicotecnici più accurati nel dare o restituire le patenti; invocando dai costruttori di automobili linee esterne e abitacoli meno ricchi di spigoli vivi e più capaci di attutire i colpi; (1) suggerendo regole di una igiene della guida per le condizioni minime di salute e di efficienza in cui è consigliabile mettersi al volante. Può sopratutto dire la sua parola nel campo del pronto soccorso stradale, potenziando il servizio già lodevolmente messo in atto dalla C. R. I. – Questa sulle principali strade italiane ha organizzato 25 posti di pronto soccorso stradale, con 50 autoambulanze radiocollegate, 100 medici e 250 unità ausiliarie. Insieme all'estensione di tale rete, vai ncoraggiata e sostenuta l'attività dell'Istituto di medicina del traffico, che sta svolgendo un'azione per aiutare i guidatori ad una più profonda conoscenza delle proprie possibilità psico-fisiche, che un ruolo tanto importante spesso giocano nella complessa dinamica dell'incidente stradale.

X. — MEDICINALI

1. — *Prezzi e brevettabilità.*

Esula dal compito e dall'intento della relazione la pretesa di affrontare e risolvere il complesso problema dei prezzi dei medicinali, tanto dibattuto oggi in Italia con affermazioni e documentazioni spesso contraddittorie e con problemi collaterali (come ad esempio quello della brevettabilità) che trovano profonde divisioni nello stesso settore dei produttori.

Il Ministero della sanità, dalla sua costituzione, ha esercitato una notevole azione per un maggior ordine in tutto il campo della produzione e commercio dei medicinali. Recentemente, d'intesa col Ministero dell'industria, ha costituito una Commissione di studio col compito di accertare le « condizioni tecnico-economiche » dell'industria farmo-chimica e di « formulare proposte per la regolamentazione della materia ». Il lavoro di tale Commissione di esperti dovrebbe dire una parola di chiarificazione anche sulla *vexata quaestio* dei prezzi dei medicinali

(1) v. A. DEL MONTE, *L'automobile che il medico consiglia* su « Quattroruote » n. 8 e 9, 1961; e O. M. BARTLEY: *Il veicolo dell'incolumità* su « L'Automobile » n. 2 speciale 1961).

italiani, ritenuti da alcuni troppo alti, da altri bassi in confronto a quelli di altre nazioni.

Per questo confronto di prezzi internazionale, realmente i dati che sono in circolazione suscitano qualche perplessità, anche perchè varie sono le situazioni, che la complessa serie di componenti del prezzo di un farmaco produce su interi settori farmaceutici. Così ad esempio da uno studio fatto nel 1953 risultava che l'Italia aveva antibiotici e sulfamidici a prezzi più alti dell'Inghilterra, mentre per gli antireumatici, antiartritici e vitaminici i nostri prezzi erano notevolmente più bassi. Peraltro si deve tener presente che la situazione si è notevolmente modificata per le riduzioni che sono state apportate; comunque si riportano nella tabella n. 26 tre diverse graduatorie, che certo hanno origine, peso e significato diverso. Tuttavia l'esempio n. 3 potrebbe acquistare un certo valore indicativo (sempre da ridimensionare, trattandosi di un prodotto d'importazione) quando si nota che quella varietà di prezzi di uno stesso prodotto è spiegata « in funzione sopratutto del mercato di concorrenza di ogni paese ». Il che indicherebbe che il nostro mercato consente un prezzo più alto.

Il senatore Kefauver (che ha presieduto una Commissione d'inchiesta sui prezzi dei medicinali, ritenuti troppo alti anche in U. S. A.) per risolvere il problema ha proposto le seguenti misure:

a) limitare con legge le spese di propaganda e gli utili dei produttori;

b) fornire ai medici elenchi di prodotti analoghi con relativi prezzi, esortandoli a prescrivere quelli con prezzi inferiori;

c) istituire una nomenclatura ufficiale dei farmaci, semplificando i nomi dei prodotti analoghi;

d) limitare la durata dei brevetti, liberalizzando la produzione di alcuni prodotti di importanza vitale.

TABELLA N. 26.

Prezzi di farmaci in alcuni Stati: esempi di comparazione.

ESEMPIO N. 1		ESEMPIO N. 2		ESEMPIO N. 3	
Stati	Prezzi in dollari	Stati	Indice in lire	Stati o capitali	Prezzi in dollari
Canadà	7,05	Germania Occidentale .	1 490	Roma	22,16
U. S. A.	5,05	Belgio.	1.450	U. S. A.	17,90
Giappone	2,29	Svizzera	1 280	Svizzera	17,90
Australia	1,69	Inghilterra.	1.060	Rio de Janeiro. . . .	14,15
Italia	1,60	Italia	1.000	Londra	7,53
		Francia	890		

Esempio n. 1. — Prezzi di un flacone da 50 compresse di 25 mg. ciascuna di cloropromazina (da *Notiziario dell'Amministrazione sanitaria*, marzo 1961, pag. 158).
Esempio n. 2. — « Prezzo del farmaco » in alcuni Stati europei: indice elaborato a cura della Pharmindustria.
Esempio n. 3. — Prezzi di un flacone di 100 pasticche di prednison della ditta Merck (inchiesta Kefauver).

Una seconda ma non irrilevante questione è quella riguardante il rinnovamento della legislazione in materia di produzione e commercio delle specialità medicinali. Questa esigenza è stata esplicitamente ed implicitamente affermata da molte parti perché il settore industriale farmaceutico, specialmente quello più impegnato nello sforzo produttivo e tecnico-scientifico, ha il dovere di operare entro i limiti di una regolamentazione sanitaria ben determinati e adeguati al livello attuale del progresso.

In effetti, occorre convenire sul fatto che le vigenti norme legislative contenute nelle

Sezioni 5ª e 6ª del T. U. L. S. risalenti, praticamente, al 1925 (cioè, ad un'epoca in cui non era, forse, nemmeno ipotizzabile che il campo delle specialità medicinali assumesse quegli aspetti così determinanti sia sotto il profilo terapeutico, che sotto quello scientifico e sociale, quali si verificano oggi) presentano gravi lacune, e troppo scarsamente rispondono alle attuali esigenze.

Non è perciò da sottovalutare l'affermazione secondo la quale molti, se non tutti i difetti e le distorsioni che si lamentano in questo settore, si modificherebbero in senso positivo ove si addivenisse ad una nuova disciplina legislativa fondata sul riconoscimento obiettivo delle nuove condizioni tecnico-strutturali dell'industria farmaceutica italiana e del mercato di consumo, ormai decisamente influenzato dal grande sviluppo delle attività assistenziali e mutualistiche.

A ciò è da aggiungere il fatto che altri Paesi aderenti alla Comunità Economica Europea hanno provveduto o stanno provvedendo ad innovazioni, talvolta radicali. Tale è il caso della Francia, nel campo specifico della legislazione. Ciò induce a ritenere urgente un analogo comportamento dell'Italia onde evitare che il nostro Paese possa trovarsi da un momento all'altro in una situazione di pregiudizievole sfasamento, che si tradurrebbe in condizione di inferiorità.

Non può, a nostro avviso, tuttavia essere ritenuta valida l'accusa rivolta al Ministero della Sanità di insensibilità o di colpevole indifferenza in materia.

Si tratta di problemi che debbono essere certamente affrontati, ma al di fuori di ogni improvvisazione e di ogni suggestione contingente.

Il Ministero della Sanità non ha mai mancato di intervenire tempestivamente in senso legislativo ogni qualvolta le norme contenute nel vigente T. U. L. S. apparivano assolutamente incongrue, com'è, ad esempio, il caso della legge 22 ottobre 1954 n. 1041 che ha recato nuove norme in materia di produzione, commercio e impiego di stupefacenti ed altri casi potrebbero essere citati. Nel campo stesso della produzione e commercio di specialità medicinali, non può essere attribuita al Governo né inerzia né passivo immobilismo. La complessità dei problemi afferenti a questa vasta materia, la rilevanza degli interessi non solo economico-finanziari, ma anche e sopratutto sociali che ivi confluiscono, esigono cautela, ponderatezza e, sopratutto, la necessità di una preventiva indagine accurata, completa ed obiettiva di tutto quanto il settore farmaceutico, nelle sue varie fasi di attività: dalla ideazione alla realizzazione, alla distribuzione dei farmaci.

Appare, pertanto, lodevole e proficua la iniziativa assunta dal Ministro Giardina unitamente al Ministro onorevole Colombo, di affidare alla Commissione sopra citata lo studio e l'indagine su questa attività. La qualificazione dei componenti della Commissione, la estraneità da essa di influenze di qualsiasi genere, costituiscono una sicura garanzia per i risultati cui si perverrà.

Non si tratta, perciò, di un espediente dilatorio, come da alcune parti è stato insinuato, né di un rifiuto di responsabilità da parte del Governo, ma piuttosto di una concreta dimostrazione della sollecitudine governativa per problemi d'interesse pubblico, quale quello sanitario.

È altresì, altamente incoraggiante che da parte di onorevoli deputati si sia affrontato il problema sotto l'aspetto legislativo, come lo dimostra l'avvenuta presentazione di varie proposte di legge di iniziativa parlamentare nella *subiecta* materia. Tra gli altri, gli onorevoli colleghi Bartole e De Maria rilevano la indispensabilità di « una tutela brevettuale che armonizzi la nostra legislazione con quella degli altri Paesi anche in ottemperanza agli artt. 100, 101 e 102 del Trattato di Roma » (1).

Il problema di un rinnovamento legislativo in materia di produzione e commercio di farmaceutici è dunque vivo e sentito da tutti ed appare superfluo scendere, in questa sede, ad una analisi minuziosa atta ad indicare tutte le lacune dell'attuale legislazione e tutti i rimedi suggeriti e proposti. Come si ripete, il problema è anche urgente per gli impegni che comporta l'adesione al Mercato Comune Europeo; la tempestività perciò s'impone in questo campo ed è motivo di compiacimento il fatto concreto che, per iniziativa del Governo, ci si sia avviati sulla strada giusta, quale quella di una obiettiva ricognizione del settore. I risultati dei lavori della Commissione di tecnici e giuristi insediata nel luglio scorso dai Ministri Colombo e Giardina, costituiranno l'indicazione esatta della via legislativa da seguire, tenendo, altresì, conto del Consiglio Superiore di Sanità, recentemente rinnovato dal Ministro Giardina e che costituisce il massimo organo di consulenza sanitaria.

---

(1) Bartole e De Maria, *Disciplina della produzione industriale delle specialità medicinali*, (3044).

Si ha, perciò, la fondata convinzione che la introduzione dell'istituto brevettuale (1), da un lato, ed un rinnovamento legislativo, dall'altro, partendo entrambi dal presupposto dell'accertamento obiettivo delle condizioni attuali in Italia, anche rispetto a quelle della concorrenza internazionale in genere, e del MEC in particolare, varranno a portare nel settore e nel mercato ordine e certezza di indirizzo. A questi attualmente si cerca – non sempre con successo e con soddisfazione – di arrivare con provvedimenti di carattere amministrativo e che, come tali, non possono colmare le lacune della legge vigente, nè saldare la innegabile frattura esistente tra *status* legislativo e realtà di fatto.

Prima di concludere l'esame di questo problema, il relatore non può non esprimere il dubbio che un regime di brevettabilità assoluta potrebbe significare altresì regime di monopolio, con prezzi molto alti delle nuove sostanze farmaceutiche. Per la peculiare finalità del prodotto farmaceutico, che assume una particolare importanza perché diretta alla tutela della salute umana, sarebbe forse opportuna l'introduzione, nella disciplina brevettualistica, del principio della licenza obbligatoria. Questa serve per tutelare i consumatori che hanno diritto ad avere un prodotto di ottima qualità e ad un prezzo equo e per consentire, nel contempo quegli interventi delle autorità sanitarie che si renderanno eventualmente necessari per la tutela dell'interesse pubblico.

D'altronde in tutto il problema si nota una posizione delle industrie minori, che sono contrarie ad una eccessiva tutela della proprietà delle sostanze farmaceutiche, ed un'altra posizione delle industrie maggiori che chiedono la valorizzazione brevettuale dei risultati delle proprie ingenti spese per la ricerca scientifica. In merito a questa, il Ministro Giardina, rispondendo ad una interrogazione parlamentare, ha dichiarato che « il riconoscimento di un maggior costo produttivo delle aziende farmaceutiche che investono notevolissimi capitali nelle ricerche è un fatto obiettivo, accertata dal Ministero con apposite ispezioni ».

Il relatore, pertanto, auspica che la Commissione di studio sopra citata approfondisca dettagliatamente tutti i vari aspetti del problema in modo che, passando dalla fase di studio a quella di realizzazione, il legislatore possa responsabilmente adottare le norme idonee a disciplinare in modo più consono alla realtà attuale la produzione farmaceutica. Occorre impedire pericolosi squilibri che renderebbero difficile una sana competizione internazionale, in particolare sul piano europeo del M. E. C., e nel contempo prendere tutte le cautele atte ad evitare imposizioni di prezzi elevati da chi si potrebbe sentire padrone unico di una data sostanza.

Nel contempo, i controlli sui prezzi devono continuare, nell'interesse della salute dei cittadini e della economicità dell'assistenza farmaceutica. I produttori protestano contro il Governo e contro il legislatore (hanno voluto anche ricorrere al Consiglio di Stato ed alla Corte Costituzionale), accusandoli di considerare l'industria farmaceutica come una « istituzione di beneficenza » (1).

Proprio al di fuori di ogni posizione preconcetta e senza durezza di giudizio si deve pur dire che, appunto considerando « il fatto che essa produce un bene particolarmente prezioso per la natura umana » (rivista citata), una proprietà privata in tale settore è giustificata soltanto se dimostra di avere una concezione « particolarmente » profonda della propria funzione sociale. È stato calcolato dai professori Somogyi e Tizzano che in un decennio, nella sola Italia, gli antibiotici hanno salvato un milione di vite umane. E ciò va a lode delle industrie farmo-chimiche e dei loro ricercatori. Ma occorre pur dire che forse si sarebbe potuto salvarne ancora di più, se nei primi tempi le industrie farmaceutiche avessero avuto l'attuale attrezzatura e i prezzi fossero stati sempre accessibili a tutti.

L'azione in seno al C. I. P. da parte del Ministero per la riduzione dei prezzi, che ha raggiunto un valore medio di circa il 30 per cento, va approvata ed incoraggiata. Non hanno ragione d'essere le critiche degli oppositori perché dalla costituzione del Dicastero al maggio 1961, come ha documentato il Ministro Giardina al Senato, sono state

(1) Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, onorevole Sullo, il 4 luglio 1961, nel suo discorso sullo stato di previsione delle spesa del Ministero del lavoro e della previdenza sociale per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1961 al 30 giugno 1962, ha dichiarato che in una società come la nostra che vive di ampi scambi internazionali e che premia la scoperta con il brevetto, il segreto per riordinare il settore (farmaceutico) sia proprio nella revisione della legislazione brevettuale.

(1) V. la rivista edita dall'U. N. I. F., 1961, giugno, pag. 29.

proposte 5.737 riduzioni, ottenendone 5.114 (c'è qualche volta della confusione perché non sempre si precisa se le cifre riguardano le specialità o le varie confezioni). Occorre solo proseguire nella via intrapresa, quella cioè della serena obiettività e dello scrupoloso rispetto della accertata realtà del processo produttivo.

2. — *Farmacie.*

È un altro settore in cui le situazioni anacronistiche e i punti critici si accumulano, senza che si riesca a trovare il modo di cominciare da qualche parte ad aprire degli spiragli di modernità.

I problemi che sono sul tappeto riguardano in modo particolare il rapporto limite di popolazione, i requisiti, i titoli e le modalità per i concorsi, la trasmettibilità di una farmacia da un titolare all'altro, la trasferibilità del titolare da una sede all'altra, la funzionalità delle farmacie rurali.

Senza dubbio questo è il più ricco di problemi fra tutti gli argomenti della Sanità e ben 28 proposte di legge d'iniziativa parlamentare sono presso il Senato e la Camera dei deputati.

La tendenza degli ambienti parlamentari è di affrontare il problema in tutti i suoi aspetti e di risolverlo organicamente. Il Ministero invece pensa che, in attesa di una revisione legislativa generale, si debba affrontare almeno qualcuno dei problemi più urgenti. Il Senato lo ha seguito su questa via ed ha approvato un provvedimento che comporta la modifica del rapporto limite tra popolazione e farmacie, ridotto da 5.000 a 4.000, con obbligo di aggiornamento biennale della pianta organica da parte dei medici provinciali. Esso inoltre stabilisce che, relativamente al primo concorso, il 50 per cento delle farmacie da assegnare sia riservato ai collaboratori.

Il provvedimento deve essere esaminato dalla Camera dei deputati.

Senza dubbio le soluzioni organiche sono le migliori. Però in qualche occasione bisogna pure prendere atto della complessità di certe problematiche e delle reali difficoltà di un'aggressione globale. Allora, per non prolungare situazioni stagnanti, è consigliabile avere l'umiltà di iniziare da soluzioni parziali.

Qualunque via si scelga, si tenga presente l'assoluta necessità di tutelare il servizio farmaceutico rurale, che allo stato attuale rappresenta l'unico presidio sanitario di zone agricole e montane, per ogni altro aspetto ignorate dalla medicina pubblica. Le farmacie rurali, agendo non certo sotto lo stimolo del profitto, devono proprio essere considerate un servizio pubblico, che, come tale merita dalla società sostegni molto più consistenti di quelli attuali.

XI. — SERVIZI VETERINARI

La legge istitutiva del Ministero della sanità compie un giusto riconoscimento dell'importanza dei compiti affidati ai servizi veterinari con una duplice funzione:

a) di difesa e potenziamento del patrimonio zootecnico nazionale con la lotta contro le malattie diffusive degli animali;

b) di tutela della salute dell'uomo sia con la vigilanza igienica sulle carni e sugli altri alimenti di origine animale, sia con la profilassi delle zoonosi, o malattie infettive che dagli animali possono comunicarsi all'uomo.

Il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, costituisce un passo avanti nel riconoscimento di tale importanza, precisando meglio le competenze dei servizi stessi e istituendo l'Ufficio veterinario comunale, al cui direttore vengono affidate le funzioni di ufficiale di governo.

In merito al primo compito di difesa sanitaria del patrimonio zootecnico nazionale, spetta al Ministero l'applicazione sistematica di misure atte a combattere le malattie infettive degli animali in tutti quei casi in cui le forze individuali non riescono più a contenere la diffusione del contagio. La presenza di forme morbose a carattere infettivo causa l'arresto temporaneo e la diminuzione permanente delle produzioni zootecniche, determinando danni ingentissimi al reddito agricolo nazionale, che nel loro complesso si fanno ascendere a circa 300 miliardi di lire all'anno.

Se questi calcoli risultano veri anche solo in parte, enorme rilevanza economica acquisterebbe una decisa azione di risanamento integrale del bestiame.

Profondamente conscii di ciò, alcuni onorevoli senatori democristiani, a conclusione dell'esame della legge sul Piano Verde, hanno presentato un ordine del giorno, approvato all'unanimità, per invitare il Governo ad integrare i provvedimenti di risollevamento dell'agricoltura con un programma organico di bonifica sanitaria degli allevamenti, mediante un piano di spesa decennale di almeno dieci miliardi annui.

Per quanto la spesa possa sembrare notevole, è richiesta dalla necessità, non tanto sanitaria, quanto economica, di prendere a favore dell'agricoltura provvedimenti razionali. La permanenza nel territorio nazionale dell'afta epizootica, della tubercolosi bovina, della brucellosi e di altre numerose malattie non solo rappresenta la vanificazione costante di ogni sforzo nell'aumentare la produzione (i danni sopra citati in due anni annullano il Piano Verde). Non solo rappresenta, limitatamente ad alcune malattie, una minaccia alla salute umana (il 10 per cento della tubercolosi umana si fa ascendere al contagio dalla tubercolosi bovina). È anche un forte elemento negativo nei nostri scambi con l'estero, essendo numerose le limitazioni che gli altri Stati per dichiarati motivi sanitari cominciano a porre all'acquisto dei prodotti della nostra industria salumiera, del lardo, dei prodotti lattiero-caseari. Alcuni Stati del M. E. C. hanno fatto conoscere non solo che non potranno consentire l'introduzione nei loro territori (ormai liberati da tali malattie con massicci stanziamenti, come i 9 miliardi annui della piccola Irlanda e i 60 miliardi all'anno della Germania) di animali, carni, fieno, verdure e ogni altro veicolo di contagio, ma che porranno anche ostacoli alla immigrazione della mano d'opera agricola.

Secondo dati in possesso dei Servizi veterinari, per soddisfare le esigenze di un programma minimo di profilassi limitato alla tubercolosi bovina e brucellosi, bisogna impostare un programma decennale, da condurre in stretta collaborazione tecnica con l'Agricoltura e comportante la spesa annua di 3 miliardi. Oltre a ciò numerose altre esigenze ci sono in primo luogo per l'afta epizootica, settore in cui siamo carenti anche di fronte ad impegni internazionali assunti con legge 28 giugno 1955, n. 768. Ma tutte le altre malattie vengono fronteggiate con mezzi assolutamente inadeguati, mentre gli istituti zooprofilattici hanno bisogno di essere sostenuti nella loro benefica azione che hanno in corso, raggiungendo spesso un alto livello scientifico.

La voce relativa ai servizi sanitari nel bilancio del Ministero della sanità nel triennio è passata dai 700 milioni iniziali agli attuali 1.160, con un incremento quindi notevole. Del tutto insufficiente tuttavia appare lo stanziamento, di fronte alle prospettive dei programmi di bonifica sanitaria, che pur bisogna affrontare con dei provvedimenti, che un sereno e razionale esame può rivelare forse produttivi molto più di altri, ai fini di un risollevamento dell'economia agricola italiana.

È un elemento di più che si offre alle sfere della finanza pubblica, perché anche in Italia si comprenda in pieno la portata economica della funzione sanitaria.

XII. — ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Nel dicembre dello scorso anno, compiendosi 25 anni di vita dell'Istituto Superiore di sanità, convennero a Roma da tutte le parti del mondo direttori e docenti dei vari Istituti di sanità di altre nazioni. Parole di unanime consenso furono rivolte a questo Istituto italiano, che da tutti fu riconosciuto uno dei migliori e per l'attrezzatura e per le persone di alto valore scientifico che vi lavorano e per le ricerche che vi si compiono.

Ciò è dovuto all'intelligenza e alla tenacia di chi, come il prof. Marotta, ha voluto e saputo realizzare un'opera che ha messo l'Italia in prima linea nelle competizioni internazionali.

I compiti dell'Istituto Superiore di sanità sono molteplici e tutti di grande importanza. All'Istituto difatti è affidato per legge il grave e delicato compito del controllo dei più svariati prodotti e dell'esame dei progetti per la costruzione di opere pubbliche attinenti alla sanità.

L'insegnamento trova posto nell'Istituto con i corsi indetti dal Ministero della sanità per medici provinciali, ufficiali sanitari, laboratoristi, e, in sede internazionale, da corsi indetti dalla Organizzazione mondiale della sanità, la quale con l'Istituto collabora attivamente giovandosi per risolvere problemi importanti e delicati dell'opera di docenti dell'Istituto stesso.

Ma al di sopra di tutto il lavoro di esame e di controllo, sovrasta la ricerca scientifica, svolta nei più svariati campi che interessano nel senso più lato la salute pubblica. Alla ricerca scientifica dedicano la loro attività scienziati di grande valore, taluni dei quali hanno avuto le più grandi ricompense scientifiche: dalla nomina a professori universitari, al riconoscimento mondiale del Premio Nobel (professore Bovet e professore Chain), alla nomina a soci della Pontificia Accademia delle scienze, dell'Accademia nazionale dei XL, dell'Accademia nazionale dei Lincei.

Non è errato affermare che l'Istituto Superiore di sanità è in tutto paragonabile alle Università e, in scala internazionale, all'Istituto Pasteur di Parigi, al Bundesge-

sundheitsamtes und Leiter des Robert Koch Institutes di Berlino, al National Institutes of Health di Bethesda, U. S. A., al National Institute for Medical Research di Londra.

Tutti i lavori scientifici vengono pubblicati in periodici stranieri, oltre che nei rendiconti dell'Istituto Superiore di sanità, che ogni anno costituiscono un volume di circa 1.500 pagine. Le ricerche ritenute più importanti vengono pubblicate in lingua inglese in un periodico dal titolo « *Scientific Reports of the Istituto Superiore di sanità* ».

Per quanto attiene ai controlli, l'attività del 1959 si riassume in queste cifre:

prodotti alimentari e bevande	N.	2.550
prodotti farmaceutici, disinfestanti, penicilline, ecc.	»	4.000
accertamenti serologici, leptospirosi, ecc.	»	21.000
microanalisi	»	5.694
pareri per privative industriali e pareri vari	»	515
arsenobenzoli, curaro, curarosimili, insuline ecc.	»	183
catgut	»	402
sieri, vaccini, ecc.	»	200
tarature radio, schermi radiologici, ecc	»	740

Furono inoltre esaminati progetti di fognature, acquedotti, ospedali per un importo di 75 miliardi e 385 milioni di lire. Fu data ospitalità nei dieci Laboratori dell'Istituto e nel Centro internazionale di chimica microbiologica a un centinaio di studiosi italiani e stranieri, convenuti da ogni parte del mondo.

È ovvio che le accresciute necessità e le continue pressanti richieste di intervento dell'Istituto anche all'estero (un Laboratorio di virologia in Asmara è attualmente diretto da un docente dell'Istituto) richiedono mezzi finanziari maggiori di quelli di cui l'Istituto gode. Né vanno trascurate le esigenze di riordinamento giuridico e di trattamento economico dei ricercatori, la cui importanza nella vita dell'Istituto diventa sempre più fondamentale, con l'accentuarsi dei suoi compiti di ricerca scientifica.

Nel bilancio del Ministero della sanità, a favore dell'Istituto figura la somma di lire 2.564,8 milioni (150,4 milioni in più dell'esercizio precedente). Di tale fondo lire 1.321,7 milioni sono destinati ai pagamenti di stipendi ed altri assegni al personale, mentre per il funzionamento restano lire 1.243,1 milioni. Ma anche da questa somma vanno detratte le spese per pagare il personale incaricato ed i borsisti ed altre spese di carattere generale onde, per il funzionamento vero e proprio resta un fondo di circa 900 milioni. Con tale somma l'Istituto deve provvedere al mantenimento di dieci laboratori, di un grande parco zoologico, di una fornitissima biblioteca, di una grande officina meccanica e di laboratori di fotografia e disegno.

Già in altra occasione il Parlamento ha chiesto il raddoppio dei 900 milioni oggi assegnati nel bilancio dell'Istituto per il funzionamento e tale richiesta viene oggi rinnovata nell'interesse del Paese che con sicura fiducia guarda all'opera silenziosa e costante di quanti collaborano e contribuiscono al prestigio della Patria e al progresso della scienza.

XIII. — PER UNA MODERNA POLITICA SANITARIA

Questo terzo bilancio della sanità trova il giovane Ministero lanciato in una complessa serie di iniziative di riordinamento e di rinnovamento, alcune già messe in atto, altre già pervenute ad una maturata fase di preparazione.

Lavorano a questa numerose Commissioni che rappresentano l'apporto di esperti e di organizzazioni interessate ai vari argomenti, come democratica collaborazione di forze esterne all'Esecutivo e al Legislativo.

Questo bilancio trova il Ministero impegnato in tentativi di ampliare la sua attività con un affiorare della tendenza a far coincidere la sfera del proprio influsso con quella dell'intera sanità italiana.

Perciò questa relazione ha ritenuto di non poter circoscrivere l'esame alle sole voci contemplate dalle usuali impostazioni di bilancio. Né ha pensato che fosse suo compito limitarsi a registrare i pur notevoli traguardi raggiunti ed a fiancheggiare l'azione dello stesso Ministero nell'illustrare al Parlamento la necessità di altri stanziamenti, per superare le deficienze ancora in atto in alcuni settori di stretta tradizionale competenza.

Anche tutto questo si è cercato di fare, con somma diligenza, pur riconoscendo le lacune in merito ad alcuni argomenti o completamente omessi (ad esempio attrezzature e concorsi ospedalieri, le arti sanitarie ausiliarie, la propaganda sanitaria, i rapporti internazionali, l'attività dei servizi veterinari.

l'assistenza geriatrica) o insufficientemente trattati (per fare un solo esempio: i problemi delle farmacie).

1. *Verso un sistema di sicurezza sociale.*

Per mettersi in sintonia con l'incipiente apertura del Ministero verso più ampi orizzonti, questa relazione ha ritenuto doveroso allargare lo sguardo a tutto il campo della sanità pubblica nazionale, senza però avere la pretesa di dir tutto e dir sempre esatto. È appena un inizio di lavoro, che va sviluppato ed approfondito per rilanciare davanti alla coscienza della comunità nazionale:

a) l'esigenza di unità e organicità nella direzione di questo vitale settore pubblico;

b) il senso della presenza e preminenza degli aspetti sanitari in tutte le attività sociali;

c) il profondo valore oltre che umano, anche economico di una previggente moderna politica sanitaria.

Tutta la relazione ha cercato di prospettare i vari lati del fenomeno sanitario forse più in quantità che in qualità, appunto perché ha voluto cercare costantemente l'elemento d'interesse produttivistico nel preparare una ragionata e persuasiva rampa per questo triplice rilancio.

Non può però dimenticare, prima della conclusione, una considerazione al di fuori della sfera economica. Una considerzione sul valore più intimamente umano del fenomeno sanitario – la sofferenza dei nostri simili – è l'urlo che non ci lascia fermi in una sentimentale e superficiale compassione. Ma attivamente ci muove ad una operosa solidarietà fraterna, ispirata alla realtà di una comunità umana, in cui, per dirla con Paolo Apostolo, « se un membro soffre, tutte le altre membra soffrono con lui » (1).

E se questa verità vale per tutti, credenti e non credenti, ce n'è un'altra ancora più profonda. Essa impegna in particolare i cattolici, ai quali il Cristo dice: « Ero malato e Mi avete visitato » (2).

O sono verità teoriche lasciate ai « momenti religiosi » o vengono a permeare la nostra vita privata e pubblica. Verità di questo genere concorrono decisivamente a costituire la nostra volontà politica, a determinare al disopra degli strumentalismi episodici le nostre scelte morali, a chiedere alla nostra responsabilità pubblica una priorità nei problemi ad affrontare secondo una gerarchia di valori, dai quali un politico ispirato al Cristianesimo senta caratterizzata la propria vocazione sociale.

È questo che si ricorda a un Governo di cattolici, impegnati ad essere tutti insieme il buon Samaritano di questa società.

È per questo che qui si dirà di non condividere l'espressione generalmente usata – e ripetuta anche da cattolici – sull'evoluzione dei tempi, i quali richiederebbero « che dalla carità si passi alla giustizia ».

Senza carità ogni vivere in comune sarebbe un armistizio e ogni giustizia sarebbe un equilibrio di egoismi.

Si dica piuttosto che da una carità che sia prerogativa di alcuni pochi inimitati generosi volontari, si deve passare ad una carità che sia di tutta la società e, in un solidarismo attivo, strutturi giuridicamente la vita dei popoli alla ricerca ordinata di tutte le sofferenze e di tutti i bisogni, per prevenirne razionalmente l'insorgenza e, una volta insorti, essere pronti organicamente alla liberazione.

È insomma la « carità sociale », valida in questi tempi più che mai. Essa è l'anima della giustizia sociale e, ispira – lo sappiano o no – tutti quelli che tenacemente pensano di affrettare il cammino per un sistema di sicurezza sociale.

Su questo cammino anche lo Stato italiano si è abbondantemente inoltrato. Da tutti ormai « alla sicurezza sociale si guarda con fiducia ed entusiasmo illimitati », anche se qualche volta « equivoci e pericolose illusioni » sorgono per una errata prospettazione del suo vero significato (1). Tutte le forze organizzate sollecitano. La C. S. I. L. ha studi profondi in materia (2). La C. G. I. L. ha trasformato i suoi studi in una proposta di legge (3). I partiti includono tutti questo punto nel loro programma e la D. C., nel documento già qui citato afferma che « attraverso un superamento dell'attuale sistema assicurativo intende realizzare un completo e

(1) *1. Cor.*, XII, 26.
(2) *San Matteo*, XXV, 36.

(1) Cfr. in proposito la acuta esposizione di M. Pasquini: *La sicurezza sociale*, ed. « Studium », 1960.

(2) Cfr.: *Dalla previdenza alla sicurezza sociale*, Roma 1957; *La sicurezza sociale e il Sindacato*, Roma 1958, a cura dell'Ufficio Studi C. I. S. L.

(3) NOVELLA ed altri: *Delega al Governo della Repubblica per l'attuazione di un sistema di sicurezza sociale*, (C. n. 2413).

più moderno ed organico sistema di protezione sociale ».

Si ritiene di poter dire che giungere ad una integrale protezione sanitaria della popolazione significherebbe attuare buona parte, e forse quella basilare, di un sistema di sicurezza sociale.

Sono quindi delle grandiose mete umane, economiche, sociali, che la Sanità può indicare alla Nazione intera, ponendo in forma sempre più precisa l'istanza di una tutela sanitaria completa del nostro popolo.

2. — *Il Piano Bianco.*

L'attuale Ministro del bilancio dichiara: « è arrivato il momento della programmazione generale ». Mentre sono in corso gli studi relativi, sarà bene ricordare l'esempio della Francia che, nel suo quarto Piano di sviluppo, secondo l'illustrazione data dal Commissario generale Pierre Massé nel giugno scorso, prevede un gruppo di obiettivi per il miglioramento delle condizioni di vita dei francesi. Fra tali obiettivi c'è anche un « importante programma sanitario ».

Nella discussione del bilancio davanti al Senato si è parlato di un « Piano Bianco ». Occorre che l'idea prenda quota e slarghi l'orizzonte e offra ai responsabili della accennata programmazione generale la problematica sanitaria, con tutta la sua costruttiva rilevanza produttivistica e col patrimonio di valori sociali ch'essa comporta.

Un « Piano Bianco » può essere lo strumento per approfondire lo studio delle condizioni sanitarie del nostro popolo, programmare una serie di interventi a completamento e rinnovamento delle strutture e dei servizi, portare il nostro sistema di protezione sanitaria al livello delle Nazioni più progredite.

Oltre ad affrontare un programma di edilizia e di attrezzatura ospedaliera, come in genere si chiede, un Piano Bianco deve affrontare il problema di fondo della *estensione dell'assistenza sanitaria all'intera popolazione*. Superare la visione settoriale delle pur nobili conquiste finora raggiunte dalle varie categorie, chiamare a raccolta tutte le forze che a linee sparse oggi operano nel campo della medicina pubblica, fondere in una nuova produttività tutti i mezzi finanziari oggi disponibili: tutto questo è opera ed impresa non di un solo Ministero, mentre solo nell'annunciata programmazione generale può trovare considerazione e soluzione.

Sopratutto vanno studiate le prospettive – ormai per forza propria affioranti – di un'assistenza sanitaria, che già oggi è pervenuta ad interessare l'85 per cento del nostro popolo.

Il passo alla totalità è breve, anche se è necessario inquadrarlo in una riconsiderazione generale di tutta la materia.

Una volta infatti che si giunga ad aprire l'orizzonte su tutto il popolo, cadono le settoriali impalcature mutualistiche, come documentando ragiona il Pasquini in un particolareggiato e profondo studio (1) destinato a rimanere non senza seguito fra gli studiosi di questi argomenti. Si aprono invece problemi di intervento dell'intera società organizzata, cioè dello Stato, per assicurare l'assistenza ospedaliera e specialistica a tutti, con aggiunta di quella medico-generica, farmaceutica ed economica alle sole famiglie con redditi più bassi.

Si avrebbe così uno sforzo di solidarietà collettiva, per cui non sarebbero le categorie più dotate a darsi un'assistenza mutualistica più elevata. Questa potrebbe farsi come integrazione dei singoli o del settore. Ma lo sforzo generale della comunità sarebbe quello di assicurare a tutti un minimo, commisurandolo non alle capacità contributive di ciascuno, ma bensì allo stato di necessità in cui ciascuno viene a trovarsi.

XIV. — CONCLUSIONE

Onorevoli colleghi, con animo appassionato e con tutte le forze possibili il vostro relatore ha cercato di rielaborare tutto quanto ha potuto intorno ai vasti, complessi, delicati fenomeni sanitari, offrendo dati statistici, elementi di giudizio, osservazioni e proposte al vostro sereno esame. Ha cercato anche di interpretare l'unanime istanza a che vie ben più ampie e nuove si aprano al Ministero della sanità, che nel suo breve periodo di vita autonoma ha posto mano a una vasta azione innovatrice, con un dinamismo che gli va riconosciuto, anche se troppi limiti giuridici ed economici ne riducono oggi l'efficacia.

Questa relazione, interpretando anche i sentimenti più volte esposti e dal Ministero e dalla Commissione d'igiene e sanità unanimamente, ha cercato di offrire argomenti a sostegno delle richieste di potenziamento del bilancio della sanità. In tale modo l'in-

---

(1) PASQUINI MARIO, *Linee programmatiche per una riforma del sistema previdenziale*, Pavia, 1961.

tero Parlamento, oltre a meditare sulle obiettive esigenze di una moderna politica sanitaria, potrà anche apprezzare in tutti i suoi effetti sociali ed economici un programma di spese, che tenga maggior conto della necessità di tutelare, con l'efficienza fisica del lavoratore, l'efficienza delle stesse strutture produttive della società.

Ora al relatore non resta che augurarsi un sereno dibattito che, senza trascurare l'esame, sia pur critico, della situazione attuale del bilancio, rappresenti un contributo decisivo ed esprima il più largo assenso ed incoraggiamento all'azione dignitosa, che il Ministero della sanità sta conducendo, per porre i problemi della sanità pubblica nel cuore della problematica sociale della giovane democrazia italiana.

SORGI, *Relatore per la maggioranza.*

RELAZIONE DI MINORANZA

PREMESSA

CONSIDERAZIONI SU ALCUNI DATI COMPARATI DEL BILANCIO DELLO STATO

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Quest'anno la discussione nella XIV Commissione sul bilancio di previsione della sanità, per l'esercizio 1961-62, è stata ampia, impegnata ed elevata, forse come non mai.

Colleghi di differenti parti politiche sono intervenuti portando la loro specifica esperienza, facendosi voce di diverse esigenze e problemi, ma una nota comune ha caratterizzato tutti gli interventi: la critica alla politica sanitaria del Governo, all'insufficienza dei mezzi destinati alla sanità, allo stato di minorità in cui viene tenuto il Ministero della sanità ed in modo particolare la critica allo stato attuale di disagio della vita ospedaliera.

Un contributo decisivo all'avvio di questa discussione franca e all'approfondimento dei problemi sanitari è stato dato dall'ampia relazione del collega onorevole Sorgi.

Volentieri noi riconosciamo che il relatore di maggioranza non ha taciuto che pochi dei grandi problemi della vita ospedaliera e dei nuovi problemi sanitari che sorgono nell'epoca nostra.

L'onorevole Sorgi non ha taciute neanche le cause più prossime di tanti ritardi, di situazioni paradossali come ad esempio le gravi difficoltà economiche degli ospedali causate anche dalla politica delle mutue nei loro confronti, nè la confusione esistente nel campo mutualistico coi 16 enti ai quali è demandato il compito dell'assistenza, il disordinato ed irrazionale sorgere di ambulatori, la mancanza di un adeguato riconoscimento dei compiti degli enti locali nel campo sanitario e così via, anche se in Commissione ha sorvolato il problema dei prezzi dei medicinalti.

Nella relazione dell'onorevole Sorgi non manca neanche un invito al governo e al Parlamento ad una visione organica, « supersettoriale » dei problemi, anzi fornisce alcuni elementi per una politica sanitaria globale. Segno questo che le cose sono giunte ad un punto insostenibile.

La nostra parte valuta con rispetto il nobile sforzo compiuto dal collega Sorgi. Esso costituisce un contributo di idee e di dati utili per tutti coloro che hanno a cuore la salute del popolo italiano e vogliono sforzarsi di adeguare i presidî sanitari alle sue necessità.

Ma pure valutando positivamente questo contributo – che si distingue da precedenti relazioni conformiste e prive di elementi critici – la nostra parte non può concordare con le conclusioni generali, prive delle necessarie considerazioni politiche in connessione ad altri dati generali del bilancio dello Stato.

Per queste ragioni e per portare anche noi un contributo alla discussione, il nostro Gruppo ha deciso di presentare una relazione di minoranza.

In primo luogo va tenuto presente che la coscienza pubblica comincia a valutare meglio l'importanza dei problemi sanitari e ad esigere una politica nuova.

Da alcune parti si va affermando che la causa di tanti nostri ritardi nel campo sanitario sia da ricercarsi nel disinteresse dell'opinione pubblica, nell'apatia dei malati stessi. Questa tesi è stata affacciata purtroppo anche dal senatore Criscuoli, relatore di maggioranza al Senato.

Questa spiegazione deve essere respinta perché troppo si allontana dalle vere cause dei disordini in campo sanitario.

La realtà è diversa in primo luogo perché noi assistiamo frequentemente a ricorrenti campagne di stampa che denunciano disorganizzazione, inesperienza, insufficienza di mezzi, mancanza di vigilanza, scarsa assistenza ai malati nel campo ospedaliero e speculazioni sui prezzi dei medicinali coinvolgendo tutti gli istituti e tutte le persone.

È vero che queste campagne vengono iniziate in occasione di gravi fatti, come quando cittadini muoiono per non essere ricevuti al pronto soccorso, o per i decessi avvenuti all'ospedale di Napoli a seguito di trasfusioni, o in occasione del deprecabile incidente per anestesie all'ospedale di San Giovanni a Roma o per l'errore di una diagnosi come recentemente è avvenuto al Policlinico a Roma che è costata la vita ad un giovane di 27 anni. Alcuni giornali di Roma e Milano sono usciti con titoli a otto colonne di questo genere « In Italia è proibito ammalarsi»; «Al San Giovanni ciascun chirurgo opera 10-15 volte al giorno», ecc...

È vero che questi interventi della stampa sono fatti con criteri puramente giornalistici, che sono privi di una visione organica del problema e coinvolgono nella critica indiscriminatamente tutti gli amministratori, tutti i sanitari e tutto il personale, ma è pur vero che partono dalla constatazione di fatti oggettivi e finiscono per accrescere la sfiducia del pubblico verso istituti ospedalieri.

Ed è pur vero che la stampa e l'opinione pubblica non conoscono neanche in minima parte la confusione, il disordine e l'immoralità di certe situazioni nelle quali maturano torbidi episodi di cui è occupata in questi giorni la magistratura a Firenze.

D'altra parte la coscienza media del cittadino è oggi più elevata, anche perché ormai in larga maggioranza si tratta di cittadini paganti, cioè di mutuati che pagano contributi per l'assistenza medica e sanitaria e perciò più esigenti. La coscienza media del cittadino sente che siamo in presenza di gravi contraddizioni, che molte questioni non sono chiare e pulite e che pertanto una riforma generale s'impone.

Alla maturazione di questa coscienza civica hanno contribuito decisamente i sindacati portando il dibattito fra i lavoratori, fra il pubblico e fra i medici.

La discussione sul bilancio della sanità è un momento della discussione generale sul bilancio dello Stato, sulla politica sociale del Governo, sulla destinazione delle entrate dello Stato, anche in relazione allo sviluppo della società. Perciò il nostro esame responsabile deve estendersi alla politica generale del Governo, deve partire dalla conoscenza delle *disponibilità* complessive e delle *necessità* globali del Paese.

Orbene, nessuno può negare che noi siamo di fronte ad uno sviluppo dell'economia e ad un incremento della produzione della ricchezza. Si tratta di uno sviluppo contraddittorio, di incrementi parziali, ma reali.

Nel 1960 la produzione industriale è aumentata del 13 per cento, il reddito nazionale del 7 per cento. Nel bilancio generale dello Stato questo « progresso » si concretizza in un aumento delle entrate dell'11 per cento, portando così ad oltre 4 mila miliardi le entrate dello Stato. Sono i dati che caratterizzano quell'« ascesa » che il Governo ha voluto chiamare « il miracolo italiano ».

Ora, pur lasciando da parte il problema del diverso grado di sviluppo dei settori dell'economia italiana, abbiamo il dovere di esaminare in quale misura e con quale indirizzo sono utilizzate queste maggiori entrate dello Stato.

E qui appunto appare con tutta evidenza la cattiva destinazione delle risorse nazionali.

Per l'esercizio 1961-62 al bilancio della difesa lo stanziamento è stato portato da 674 a 739 miliardi di lire con un incremento del 10 per cento, e per il bilancio dell'interno da 204 miliardi e 592 milioni di lire a 221 miliardi e 573 milioni con un incremento del 9,2 per cento (di questa somma ben 93 miliardi 604 milioni, cioè il 47,80 per cento, è destinata alla pubblica sicurezza). Di fronte a queste cifre stanno quelle del bilancio della sanità che da 51 miliardi passano a 52,692 con un aumento del 2 per cento circa.

Come si fa a non riconoscere la grave responsabilità che si assume il Governo con queste scelte? Si è detto che il Ministro Giardina avrebbe chiesto un aumento di 25 miliardi. Questo stesso aumento, anche se fosse stato concesso, il senatore Cruscoli ha dichiarato sarebbe stato inadeguato, ma a noi si pone doverosa la domanda; perché il Governo ha accolto le richieste del Ministero della difesa portando ad una cifra iperbolica stanziamenti destinati a sperperare tanta parte delle entrate dello Stato, ed ha respinto quella richiesta dal Ministro della sanità?

La denuncia di questi dati comparati delle poste del bilancio generale dello Stato non l'ha fatta e non la poteva fare l'onorevole Sorgi quale relatore di maggioranza, ma noi non la possiamo tacere.

Se poi, per un momento, estendiamo l'esame agli stanziamenti su leggi non di bilancio abbiamo nuova conferma degli indirizzi della politica governativa degli investimenti.

Basti pensare alle centinaia di miliardi spesi per le autostrade e alla legge n. 3088 approvata il 9 giugno dal Senato, trasmessa

immediatamente alla Camera il 14 giugno e qui subito approvata dalla maggioranza, per la costruzione di autostrade e superautostrade che prevede investimenti per oltre 1000 miliardi ! Un'altra legge sarà presto approvata – lo ha annunciato il Ministro Zaccagnini – per i fiumi con una spesa di 135 miliardi.

Al cospetto di questi provvedimenti, onorevoli colleghi, sta quello presentato dal Ministro della sanità, n. 2763 per la « Concessione di contributi per l'acquisto e l'istallazione di attrezzature ospedaliere » che prevede lo stanziamento di 1,5 miliardi all'anno, ricavato, dalla riduzione degli stanziamenti previsti per i Consorzi antitubercolari !

Nessuno vorrà dire che questi dati non interessano in sede di discussione del bilancio della sanità. Ciascuno di noi è membro di tutto il Parlamento, ha il dovere di superare la visione settoriale, come dice l'onorevole Sorgi, e perciò non può non denunciare questi squilibri.

Ma non si tratta, lo ripetiamo, di squilibri casuali, bensì di scelte fatte dal Governo in rispondenza ai richiami dei grossi gruppi economici italiani.

Alla luce di questi dati vanno viste dunque anche le vicende del Ministero della sanità e della sua evanescente politica, specialmente nel campo ospedaliero e dei medicamenti.

Per questo noi mettiamo anche in questa relazione al centro della nostra attenzione e della nostra critica il problema ospedaliero nei suoi motivi di fondo e quello dei medicinali, che entrambi reclamano una riforma.

PARTE PRIMA

UNA RIFORMA OSPEDALIERA PER UNA NUOVA POLITICA SANITARIA

1. — La situazione degli ospedali civili.

Ormai è unanimemente riconosciuto che l'ospedale civile deve essere il centro della politica e dell'assistenza sanitaria. Tale convinzione deriva dalla constatazione che negli ospedali si ricoverano la stragrande maggioranza dei malati che intorno agli ospedali vivono la maggioranza dei medici i quali da anni invocano una riforma ospedaliera, che la riforma ospedaliera è richiesta da tutte le organizzazioni sindacali, che della riforma ospedaliera si parla in tutti i convegni sanitari. Purtroppo la situazione attuale è notevolmente critica come si evince dalle seguenti tabelle:

	1ª CATEGORIA		2ª CATEGORIA		3ª CATEGORIA		INFERMERIE		TOTALE		Percentuale
	Numero	Letti	Numero	Letti	Numero	Letti	Numero	Letti	Numero	Letti	
Piemonte	6	4.622	7	3.512	35	5.303	99	3.576	67	17.013	4,59
Valle d'Aosta .	—	—	1	281	—	—	2	31	3	312	3,15
Liguria	1	3.234	9	4 056	14	2.087	29	1 142	53	10 519	6,41
Lombardia . . .	10	14.808	8	4.418	79	11.567	68	3.759	165	34 552	4,98
Trentino - Alto Adige	—	—	2	1.022	10	1.811	9	757	21	3.590	4,67
Veneto	7	8 600	8	3.636	46	10.592	8	731	69	23.559	6,02
Friuli - Venezia Giulia.	2	3.301	3	1.660	13	2 857	1	31	19	7.849	6,29
Emilia - Romagna	7	7.331	6	2.313	47	6 432	46	2 336	106	18 412	5,07
Marche	1	765	3	993	28	3.229	42	1.391	704	6 378	4,62
Toscana . . .	4	7.288	13	4.735	45	4 552	24	1.100	86	17.675	5,43
Umbria	1	1.034	2	620	10	1.298	12	474	25	3.426	4,17
Lazio	5	5.711	8	1 820	32	2.999	20	494	65	11.024	3,02
Campania	5	3 609	4	1.059	18	1.855	24	851	51	7.374	1,59
Abruzzi e Molise.	—	—	5	1.620	14	1.293	9	418	28	3.331	1,97
Puglia	—	—	8	3.631	23	2.048	32	1.263	63	6.942	2,03
Basilicata	—	—	2	650	2	86	2	70	6	806	1,23
Calabria.	—	—	3	941	10	715	2	78	15	1.744	0,82
Sicilia.	4	3.020	6	2.489	41	3.293	40	1.299	91	10.101	2,13
Sardegna	1	1.154	2	840	8	660	4	98	15	2 752	1,97
ITALIA . . .	54	64.477	100	40.296	475	62.687	473	19.899	1.102	187.359	3,77

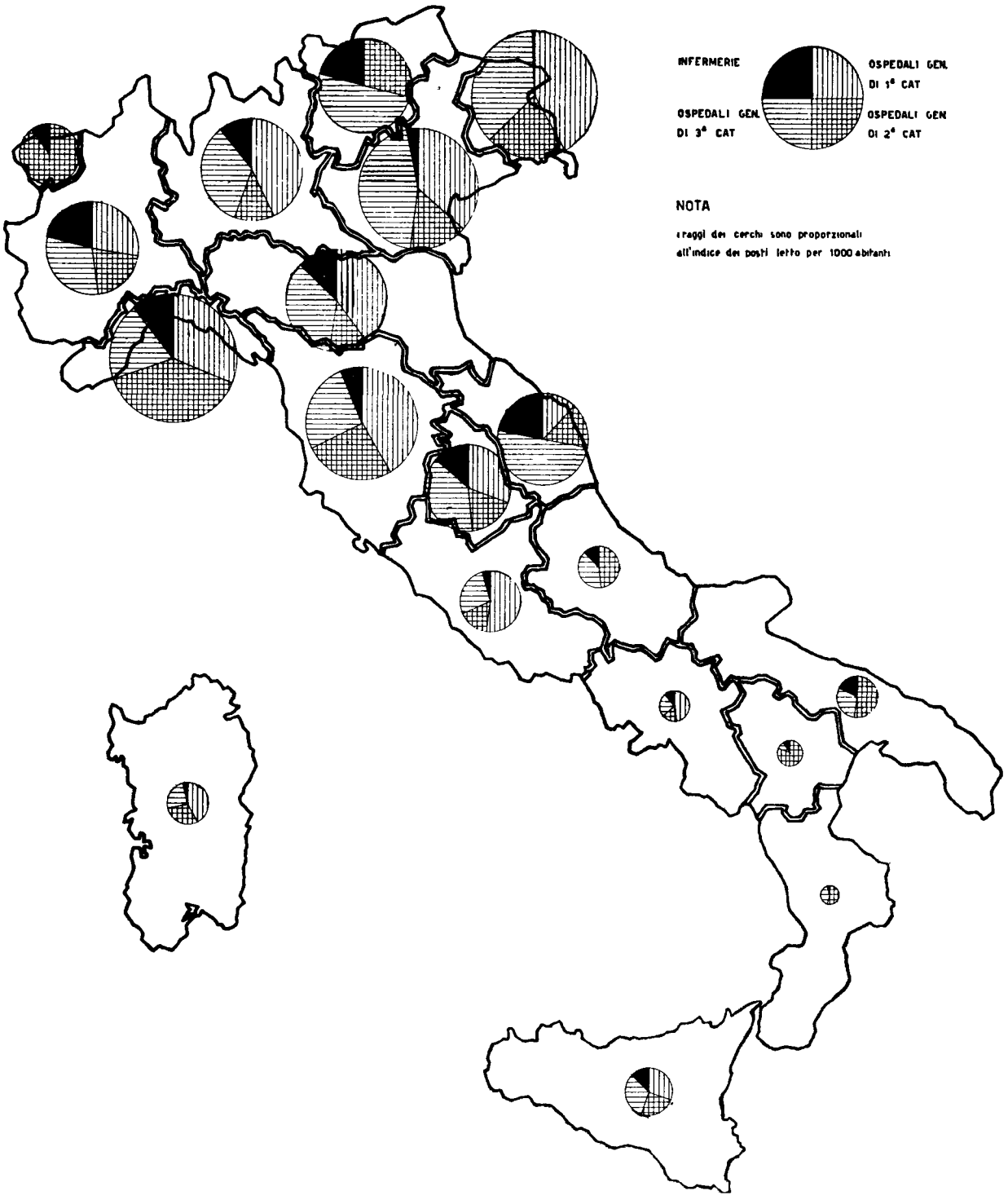
SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 1957

OSPEDALI GENERALI
DI 1ª CATEGORIA



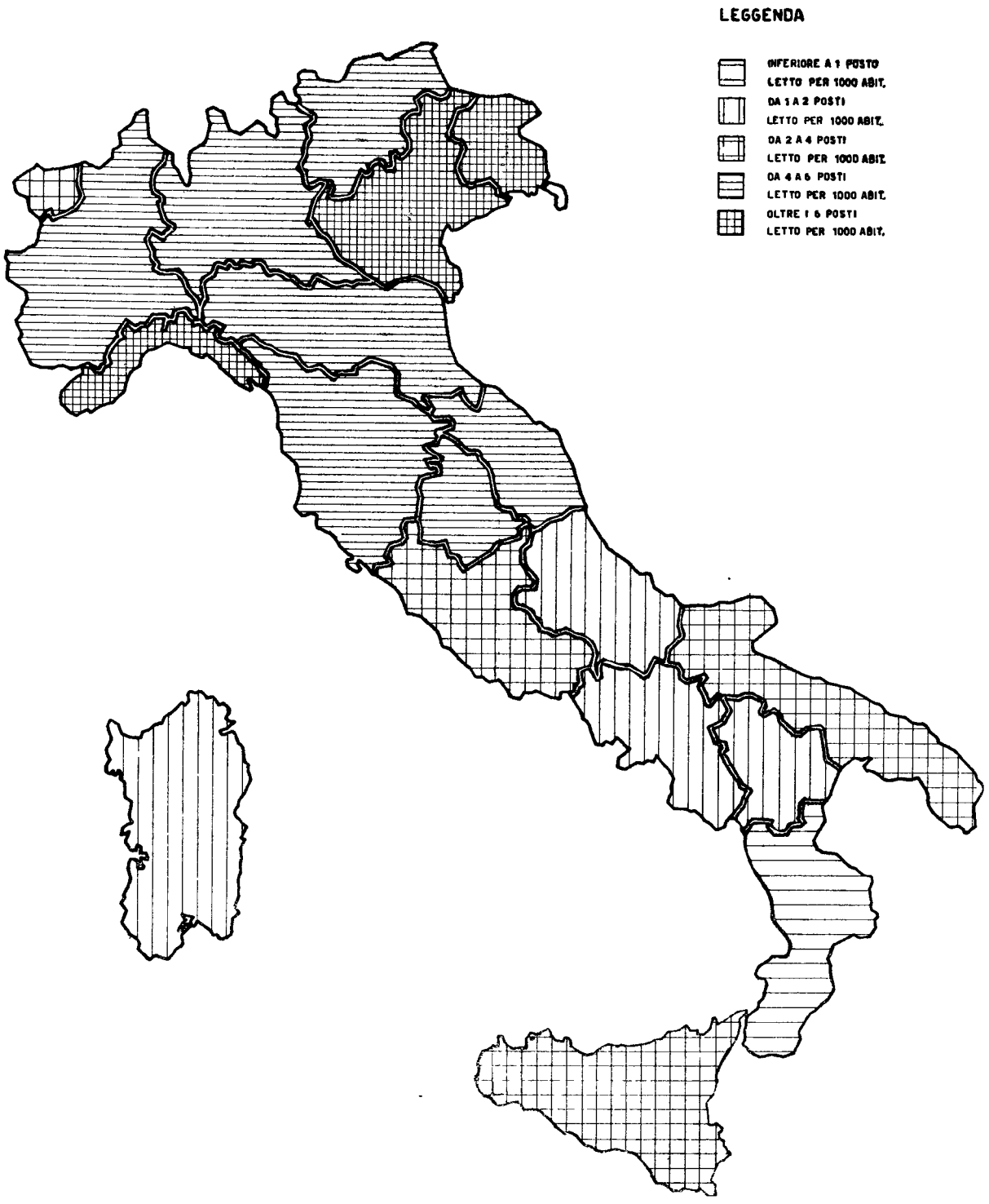
SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 1957

RIPARTIZIONE PERCENTUALE
DEGLI OSPEDALI GENERALI



SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 1957

OSPEDALI GENERALI IN TOTALE



Dall'esame delle predette tabelle risiedono elementi critici che sono ormai di comune dominio e generalmente accettati: mancano 130.000 posti letto per ospedali generali, 56.000 posti letto per ospedali neuropsichiatrici e 26.000 per ospedali specializzati per raggiungere il minimo del 10 per mille indicato dall'O. S M.; esiste una sperequazione regionale che va dal 6 per mille in Liguria allo 0,9 per mille in Calabria senza una tendenza alla riduzione dello squilibrio; si lamenta l'insufficienza delle attrezzature tecniche e scientifiche (ne è prova il tentativo del Ministro di riparare stornando i fondi destinati ai Consorzi antitubercolari); è insufficiente il personale sanitario e infermieristico. Il compito di eliminare l'incivile squilibrio esistente fra le varie regioni italiane costituisce un impegno sociale e morale di primaria urgenza. Esistono località ove veramente è «proibito ammalarsi». come ad esempio nell'Isola di Ustica – dei cui problemi siamo stati informati dal sindaco e che noi stessi abbiamo verificato – ove, mentre si compiono tanti sforzi da parte degli enti turistici per presentarla al turista straniero come un angolo di paradiso, su 1.200 abitanti – oltre ai turisti – non esiste un posto letto, cosicché i malati debbono essere trasportati con la nave a Palermo. E questo non è un caso unico!

Questo stato di cose costituisce una infamante accusa per la classe dirigente italiana. In nessun paese civile esiste una simile ingiustizia. Esisteva nella vecchia Russia zarista ove nel 1913 la Russia propriamente detta disponeva di 1,3 posti letto per mille abitanti mentre il Tagiwistan ne disponeva di 0,4, ma nel 1959 il rapporto era totalmente cambiato, come risulta dalla seguente tabella:

Numero dei medici, degli ospedali e dei posti letto dell'U. R. S. S. nel 1913-1959

	1913	1940	1950	1955	1956	1959
Medici (esclusi i medici in servizio militare permanente effettivo e i dentisti)	23.200	140.769	247.346	310.175	329.442	379.500
Ospedali	5.300	13.793	18.253	24.428	25.178	26.348
Posti letto	207.600	790.900	1.010.700	1 288.900	1.360.800	1.618.100

Numero dei posti letto e dei medici ogni diecimila abitanti nelle repubbliche socialiste sovietiche dell'Asia centrale (nel 1913 le più arretrate)

	Posti-letto				Medici			
	1913	1940	1956	1959	1913	1940	1956	1959
U. R. S. S.	1,3	41	67	76,2	1,4	7	16	17,9
Tagikistan	0,4	30	54	62,0	0,1	4	10	11,2
Kirghisistan	1	26	52	68,1	0,17	4	12	13,3
Turkmenistan	3	44	75	81,6	0,5	7	16	16,8
Uzbekistan	2	32	57	63,1	0,3	4	12	12,7
Kazachstan	3	42	70	78,1	0,3	4	11	12,7
R. S. F. S. R. (*a*)	14,8	43,3	67,8	87,0	1,5	7,4	16,3	18,6

(*a*) Riportiamo a titolo indicativo anche i dati della Repubblica socialista federativa sovietica russa, che nel 1913 era in situazione privilegiata.

Posti-letto per le varie specialità negli ospedali sovietici dipendenti direttamente dal Ministero della sanità dell'U. R. S. S.

	1940	1950	1955	1956
Medicina interna	88.681	164.648	240.448	254.982
Chirurgia	90.230	136.935	175.121	184.760
Oncologia	1.499	12.066	16.163	17.244
Ginecologia	30.823	39.712	52.533	58.604
Malattie pediatriche non infettive	49.682	74.247	100.021	107.013
Oculistica	13.015	15.250	21.268	22.377
Otorinolaringoiatria	6.586	8.341	11.561	12.634
Malattie tubercolari	30.056	72.421	105.350	111.565
Dermatologia e venereologia	14.305	29.258	27.676	27.610
Malattie infettive	91.471	123.770	145.986	148 181
Psichiatria	83.895	70.914	106.487	115.430
Neurologia	8.584	12.951	17.153	18.347
Maternità	107.827	116.306	138.441	142.911
Osservazione	117 897	70.633	54.677	57.158
Non distribuiti per specialità	27.791	33.538	28.849	30.785
Totale	760.843	964.924	1.225.571	1.292.717

(*b*) Le cifre sono riprese dal manuale statistico « La sanità nell'U. R. S. S. » edito dalla Direzione centrale di statistica del Consiglio dei Ministri dell'U. R. S. S., 1960.

Mortalità nell'U. R. S. S. per ogni mille abitanti

1913	30,2
1940	18,3
1955	8,5
1956	7,7
1959	7,6

Non si tratta dunque di un'ingiustizia fatale, ineliminabile, bensì di condizioni createsi storicamente, per responsabilità delle classi dominanti e dei dirigenti politici. Per questo infatti proprio in questi ultimi tempi è in atto sulla stampa sovietica una franca polemica sui compiti della sanità sovietica investendo con la critica lo stesso Ministro e il Vice Ministro (a).

(a) LA PANZARANI: *La situazione sanitaria nell'U.R.R.S.*, Rassegna Sovietica n. 3 1960.

2. — LE PROMESSE DEL GOVERNO.

Alla conclusione della necessità di una riforma, non lo dimentichiamo, sono pervenuti anche uomini della maggioranza e membri del Governo. Tralasciamo di ricordare le affermazioni dell'Alto Commissario onorevole Cotellessa e del Ministro Monaldi, ripetute anche al Senato in occasione della discussione di questo bilancio. Ci limitiamo a citare le affermazioni del Ministro Giardina il quale, mentre riconosceva l'esigenza di una riforma negli ospedali sottovalutava l'importanza del potere degli Enti locali e nascondeva una pericolosa tendenza ad una centralizzazione burocratica che noi consideriamo estremamente dannosa (b).

Nel settembre 1959 al convegno della F.I.A.R.O. a Palermo il Ministro dichiarò

(b) Seduta del 14 Luglio 1959.

ancora di non essere favorevole ad una inchiesta parlamentare poiché tutti gli aspetti del problema erano noti al Governo, il quale era deciso ad operare rapidamente. Contemporaneamente il Ministro dei lavori pubblici onorevole Togni a Ravenna annunciò un piano per 80.000 posti letto per una spesa di 80 miliardi.

Il 18 dicembre 1959 in occasione della discussione delle mozioni sugli ospedali che il nostro Gruppo ebbe il merito di promuovere il Ministro Giardina dichiarò alla Camera: « La riforma ospedaliera sarà oggetto di un disegno di legge, distinto da quello relativo al piano edilizio.

« Mi preme sottolineare che il disegno di legge relativo alla rete ospedaliera stabilirà – e credo che in ciò si avrà il consenso unanime del Parlamento – che il programma relativo alla rete ospedaliera è compito esclusivo del Ministero della sanità. Pertanto nei primi del prossimo anno, come ho già accennato presenterò un disegno di legge per la riforma di tutta la legislazione ospedaliera vigente, ed un disegno di legge per l'istituzione di 133 mila posti letto » (a).

Il Ministro concluse la discussione accettando interamente la nostra mozione.

Il 1959 è stato dunque l'anno delle speranze, delle nuove promesse e delle illusioni, forse per lo stesso Ministro Giardina, per il quale già avevamo previsto le difficoltà e le resistenze.

Ora, alla distanza di due anni, ci sentiamo ben autorizzati a dire che la politica sanitaria del Governo non ha fatto un passo avanti, anzi sono evidenti i sintomi se non proprio della sua estinzione certo della sua mortificazione e della sua impotenza.

Di fatti, per quanto riguarda la più volte annunciata riforma innovatrice la bozza di progetto messa in circolazione è stata aspramente criticata dalla C.I.M.O., dalla F.I.A.R.O., dall'A.N.A.A.O. e dai sindacati ospedalieri. Dunque:

– per quanto riguarda la vertenza fra mutue e ospedali nulla è stato risolto perché gli istituti mutualistici continuano a non riconoscere gli aumenti dal 1959 tanto che il credito degli ospedali resta fermo intorno ai 10 miliardi coi relativi oneri passivi che essi sopportano per ottenere anticipazioni bancarie;

– per quanto riguarda la carriera dei sanitari nessun accordo è stato raggiunto, anzi i medici sono profondamente offesi delle condizioni di instabilità in cui il Ministero vorrebbe mantenerli e sono giunti perfino a clamorose manifestazioni di protesta, come quella attuata a Milano sfilando per la città in camice bianco alla fine del Congresso straordinario dell'A.N.A.A.O.;

– per quanto riguarda la contesa con gli altri Ministeri relativa alle competenze sui problemi sanitari il Ministero della sanità non è uscito rafforzato ma ridimensionato. Per quanto lo riguarda anzi ha mostrato di essere guidato da una concezione rinunciataria ed accentratrice, come è dimostrato dal non avere consentito la rappresentanza degli Enti locali nei Consigli provinciali di sanità e di non gradire un allargamento delle rappresentanze nei Consigli provinciali preposti alla vigilanza delle trasfusioni previsti dal disegno di legge governativo.

Perciò noi da questa tribuna rinnoviamo la denuncia per le mancate promesse, per gli squilibri che permangono e sottolineiamo l'urgenza di una riforma ospedaliera e di una nuova politica sanitaria.

Questo invito, è evidente, viene anche da parte del relatore di maggioranza, ma è necessaria una richiesta più energica e uno sforzo maggiore per ricercare gli aspetti attuali, nuovissimi che rendono urgente questa riforma, sia sul piano sociale sia su quello tecnico-scientifico.

3. — Necessità di una concezione storicistica degli istituti e delle terapie.

In che modo, infatti, si deve misurare l'efficienza di una politica sanitaria e quella dei presidî sanitari in un dato momento della vita del Paese ?

In primo luogo crediamo si debba abbandonare il metodo della comparazione meccanica al passato, dell'autocompiacimento di certi progressi considerando gli istituti e la mortalità secondo un concetto di continuità storica metafisica, oggettiva, antistorica. Non è utile infatti valutare eccessivamente l'importanza della costruzione di nuovi ospedali, di nuovi ambulatori, o il regresso della diffusione della tubercolosi, della peste e del vaiolo. Questo metodo induce alla pigrizia, è infecondo di nuove iniziative.

Noi viviamo in un'epoca storica che vede il verificarsi di profondi cambiamenti. La vita degli uomini cambia e cambiano anche le cause sociali e biologiche della sua morbilità e della sua mortalità così come cambiano le condizioni che possono consentire una sua

(a) Camillo Giardina: *Il problema ospedaliero*, pag. 45.

vita più lunga e più felice. Ma ciò dipende dalla capacità che avrà non l'uomo singolo, da sé, di utilizzare le risorse atte a combattere i mali, ma dalla sensibilità dei politici, dei legislatori, dei sociologi di organizzare in questo momento storico i presidî necessari.

Dunque, l'efficienza di una politica sanitaria e dei presidi sanitari deve essere comparata alle necessità della società contemporanea, guardando all'evoluzione della civiltà e alle modificazioni che intervengono nelle cause di morbilità e di morte, con uno sforzo costante tendente a storicizzare gli istituti sanitari, gli studi, le prevenzioni, le terapie, anche in relazione ai mezzi che la tecnica offre, combattendo ogni pigrizia intellettuale, ogni tendenza all'assopimento del pensiero e all'accettazione dell'intangibilità delle leggi della scienza medica e alla immutabilità degli istituti sanitari.

Non aspettiamo d'avere consumato fino in fondo l'esperienza, fino al logoramento totale degli istituti, fino allo spreco di vite umane prima di essere capaci di creare i presidî adatti !

Le linee di una nuova energica politica sanitaria oggi devono perciò partire dalla conoscenza esatta dei mali che affliggono la nostra civiltà, la nostra epoca, consapevoli che non si tratta di aspetti transitori, ma di sintomi di tendenza che possono andare ad accentuarsi. Così soltanto potremo avere coscienza di ciò che abbiamo bisogno e modificare molti dei nostri orientamenti.

4. — I GRANDI FLAGELLI CHE MINACCIANO LA NOSTRA CIVILTÀ.

La situazione sanitaria del Paese e del mondo non è poi così lieta come potrebbe sembrare dall'esame dei dati relativi alle malattie tradizionali. Sta di fatto che negli Stati Uniti nel 1960 i morti sono aumentati del 6 per cento ed in Italia del 6,9 per cento.

a) *Le affezioni cardiovascolari.*

Una delle prime cause di morte sono le malattie cardiovascolari, vero flagello della nostra epoca. Nel 1960 vi sono stati in Italia 480.849 morti di cui 142 mila per affezione al sistema circolatorio. Si ritiene ormai che tali affezioni aumenteranno perché sono tipiche della nostra epoca. Difatti rispetto alla media annua di 47.388 del quinquennio 1887-1892 sono passate a 142.553 ! Si calcola che esistano in Italia 2 milioni di affetti da vascolopatie. Tali malattie pare che incidano sul reddito nazionale per 200-300 miliardi di lire (per perdita di giornate lavorative, ricoveri, ecc.). F. Gobbato in uno studio pubblicato su *Medicina sociale*, nel quale tratteggia l'importanza medico-sociale delle cardiopatie, rilevando che oggi il 25 per cento degli abitanti dei paesi civili sono colpiti da questa malattia, afferma che si pone il problema del recupero alla vita attiva dei cardiopatici anzichè lasciarli in un complesso di passività che finisce per ledere ancor più la loro salute. La stessa cosa sostiene L. Croce sulla *Rivista di Medina legale e legislazione sanitaria.* Al congresso di studi cardiologici di Ancona nell'aprile 1960 è stato ritenuto che le affezioni cardiovascolari rappresentano la più grave minaccia economica per la nazione. È dunque un problema sociale, che esige un pronto adeguamento dei nostri ospedali.

Come si combattono tali affezioni ? Al Seminario internazionale di epidemiologia di Abbazia, promosso dall'O.M.S., è stata riconosciuta l'importanza della prevenzione: cure preventive, analisi, modo di vita educato. Dalle possibilità diagnostiche e terapeutiche è stato ritenuto dipenda l'evoluzione vicina e lontana della malattia. Di qui l'importanza decisiva delle attrezzature dei centri diagnostici, delle disponibilità di centri specializzati di cura dotati di personale specializzato.

In Italia esistono teoricamente centri per l'accertamento e la cura di malattie cardiovascolari, ma hanno vita stenta, e 25 province ne sono prive.

È necessario perciò realizzare una svolta rapida nell'istituzione di questi presidî. Ma essi non saranno mai realizzati dagli istituti mutualistici, né dalla iniziativa privata. Essi devono sorgere negli ospedali o in collegamento con gli ospedali, e le loro prestazioni devono essere gratuite e facili affinché i cittadini vi ricorrano facilmente e con fiducia.

b) *I tumori.*

La seconda causa di morte è costituita, come è noto, dai tumori; da 12.877 che fu la media annua del quinquennio 1887-1892 siamo arrivati ai 72.687 nel 1959 e ai 76.182 nel 1960.

Anche questa è ormai giustamente considerata una malattia sociale, tipica della nostra epoca, connessa alle condizioni ambientali. A Londra la mortalità per cancro è risultata doppia di quella dei centri rurali. Lo stesso è risultato a Copenaghen.

Anche in Italia le punte più alte si hanno nel Nord. Il professore Monaldi ritiene sia

dimostrato il parallelismo tra l'epidemiologia del cancro e l'industrializzazione.

Ebbene, anche per questo morbo la medicina moderna considera importante la profilassi. I più progrediti Paesi concentrano sforzi e mezzi notevoli nella profilassi, nella diagnosi precoce, nelle cure specializzate di neoplagie. Negli Stati Uniti sono stati condotti studi i quali sono giunti alla conclusione che più di 40.000 persone all'anno muoiono mentre avrebbero potuto essere salvate con interventi precoci. Uno dei più grossi problemi della cancerologia moderna è oggi proprio quello della individuazione precoce dei tumori. Per questo l'Istituto di ricerche radiologiche di Filadelfia ha sottoposto ben 6.137 volontari per 4 anni a radioscopie e controlli periodici allo scopo di scoprire il cancro del polmone. Inchieste ed esperimenti di massa vengono attualmente eseguiti in ospedali di altre città degli Stati Uniti, in Gran Bretagna e nell'U. R. S. S.

Diversi, ma non troppi, studiosi nel mondo che da anni si dedicano ammirevolmente nell'indagine e alla riflessione sulla natura e le manifestazioni del cancro sono andati ormai elaborando orientamenti nuovi basati sulla assoluta necessità delle prevenzioni superando le vecchie concezioni della metodica. Essi infatti hanno dimostrato che la prevenzione basata sull'invito al pubblico a denunciare al medico certi sintomi e manifestazioni di scompensi è un concetto arretrato, inefficace in quanto tali sintomi si manifestano quando lo stadio della malattia ha già raggiunto condizioni di incurabilità.

È stato ormai acquisito che il cancro ha un lungo periodo d'incubazione, una lunga fase silente, asintomatica, ma rilevabile ad un esame attento, complesso.

I sintomi avvertiti dal paziente, hanno scritto Ivanissevich e collaboratori, « sono sempre tardivi rispetto all'inizio delle lesioni e non rispecchiano l'intensità né la gravità di un processo morboso mentre è noto che nel maggior silenzio dei sintomi e di segni possono nascondersi, a volte, lesioni gravi e irreparabili ».

L'indagine di massa per la ricerca del cancro con RX, l'utilizzazione del metodo antoradiografico, la citologia del succo gastrico e vaginale e la rettosignidoscopia hanno aperto nuovi campi d'indagine e di accertamento per l'oncologia.

Applicazioni pratiche di questi nuovi metodi sono state realizzate soprattutto negli Stati Uniti e nell'U. R. S. S.

Serie esperienze sono state riferite da Shilling, da Mosbech e da Sherman e collaboratori al Memorial Hospital, da Ackerman e collaboratori al Department of Surgey of University del Minnesota.

Un serio e metodico impegno, predisponendo di centri dotati e mezzi materiali e medici adeguatamente preparati per quanto riguarda la diagnosi della fase asintomatica, e la chirurgia radicale nella fase d'intervento costituiscono ormai l'orientamento nuovo della lotta contro i tumori nel mondo.

« L'esperienza dei nostri centri – ha affermato Wangensteen – per la ricerca dei cancri asintomatici ci suggerisce in riferimento ai cancri del retto, che se i pazienti si sottometteranno ad un adeguato esame una volta l'anno i morti per cancro del retto saranno inesistenti poiché tanto importante è la ricerca precoce ».

Ma a che punto siamo in Italia in questo campo ?

Crediamo si possa affermare, onorevoli colleghi, con tutta responsabilità che in Italia la lotta contro il cancro non esiste. E non è soltanto questione di mezzi. Si può affermare che non esiste una volontà di portare avanti la ricerca scientifica, la sperimentazione e l'organizzazione capillare della lotta contro i tumori.

Ciò che è avvenuto nella « Lega Italiana per la lotta contro i tumori » e negli istituti da essa dipendenti o ad essa collegati costituisce una pagina molto oscura nella storia degli istituti sanitari italiani. Speriamo che non diventi una pagina oscura anche nella storia della medicina italiana !

La Lega aveva un suo comitato Centrale costituito da membri in parte di nomina, in parte di elezione, ma rappresentanti varie provincie.

La Lega, anche se con orientamenti ancora incerti aveva iniziata un'attività utile: la legge del 1953 assicurò certi contributi all'istituzione, la quale ne assicurò a sua volta una parte alla clinica Sant'Andrea. Ma l'assegnazione di questi fondi segnò l'inizio di una lotta incivile per il loro accaparramento.

La Clinica Sant'Andrea aveva peraltro avviato un coraggioso lavoro di studi, attivato un *Centro per la diagnosi precoce del cancro asintomatico*, organizzato convegni, ricerche, effettuava operazioni audaci, ospitava studiosi stranieri, ricoverava tutti i malati.

Ma contro questa attività si è abbattuta la volontà smobilizzatrice degli esponenti della Lega. È stato soppresso il bollettino di

oncologia, due presidenti si sono dimessi, è stato sciolto il Consiglio e nominato un Commissario nella persona del professore Testa (il quale non si capisce come possa ricoprire tale carica essendo anche presidente dell'E. U. R.), è stato cacciato il segretario, licenziato il direttore della Clinica Sant'Andrea, il professore Vincenzo Russo, che era l'animatore degli studi e delle esperienze operatorie e al quale si devono importanti pubblicazioni sul cancro fra cui una in corso di stampa (*a*) dalla quale abbiamo tratto alcune delle precedenti citazioni per gentile concessione dell'autore.

Attualmente la clinica ha chiuso la sala operatoria e il laboratorio, gli infermieri si sono licenziati. Vi sono ricoverati 70-80 malati i quali non vengono operati per ragioni di economia. Essi sono lì in attesa del decorso . . . naturale del male. Come si spiega tutto questo onorevoli colleghi ? Ragioni di bilancio ? Ma allora il miracolo italiano dov'è ?, nelle autostrade ? Nel settebello ? O negli impianti per gli sports invernali di Cortina d'Ampezzo ? C'è una spiegazione più grave, da ricercarsi in parte nella volontà di soffocare da parte dell'ala più oscurantista della classe politica al potere ogni ricerca audace fatta sull'individuo umano, ed in parte nella coincidenza di interessi professionali inconfessabili di alcuni clinici.

Ciò che manca dunque è un'organizzazione capillare di centri diagnostici con personale specializzato. 12 province italiane sono del tutto prive di centri oncologici, quasi del tutto prive sono la Campania e la Sicilia, importanti centri industriali e abitati ne sono mancanti e poco efficaci quelli esistenti.

Sul piano nazionale esistono, come è noto, 3 istituti: a Napoli, a Roma e a Milano, ma sono insufficientemente dotati e attrezzati

Talvolta malati provenienti da regioni lontane non possono essere ricoverati e quindi debbono attendere il loro turno. Talvolta vengono addirittura raddoppiati i posti letto nelle sale di degenza con i gravi inconvenienti che si possono immaginare, quando invece tutto dovrebbe essere disposto in modo da creare un clima invitante al ricovero e alle cure precoci. Queste condizioni di disagio sono state ampiamente denunciate dal professore Verza, direttore dell'Istituto di Napoli.

La tempestività degli interventi e quella delle terapie nei tre aspetti chirurgico, fisico e medico è decisiva per la salvezza di tante vite umane mentre invece attualmente si ricorre ai ricoveri quando è troppo tardi.

Ciò che si richiede oggi non è l'aumento di piccoli stanziamenti o l'istituzione di nuovi posti letto generici, ma la istituzione presso un numero assai più largo di ospedali di centri diagnostici funzionali e reparti specializzati per cure partendo dalla consapevolezza che questo è uno dei grandi mali che minano l'umanità e contro il quale nessuno sforzo deve essere risparmiato.

c) *I traumatizzati.*

Un altro aspetto caratteristico della nostra epoca è quello delle mutilazioni per infortuni. È uno spreco di vite e uno scempio di parti del corpo umano che impressiona per il suo vertiginoso crescendo. Sembra invece che la classe dirigente consideri fatale questa falcidia di vite tanto i provvedimenti sono empirici e blandi. Tale è il valore della vita umana che a noi sembra che lo stesso Ministero della sanità dovrebbe sovraintendere all'emanazione di norme e alla severa vigilanza del loro rispetto per salvaguardare l'incolumità dei cittadini. Invece non è affatto così.

Secondo le ultime ricerche i traumi per incidenti costituiscono, dopo i tumori e le affezioni cardiovascolari, il nuovo flagello dell'umanità. Lo studio di questo fenomeno è stato oggetto dei lavori della Giornata mondiale della sanità del 1961. Scopo dichiarato era: « Gli incidenti non devono avvenire necessariamente ». Si è constatato che in alcuni paesi gli incidenti uccidono più giovani dai 5 ai 19 anni che tutte le malattie messe insieme.

Eppure questo fenomeno è ancora poco studiato ed esigui sono i provvedimenti per prevenire gli infortuni e per curare gli infortunati.

Le circostanze in cui gli infortuni si verificano si dividono in tre grandi campi: quello del lavoro, quello stradale e quello domestico.

Gli infortuni sul lavoro sono in continuo aumento ovunque. Negli Stati Uniti calcolano che essi siano causa della perdita di 220 milioni di giornate lavorative all'anno. Anche gli incidenti domestici sono in impressionante aumento. In Gran Bretagna è stato calcolato che su 45 incidenti mortali al giorno 24 avvengono nelle abitazioni. In alcuni convegni è stato dimostrato che la casa contiene sostanzialmente tutti i pericoli: gli elettrodomestici, il gas, l'energia elettrica, l'acqua bollente, incendi, strumenti taglienti,

(a) VINCENZO RUSSO – *La prevenzione delle malattie croniche.* – 1961.

bagni, i veleni, ecc., i quali uccidono più bambini che la tubercolosi e la poliomielite. Gli incidenti stradali infine sono in crescendo pauroso. È stato calcolato che nel mondo muoiono 1.000 persone al giorno !

In Italia gli infortuni sul lavoro sono in grande aumento. Nel periodo di 10 anni essi sono più che raddoppiati: nel 1950 erano 650.000, nel 1960 sono stati 1.300.000, con 3.911 morti.

Soltanto nel settore edilizio su 1.000 lavoratori 280 all'anno sono infortunati; 274 sono colpiti da infermità temporanea, 5,17 da inabilità permanente e 0,75 da morte.

Inaugurando l'anno giudiziario il Presidente della Corte d'appello di Roma dottor Arrigo Lanzara ha lamentato l'inefficienza delle norme e della vigilanza degli Ispettorati del lavoro per frenare questi incidenti.

L'ultima sciagura sui lavori per l'autostrada del sole che ha stroncato la vita di tanti operai è uno dei tanti tragici episodi degli *omicidi bianchi*.

Anche per gli incidenti stradali l'Italia sembra abbia conquistato un macabro primato. Essi sono passati da 7.780 incidenti mortali nel 1959 a 8.440 nel 1960, con un aumento di quasi il 10 per cento, mentre negli Stati Uniti è stato del 7,9 per cento.

Le statistiche ci forniscono i seguenti dati:

U.S.A. 5,4 incidenti su 1.000 veicoli;
Francia 6,– incidenti su 1.000 veicoli;
Gran Bretagna 7,– incidenti su 1.000 veicoli;
Italia 12,5 incidenti su 1.000 veicoli.

Ma la realtà della mortalità è assai più grave perché è ormai risaputo che in questi dati sono compresi soltanto i decessi avvenuti sulla strada e non quelli avvenuti in ospedale. Al convegno automobilistico di Milano nel maggio di quest'anno è stato infatti denunciato che i morti a causa di incidenti stradali nel 1960 sono stati 16.000 e non 8.000 circa come risultava dalle statistiche ufficiali.

Ed il ritmo dell'aumento degli incidenti continua a causa dell'incremento della motorizzazione e la conseguente immissione nel traffico di conducenti poco esperti. Nelle prime domeniche dell'estate si sono avuti i primi flagelli. Nella settimana fra il 3 e il 9 luglio abbiamo avuto 63 morti e 240 feriti. Fra il 12 ed il 16 agosto, malgrado gli accorgimenti messi in atto dal Ministero dei lavori pubblici ed il dispiegamento delle forze di polizia stradale per reprimere le infrazioni, abbiamo avuto 86 morti e 250 feriti.

Nel maggio scorso è stato tenuto a Salsomaggiore un *Simposium* su questi problemi il quale è pervenuto a queste conclusioni:

1°) che la percentuale più alta degli incidenti stradali si verifica nel Sud a causa del minor transito e quindi della più alta velocità, a cui sono lanciati i veicoli;

2°) che gli ospedali, ovunque, ma specialmente nel Sud, sono troppo distanti dalle strade di grande comunicazione (20-30 chilometri; (vedi tabella n. 4).

3°) che pochi sono gli ospedali con pronto soccorso efficacemente attrezzati, cioè dotati di attrezzatura trasfusionale (ne sono privi il 44,8 per cento), di strumenti di rianimazione (ne sono privi il 47 per cento degli ospedali di 3ª categoria), e di chirurgia, salvo i centri traumatologici);

4°) che soltanto il 50 per cento degli ospedali dispongono di autoambulanze e quelle esistenti non sono dotate di attrezzature di pronto soccorso. Al primo convegno nazionale di medicina del traffico a Torino il professore Valdoni attribuì grande importanza a questo problema, cioè al pronto soccorso dei traumatizzati sia mediante la tempestiva disponibilità del mezzo di trasporto (proponendo perfino provvedimenti atti a rendere possibile la trasformazione di tutte le auto private in autoambulanze), sia l'efficacia dell'attrezzatura di tutti gli ospedali per il pronto soccorso);

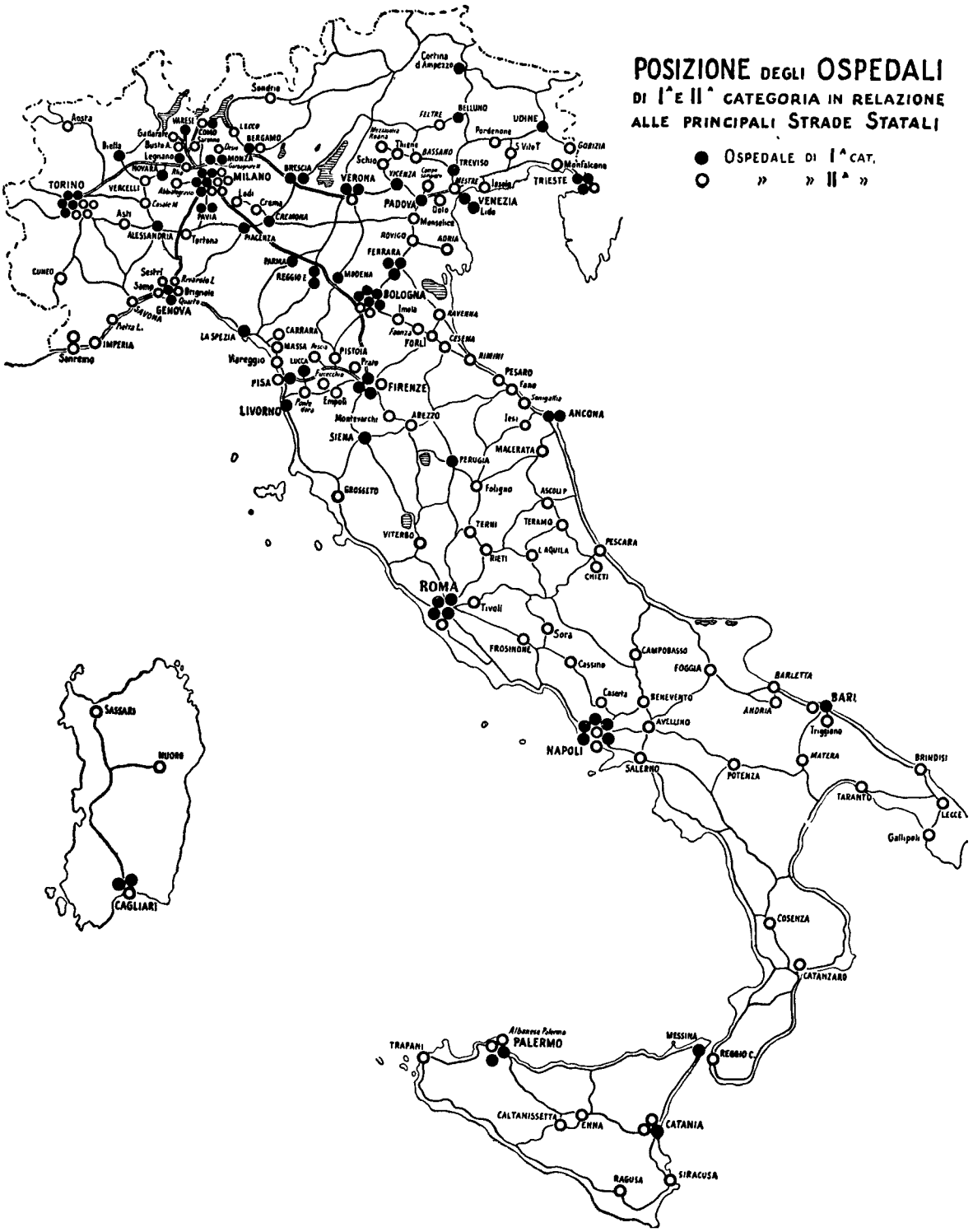
5°) il 73 per cento degli ospedali non è collegato coi centri di medicina del traffico.

Queste circostanze, è stato concluso al *Simposium* di Salsomaggiore, sono le principali cause dell'elevato numero di morti.

Il IV Congresso nazionale belga degli ospedali ha avuto per oggetto questo tema specifico « L'ospedale e le cure urgenti dei traumatizzati ». Il Massart ha trattato su *Orientation Mutualiste*, 1960, questo tema sottolineando l'importanza del pronto soccorso per l'infortunato per il quale sorge l'esigenza non soltanto di salvare la vita, ma la sua validità. Da ciò l'esigenza di specializzazione, di personale medico e ausiliario accuratamente preparato.

È stato ricordato che il pronto soccorso è una grande scuola di pratica medica da tempo immemorabile e che certamente la prima chirurgia dell'uomo preistorico è stato il pronto soccorso.

Ma oggi l'incredibile aumento degli infortuni per cause varie rende necessario più che mai mobilitare tutte le risorse del progresso della chirurgia.


POSIZIONE DEGLI OSPEDALI
DI I^ E II^ CATEGORIA IN RELAZIONE
ALLE PRINCIPALI STRADE STATALI
OSPEDALE DI I^ CAT.
» » II^ »
Cortina d'Ampezzo
Sondrio
Aosta
Varese
Como
Lecco
Bergamo
Belluno
Udine
Pordenone
Gorizia
Monfalcone
Trieste
Brescia
Verona
Vicenza
Treviso
Venezia
Lido
Padova
Rovigo
Adria
Ferrara
Torino
Vercelli
Novara
Milano
Monza
Lodi
Crema
Cremona
Pavia
Asti
Alessandria
Tortona
Piacenza
Parma
Reggio E.
Modena
Bologna
Imola
Ravenna
Forlì
Cesena
Rimini
Pesaro
Fano
Ancona
Cuneo
Savona
Genova
Sestri
Rapallo
Chiavari
Sanremo
Imperia
La Spezia
Carrara
Massa
Pistoia
Lucca
Viareggio
Pisa
Livorno
Firenze
Prato
Empoli
Arezzo
Siena
Grosseto
Perugia
Macerata
Foligno
Ascoli P.
Terni
Viterbo
Rieti
Teramo
L'Aquila
Pescara
Chieti
Roma
Tivoli
Sora
Frosinone
Cassino
Campobasso
Foggia
Barletta
Andria
Bari
Trigiano
Benevento
Caserta
Avellino
Napoli
Salerno
Potenza
Matera
Brindisi
Taranto
Lecce
Gallipoli
Cosenza
Catanzaro
Messina
Reggio C.
Trapani
Palermo
Caltanissetta
Enna
Catania
Ragusa
Siracusa
Sassari
Nuoro
Cagliari

« Ma non si può ignorare che fra il momento in cui l'accidente si è prodotto e il momento dell'arrivo in ospedale è intercorso un intervallo, breve o lungo, ma sempre di importanza notevole sul decorso e sulla prognosi – ha scritto il professore Tommaso Greco – ma è necessario che la raccolta degli infortunati debba avvenire con particolari avvedutezze; che il traumatizzato debba avere, fino dai primi minuti, tutte le volte che sia possibile, alcune provvidenze; che il personale che si dedica a tale attività abbia una semplice ma adeguata preparazione e la televisione potrebbe probabilmente svolgere un utilissimo compito a tale proposito » (*a*).

Ed il professore Greco conclude che i pronti soccorso debbono essere uniformemente distribuiti in tutto il Paese; in massima parte identificarsi con gli ospedali elementari, non a caso ma in funzione della popolazione, in zone particolari di traffico o di lavoro e di grandi fabbriche. Infine l'autore mentre auspica l'istituzione di un centro ospedaliero di zona o di regione afferma che l'ambiente naturale per un completo trattamento dei traumatizzati è il grande ospedale, essendo perfettamente inutile e irrazionale l'istituzione dei « centri » i quali se volessero funzionare bene sarebbero costretti ad assumere la veste di nuovi ospedali poiché il paziente raramente ha una sola lesione bensì si tratta il più delle volte di politraumatizzati bisognosi di ricerche molteplici. Daltronde, il personale medico deve alternarsi ed il pronto soccorso essere parte integrante delle divisioni mediche.

È comunque evidente, onorevoli colleghi, l'importanza che assume oggi, *per tutti i traumatizzati*, il pronto soccorso, l'assoluta necessità della sua efficacia, sia per modernità di attrezzature adeguate alle varietà delle lesioni, sia per efficacia funzionale (disponibilità di personale sanitario e infermieristico, ecc.).

Invece la tendenza che si verifica nei nostri ospedali è esattamente inversa.

La stessa legge vigente che ne dispone la istituzione è anacronistica. L'articolo 11 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, reca: « Tutti gli ospedali devono far funzionare un servizio di pronto soccorso *coi mezzi di cui dispongono*. Nelle città con popolazione superiore ai 200.000 abitanti almeno uno degli ospedali esistenti deve avere un servizio continuativo di pronto soccorso attrezzato per qualsiasi intervento e dotato *quando i mezzi lo consentono* (i corsivi sono nostri) di personale distinto da quello di guardia interna ».

Ora è evidente, onorevoli colleghi, che nell'epoca nostra l'efficienza funzionale dei pronto soccorso non può essere subordinata alla disponibilità dei mezzi. Eppoi, chi è che giudica se i mezzi lo consentono ? Gli amministratori ? Il direttore sanitario ? Il medico provinciale ?

Questa legge parrebbe fatta a bella posta per consentire agli ospedali di sfuggire a all'obbligo istituzionale date le loro condizioni economiche.

Oggi appunto nelle condizioni di dissesto economico, dato che le mutue contestano che spese generali come quelle per il pronto soccorso debbono gravare, nella composizione dei costi, sui ricoverati convenzionati e dato che nessuno integra queste spese agli ospedali le Amministrazione tendono a ridurre al minimo le spese per il pronto soccorso ed elevano al massimo le tariffe per le prestazioni allo scopo di evitare che infortunati di qualsiasi genere ricorrano alle cure di quell'ospedale. Dall'inchiesta dell'A. C. I. è risultato che per molti ospedali gli infortunati in incidenti stradali costituiscono oltre il 15 per cento sul complesso degli assistiti.

Possono più oltre essere tollerate queste situazioni giuridiche, amministrative e tecniche ?

Dall'inchiesta condotta dall'*Automobil Club* è risultato che non tutti i direttori di ospedali sono dello stesso parere circa l'opportunità di lunghi trasferimenti di traumatizzati per giungere ai luoghi meglio attrezzati, ma tutti hanno riconosciuto la necessità di un personale specializzato e di uno strumentario adatto, e che le cause della mancanza di queste attrezzature è da ricercarsi nelle difficoltà economiche.

5. — Il problema degli anziani.

Infine vogliamo sollevare anche il problema degli anziani, di cui si devono occupare la gerontologia e la geriatria, proprio in relazione alla struttura degli ospedali.

È ben noto ai colleghi il progressivo aumento della durata media della vita, tendenza a cui la nostra generazione guarda con interesse non soltanto scientifico, ma anche umano perchè non sono infondate le speranze di poter

(a) *Gli ospedali e l'organizzazione del Pronto Soccorso* T. G. « Ospedali d'Italia e Chirurgia », Settembre 1961.

partecipare almeno in piccola parte ai prodigiosi progressi della scienza medica. Non affrontiamo ora aspetti particolari del problema relativi alle cause di questo allungamento medio della vita (incidenza della diminuita mortalità infantile, ecc.) ma limitiamoci a constatare che oggi sono in vita molti anziani e, quindi, anche la popolazione ospedaliera anziana è assai più numerosa. La loro salute non è più soltanto un problema di solidarietà, ma insieme con questo ha anche un'importanza sociale ed economica. L'incremento della popolazione anziana è geometrico rispetto a quello della popolazione totale. Attualmente la popolazione ammonta a 3 miliardi, nel 2000 salirà a 6 miliardi, ma quale sarà la percentuale dei vecchi?

Nel 1861 in Italia i giovani di 14 anni erano il 34 per cento sul totale, nel 1951 sono il 26 per cento. Nel 1930 le persone di 60 anni costituiscono il 10 per cento, nel 1951 il 12,2 per cento. L'aumento della media della vita dipende quasi esclusivamente dalla diminuzione della mortalità nelle classi giovani. Nei bambini infatti è diminuita del 90 per cento.

Nel 1961, si ritiene che gli ultra sessantenni sono più di 6 milioni e nel 2000 saranno 10 milioni. Dei 6 milioni di vecchi attuali 4 milioni sono pensionati, il 70 per cento dei quali con pensioni al di sotto di 10.000 lire mensili. La maggior parte di questi vecchi sono malati o comunque bisognosi di molte cure, poichè la medicina ha portato avanti anche persone non sane mentre prima avveniva una specie di selezione e sopravvivevano soltanto le forti fibre.

Ma dove vanno a finire questi malati, specialmente i pensionati? Ecco un grosso problema medico-sociale.

I nuovi rapporti che si vanno attuando oggi fra i giovani e gli anziani e i bassissimi redditi di questi ultimi fanno si che frequentemente le famiglie tendono a separarsi dai vecchi e perciò li ricoverano. Questa è una delle principali cause che determinano l'affollamento degli ospedali (sarebbe interessante studiare l'età della popolazione ricoverata in ospedali rispetto al passato). Ma negli ospedali quali cure ricevono i vecchi? Salvo casi di malattie acute essi ricevono cure generiche. La loro vita è spesso peggiore di quella dei reclusi. Purtroppo spesso non protestano neanche i famigliari per la mancanza di cure e per il pessimo trattamento in generale nel timore di doverseli riprendere a casa. Essi sono tenuti nell'inedia in « osservazione », senza interesse scientifico, nell'immobilità che accelera spesso il processo del male e ne provoca l'impiagamento.

Si tratta spesso di cardiopatici di neurolesi, di affetti da afosia da eufisema polmonare ecc.

Ad essi occorrono cure fisico-biologiche attive, di rieducazione per muovere gli arti, usare le parole, per renderli attivi e utili se non al lavoro almeno alla famiglia e alla società.

È un costo economico troppo elevato questo? Il problema non può esser posto in questi termini perchè nessun limite deve esser posto alle spese destinate alla salute del popolo. Ma anche da un punto di vista economico tali cure saranno giustificate socialmente poichè è noto che oggi si può guardare ad una vecchiaia lunga e attiva.

A Washington si è tenuta recentemente una Conferenza internazionale che ha avuto lo scopo di sottolineare come ai vecchi si deve guardare non per una più lunga sopravvivenza, ma per una vita ancora attiva. Per questo è stato elaborato un piano organico per la cura e l'assistenza ai vecchi (*a*). In alcuni paesi sono stati condotti studi particolari, inchieste sulle caratteristiche e le condizioni dei vecchi; si conosce la percentuale delle cadute, delle ustioni delle afasie ecc. (*b*). Sono stati organizzati, specialmente in Gran Bretagna, ambulatori specializzati, cure domiciliari per evitare le spedalizzazioni e quando sono ricoverati si praticano cure attive (gli si insegna a montare sul tram, a cucinare ecc.).

Tali studi hanno ricevuto stimolo ed aiuto dagli ospedali municipali i quali organizzano anche le cure domicilari (*c*).

L'I. N. P. S. ha tenuto in Italia una conferenza durante la quale il dottor Marfori ha riferito su quei lavori della detta conferenza di Washington. Ma è notorio che noi siamo ancora ai primordi.

Non è altrettanto noto invece che i nostri Istituti mutualistici quando si tratta di anziani tendono facilmente a considerarli irrecuperabili e quindi anziché provvedere affinché essi abbiano cure specializzate e quindi dar luogo alla costituzione di ospedali o reparti geriatrici si convenzionano con case di cura

---

(a) *Programs Resources for Older People Report to the President, Federal Conuesil on Agen,y* Washington, 1959.

(b) *Social 2 Medical problems of. the elderly, Kenneth Hazell.*, London 1960.

(c) *Gereatrics, by Card Amulree*, London, Excerta Medica, Jerontology and geriatrics, vol. 2, n. 8 1959.

« specializzate » alle quali pagano rette che non consentono di curare un essere umano. A questa soluzione cui tendono gli Istituti si aggiunge la speculazione delle case di cura « specializzate » nelle quali i medici si vedono raramente, il personale, in maggioranza donne pagate 20-25.000 lire al mese, devono accudire ad un numero enorme di malati anche fino a 100 per ogni infermiera; il vitto è sufficiente per non morire di fame. Rinunciamo a fornire l'elenco di queste tristi aziende commerciali, convinti che i colleghi non le ignorano.

Che cosa aspetta dunque il Ministero della sanità ad intervenire per eliminare questi tristi cronicari, ove entrandovi si ha precisa la sensazione di una società disumana, che non sa organizzarsi in modo da apprestare a questa parte più debole dell'umanità le cure che la stessa società di oggi nel suo complesso può disporre ?

Bisogna dar luogo finalmente all'istituzione di reparti geriatrici negli ospedali e all'istituzione di ospedali geriatrici con mezzi adeguati. E solo con questa organizzazione pratica noi faremo progredire anche la gerontologia.

Per evitare che la nostra società si trovi presto con un'alta percentuale di vecchi inabili, del tutto inutili ed a totale carico della comunità e per evitare ai vecchi stessi di condurre gli ultimi anni della loro esistenza in una indicibile tristezza è necessario affrontare anche questo problema proprio in connessione alla riforma ospedaliera e alla riforma della sicurezza sociale tenendo conto che :

a) è necessaria e possibile un'energica azione preventiva di educazione verso l'uomo ancora sano per ritardare l'invecchiamento e le malattie (arteriosclerosi, alcolismo, enfisema da silicosi, da fumo e da fumi industriali).

b) è necessario e possibile organizzare diagnosi preventive sui primi sintomi con esami oscillografici, esami del fondo oculare, esami completi ecc.

c) è necessario e possibile prestare cure ambulatoriali specializzate presso gli ospedali per ridurre al minimo le spedalizzazioni;

d) è necessario e possibile iniziare l'istituzione di reparti geriatici negli ospedali.

A Firenze sono stati fatti passi importanti con gli studi compiuti dai professori Greppi e Pieraccini ed ultimamente con l'istituzione di un ambulatorio gerontologico esterno presso la Clinica medica diretta dal M. Greppi che è anche Presidente della Società italiana di gerontologia e dal M. Antonini che è incaricato nella stessa clinica. Presso l'ospedale di Santa Maria Nuova è stato pure istituito un centro geriatico comunale per l'accentramento delle malattie della vecchiaia. Ad esso tutti possono rivolgersi gratuitamente per consigli e prescrizioni di cure.

Sono queste le istituzioni più avanzate, ci pare, insieme all'ospedale geriatico comunale di Venezia. È necessario però andare più avanti: istituire primariati, estendere le esperienze di medicina sociale, stimolare la ricerca.

La conclusione a cui ci pare poter pervenire dalle riflessioni suggerite dal breve esame della situazione della morbilità è dunque questa: che nella maggior parte dell'epidemiologia la prevenzione ha un posto decisivo.

Questo ci pare sia anche l'invito, tanto chiaro scientificamente quanto umanamente caldo, rivolto ai medici dal professore Cesare Frugoni con queste parole: « *La clinica rappresenta, per lo più, la fase se non terminale dei morbi, per lo meno la loro rivelazione; ma la malattia prima di manifestarsi si svolge e si ordisce a luci spente nella notte silenziosa dei tessuti.*

Là è la radice dei morbi e là va tempestivamente scoperta e bonificata.

Questo vuole essere uno dei compiti più alti e più proficui cui ognuno deve dare opera diuturna di lavoro, di pensiero e di esperienza » (a).

E poiché, qualcuno ha scritto che la medicina è malata (b) questo invito pare possa essere valido anche nei confronti dei legislatori !

6. — Testimonianze sull'urgenza della riforma ospedaliera.

Ecco perché, onorevoli colleghi, noi ci siamo soffermati su alcuni aspetti importanti della situazione sanitaria, sull'efficienza e la situazione contraddittoria dei nostri nosocomi. Non perché abbiamo particolari competenze scientifiche, ma perché l'urgenza sociale e politica della riforma ospedaliera è indicata dalla stessa tendenza della morbilità e della mortalità il cui dinamismo spesso sfugge anche ad attenti studiosi. Abbiamo detto che al centro di questa relazione avremmo

---

(a) Cesare Frugoni *La Federazione medica*, 1961 Anno XIV, pag. 103.

(b) Giovanni Berlinguer. *La Medicina è malata*, La Terra, 1959.

messo la riforma ospedaliera. Lo ripetiamo affermando che il problema deve essere considerato in modo nuovo, non con una concezione metafisica, ma storicistica vorremmo dire, in stretta aderenza alle modificazioni della società, con perfetta conoscenza dell'evoluzione delle cause sociali della morbilità e della mortalità e con la più moderna concezione dell'azienda ospedaliera e conoscenza dei mezzi che la scienza e la tecnica oggi offrono. Senza riforme adeguate a questa nuova situazione noi non saremo armati sufficientemente per combattere i nuovi flagelli. E fra 10 o 20 anni le conseguenze saranno gravi. E grave sarà la responsabilità politica di chi ha favorito la spesa di migliaia di miliardi per le superstrade e negato pochi miliardi agli ospedali.

Questa visione, è ovvio, manca al grande pubblico al quale sfuggono molti degli elementi negativi del quadro e delle immense risorse potenziali che noi abbiamo a disposizione. Se non fosse così la sua critica sarebbe ancor più severa e precisa di quanto lo è attualmente. Ma, ripetiamo, le campagne di stampa, la sfiducia del pubblico hanno un certo fondamento. Del resto basti pensare che a questa conclusione sono pervenuti anche molti amministratori. A. Consiglio, facendo il punto della situazione ospedaliera italiana, ha scritto che è caratterizzata da questi connotati: antiquata e irrazionale attrezzatura mobiliare, deficienza di attrezzatura scientifica, scarsa preparazione del personale di assistenza, deficienza dell'organizzazione gerarchica, deficienza dell'organizzazione amministrativa. (*a*) Ci pare ve ne sia abbastanza per convincerci che l'organizzazione sanitaria italiana è fuori del tempo!

Altri inviti ed indicazioni erano venuti al Governo e al Parlamento da autorevoli clinici. Ci piace qui riportare un brano dell'articolo « Riforma ospedaliera: punti fermi per chi ha la responsabilità delle decisioni » pubblicato su Ospedali d'Italia – Chirurgia (*b*) la rivista diretta dal Professor Tomaso Greco, impegnata non soltanto nella diffusione del pensiero medico e nella ricerca scientifica, ma anche nella battaglia sociale per una moderna riforma ospedaliera:

« Dalla nascita di questa Rivista – e cioè, a momenti, da quasi un anno – ci siamo sforzati di mettere a fuoco alcuni punti fondamentali della vita e delle necessità ospedaliere, non tanto sotto l'aspetto di un interesse morale ed economico della nostra classe, quanto invece sotto l'aspetto di problema educativo e sociale di interesse sostanzialmente vivo e profondo dell'intera Nazione. In altre parole abbiamo tentato di far comprendere come la soluzione dei non pochi problemi ospedalieri rientri per logica dipendenza nel più vasto quadro di tutta la politica sanitaria italiana ed investa direttamente il problema della preparazione scientifica e pratica della professione medica, il problema della ricerca scientifica applicata alla medicina e il problema, infine, dell'assistenza sanitaria efficace e completa per tutta la popolazione del nostro Paese.

Non è per alcuno un mistero il fatto che la situazione ospedaliera italiana e quella in genere della professione medica abbia ormai da molto tempo gravi difetti ed insufficienze: scontata quindi la indispensabilità di una vasta riforma, questa doveva essere – di necessità – il più possibile completa, comprendendo le necessarie modifiche di tutto il settore sanitario. E ciò spiega, almeno in parte, perchè, alle prime indiscrezioni sulla proposta di legge per il nuovo ordinamento ospedaliero, abbiamo immediatamente fatto riscontro aspre critiche e la corale affermazione della montagna che ha dato alla luce il classico topo.

Noi non intendiamo abbandonarci alla critica facile e indiscriminata. Siamo convinti della bontà delle intenzioni e possiamo anche ritenere valide ed utili alcune proposte. Sappiamo inoltre che un Ministero della sanità che ha la sua ingerenza in un parte soltanto della vita sanitaria del Paese non può non avere limiti ed ostacoli di varia specie ed origine. Ma non possiamo concepire che una riforma ospedaliera, oggi, la si possa fare modificando, sostituendo o sopprimendo alcuni articoli di legge che in parte risalgono al 1938, e in parte addirittura a norme legislative del secolo scorso » !

Chi ha una visione complessiva di ciò che ci occorre e di che potremo disporre, come noi e voi crediamo d'avere, non può non constatare che l'inadeguatezza dei nostri presidî sanitari aumenta.

Ormai l'opinione dei migliori medici, soprattutto di quelli la cui visione non è viziata da limitate conoscenze e deviazioni professionali ma vede la scienza medica e chirurgica in stretta connessione col progresso della società, sono fermamente convinti che

---

(a) CONSIGLIO A., *L'organizzazione ospedaliera in Italia*, in l'Azienda ospedaliera, 1961, 5, 273.

(a) *Ospedali d'Italia* in Chirurgia, Vol. III, N. 4 Ottobre 1960

il più grosso ostacolo alla maggiore efficienza dei servizi sanitari per la salvezza di tante vite umane e ad una maggiore tutela della salute del nostro popolo è data dai limiti economici, dai mezzi materiali, da questa struttura economico-amministrativa degli ospedali e non della scienza. Di fatti, in quanti casi la salvezza di una vita umana dipende unicamente dai mezzi? Non si dice, sia chiaro, che tutto va male e che non vi siano dei complessi ospedalieri modernissimi, e tanto meno che non progredisca la scienza medica in Italia.

Chiediamo che le migliori realizzazioni, le migliori esperienze italiane e straniere siano estese ed utilizzate con criteri organici, per non disperdere e sperperare i mezzi, chiediamo che le vecchie strutture, i vecchi nosocomi, vecchi per vetustà di edifici (moltissimi sono conventi medioevali), vecchi per regola statutaria (moltissimi hanno statuti che risalgono alle volontà testamentarie di antichi donatori), vecchi per l'inadeguatezza dell'attrezzatura (letti, strumentario, biancheria, cucina, ecc.) non debbono essere tenuti in piedi fino alla loro totale consumazione.

Ma è chiaro che i medici, quelli che sentono profondamente l'altezza e la bellezza della loro missione, non possono concepire che un limite alle possibilità di successo del loro lavoro sia costituito da ragioni di economia, dalla politica della lesina che la maggior parte delle amministrazioni ospedaliere sono costrette a fare, sull'esempio del Governo il quale appunto anche in questo esercizio destina 750 miliardi per la « difesa » bellica e soltanto 52 alla difesa sanitaria.

Nonostante le precarie condizioni attuali, e la concorrenza delle case di cura private, assai meno attrezzate dal punto di vista diagnostico e terapeutico, ma alle quali le mutue inviano in genere i malati più semplici e meno costosi, l'ospedale costituisce già ora l'istituto sanitario che offre le maggiori garanzie (e ad esso il pubblico si rivolge sempre di più) e sopporta gli oneri di malati difficili e di servizi pubblici. Nel 1960, infatti, dagli ospedali civili sono state dimesse tre milioni 391.641 persone in confronto ai tre milioni 120.000 persone del 1959, cioè il 9 per cento in più. La riforma ospedaliera si pone quindi come questione di primaria urgenza nel quadro della riforma della sicurezza sociale. A seguito di essa, l'ospedale dovrà sempre più raffigurarsi come il centro propulsore dell'assistenza sanitaria, organizzatore unitario, in un determinato territorio, della lotta contro le malattie, nella profilassi, nella diagnosi e nella terapia.

7. — La ricerca scientifica.

Ma l'urgenza della riforma deriva anche dalla necessità di sbloccare una situazione pericolosa dal punto di vista scientifico. È noto che lo stato d'incertezza degli aiuti e degli assistenti ospedalieri e la posizione di dominio mantenuta da alcuni primari non facilita l'avanzamento dei giovani, la formazione di quadri nuovi. Questo stato di cose insieme all'economia cui sono costretti gli ospedali non facilita la ricerca scientifica, la sperimentazione. Di tutta questa situazione è responsabile lo Stato che non aiuta da parte sua la ricerca scientifica in generale e quindi anche nel campo medico costringendo anche gli studiosi più attenti a seguire con fatica le conquiste dei paesi più progrediti. Daltronde, è noto che il primario, anche col suo indiscusso patrimonio di esperienze e di scienza non ha più oggi la funzione del *patron* di una volta. Oggi è il lavoro di *equipe*, la collaborazione dei gruppi che conta. Se non funzionano i laboratori di analisi, il radiologo, l'anestesista ecc, l'abilità di un uomo soltanto non risolve le situazioni più difficili. Per questo di fatti i primari più illuminati anziché insistere nel mantenere un dominio soffocante e tenere sotto di se anche centinaia di malati si prodigano per moltiplicare le attrezzature, per formare *equipe* affiatate di specialisti. E si presenta quindi il problema della preparazione professionale del medico sollevato anche dalla relazione del collega Prof. Salvatore Barberi al Convegno dei parlamentari medici a Milano il 15 settembre scorso.

La riforma delle norme dei concorsi è pure una necessità scientifica e morale da cui non possiamo più sottrarci.

C'è dunque una concatenazione fra tutti questi problemi che non possono essere affrontati separatamente. La riforma organica e unitaria ospedaliera consentirà di rinnovare molte cose; darà un impulso nuovo al progresso della medicina, renderà più efficienti i presidi sanitari e aumenterà l'assistenza sanitaria al popolo.

8. — Anacronismo della riforma Giardina.

Ora, di fronte all'esigenza di un organico rinnovamento dei servizi sanitari e di una riforma del sistema di sicurezza sociale che appaiono con tanta evidenza, il progetto che

è stato preannunciato dal Ministro Giardina appare antistorico, estemporaneo, grottesco! Alla luce delle riforme in atto in altri paesi e al cospetto di ciò che la tecnica offre e alle concezioni sociali e democratiche che devono presiedere la vita degli enti locali appare perfino improponibile.

Se il Governo non cambierà il suo atteggiamento abbandonando un progetto che non risolve nessuno dei grossi problemi degli ospedali (problemi economici, problemi di stabilità e sicurezza dei sanitari, problemi di struttura democratica), se non proporrà provvedimenti legislativi adeguati per il superamento delle lacune relative ai posti-letto, all'attrezzatura tecnica e scientifica, ai mezzi per lo sviluppo della ricerca scientifica e il rapido adeguamento dei nostri nosocomi alle esigenze della mortalità della nostra società, tutti saranno autorizzati a ritenere che il Governo vuole la decadenza e la rovina degli ospedali civili, così come vuole la decadenza della scuola nazionale unitaria a vantaggio della scuola privata. Non sembri un accostamento arbitrario questo, onorevoli colleghi! L'atteggiamento di alcuni colleghi democristiani di fronte a certi problemi della ricerca scientifica, della sperimentazione, della scienza ha come causa lontana il timore ideologico, l'angoscia per le audaci soluzioni che la scienza dà a tanti problemi che sembrano ridurre sempre più il dominio del mistero, dell'inconoscibile. L'angusta visione del problema della raccolta e della trasfusione del sangue manifestata da alcuni colleghi sembra davvero determinata dalla volontà di frenare l'impiego della trasfusione e mettere un limite a tanti audaci interventi che strappano alla morte esseri che sembravano ormai condannati.

Sappiamo bene che non tutti i colleghi del partito di maggioranza hanno queste concezioni limitate. Sappiamo anzi che molti non soltanto sono uomini di cuore, ma sono anche preparati a riforme fondamentali. Non ci sono sfuggiti certi studi, alcuni interventi di parte democristiana ai convegni di Mondola, ai congressi della F. I. A. R. O., il pensiero del professore Corghi e, infine, la relazione del collega Sorgi. Ma questi pensieri, anche nei loro limiti, sono prigionieri, inoperanti, di fronte alla politica del Governo, la quale, ripetiamo, nel campo sanitario non ha fatto un passo avanti, anzi tende a ridurre sempre più la sfera di azione del Ministero della sanità.

Per quanto riguarda dunque il problema generale noi ribadiamo la nostra posizione di principio che afferma la necessità di una riforma generale della sicurezza sociale la quale deve basarsi sull'unificazione degli istituti, sulla gratuità generale dell'assistenza e sulla sovrintendenza su tutti i problemi che interessano la salute pubblica del Ministro della sanità.

Per questo dunque la nostra posizione coincide pienamente col progetto di legge della C. G. I. L. sul servizio sanitario nazionale.

Per quanto si sappia del progetto che il Governo ha fatto circolare soltanto in alcuni ambienti senza che sia ancora noto al Parlamento, vogliamo soltanto affermare che l'opinione negativa manifestata dai sindacati e dai medici è pienamente giustificata sia per quanto riguarda l'atteggiamento del Governo nei confronti della Commissione investita del compito di elaborare il progetto di riforma, sia per le linee generali che sembrano ispirare la riforma. Ci pare perciò sostanzialmente giusto il documento presentato dal dottor Giorgio Pomezzi, relatore al Congresso straordinario dell'A. N. A. A. O. tenutosi a Milano nei giorni 19-20-21 maggio 1961 (*a*).

9. — Punti cardine di una riforma ospedaliera.

Ci riserviamo di intervenire ampiamente in sede più opportuna, ma anche in questa sede vogliamo brevemente precisare il nostro pensiero.

Una riforma ospedaliera oggi deve avere per cardine i seguenti punti:

a) organizzazione e coordinamento su base regionale allo scopo di coprire tutte le esigenze della regione evitando nel contempo doppioni e sprechi di mezzi;

b) unicità del carattere pubblico e civico dell'ospedale quale ente locale basato sulla elettività dei consigli di amministrazione e l'adeguanento degli statuti;

c) utilizzazione pratica dei patrimoni di fondazioni e Opere Pie per ampiamenti e ammodernamenti dei rispettivi ospedali;

d) nuovi criteri di determinazione delle rette partendo dalle necessità oggettiva delle prestazioni per i malati, senza alcun limite;

e) soluzione organica dei rapporti fra mutue ed ospedali evitando contrapposizioni artificiose e risolvendo in modo unitario i

---

(a) Atti del Congresso straordinario dell'ANAAO: *L'ANAAO e il problema ospedaliero italiano*, pag. 6

problemi dell'assistenza ospedaliera, domiciliare ed ambulatoriale;

f) riconoscimento pieno dell'autorità e delle competenze dei comuni e delle province sugli ospedali, non avendo affatto l'estensione della mutualità diminuito l'importanza della funzione degli Enti locali e sui problemi sanitari locali (*a*);

g) promuovimento, organicamente distribuito, dell'istituzione di ospedali, reparti e centri specializzati là ove si renda necessario;

h) definizione dello stato giuridico del personale sanitario; stabilità di carriera, compensi adeguati, tempo pieno, modifica delle norme per i concorsi;

i) affermazione piena delle competenze del Ministero della sanità su tutti i problemi che riguardano la salute pubblica.

l) definizione e attuazione di un piano organico di edilizia ospedaliera.

PARTE SECONDA

DISCIPLINA DELLA PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEI MEDICAMENTI

Una delle riforme più importanti e più urgenti da adottare, unitamente alla ospedaliera, è senza dubbio, come si è già detto, quella di una nuova disciplina della produzione e distribuzione dei medicamenti.

10. — Caratterizzazione dell'industria chimico-farmaceutica italiana.

Dalle varie fonti, e fra queste anche dalle pubblicazioni della Fharmindustria, si possono ricavare i seguenti dati:

a) l'incasso complessivo annuo per specialità, realizzato da parte di tutte le case produttrici grandi, medie e piccole in Italia (estere e italiane insieme), è di lire 150.000.000.000, corrispondenti a circa lire 250.000.000.000 annui calcolati al prezzo al pubblico che è poi la spesa per farmaci sostenuta dal popolo italiano.

La produzione all'origine di tali vendite è così distribuita: un totale di 1.060 aziende, di cui 40, grandi e medie, producono 2.000 specialità e le rimanenti 1.020 n. 11.000 specialità.

Risulta poi da altre fonti, e tali dati non sono stati smentiti, che solo 4 grandi aziende, quelle associate nella Pharmindustria: Farmitalia, Lepetit, Carlo Erba, Squibb, producono per un fatturato annuo di circa lire 90 miliardi, pari al 60 per cento di tutto l'incasso generale e tutte le rimanenti industrie producono per un fatturato di lire 60.000.000.000 pari a circa il 40 per cento.

b) Queste 4 grandi imprese e poche altre, quali la Recordati e la De Angeli, con gli enormi profitti realizzati hanno impiantato nuovi importanti stabilimenti in varie zone del Paese e all'estero e realizzano in buona parte il controllo delle materie prime e dei prodotti base: la Farmitalia-Montecatini, ad esempio, ha il monopolio della produzione dello jodoformio, della saccarina, del piramidone; la Carlo Erba ha quello della produzione dell'acido canforico, del laudano, della narcotina, ecc.

c) mentre dal 1951 le grandi industrie hanno aumentato enormemente la produzione e i profitti, il numero dei dipendenti occupati è il seguente:

1951	4.628
1955	6.448
1959	9.850
1960	10.158

L'impetuoso sviluppo industriale non ha migliorato che in misura irrisoria l'occupazione operaia. Si può dire anzi che l'aumento della produzione, dovuto alla introduzione di nuove tecniche di lavorazione e al più intenso sfruttamento delle maestranze, non essendo stato accompagnato dalle opportune previdenze e contro gli infortuni e per un miglioramento delle condizioni generali di lavoro, ha portato in alcuni grossi complessi, come la Farmitalia-Montecatini, ad un raddoppio dei casi di infortunio ed a un notevole aumento delle assenze per malattia.

Indicativi e drammatici al riguardo sono alcuni dati emersi in un recente convegno, convocato nel settembre 1961, dei lavoratori della Farmitalia-Montecatini i quali da oltre 3 mesi sono in lotta per la tutela della propria salute.

Delle 40 malattie professionali riconosciute per legge ben 15 sono presenti nella fabbrica.

Su un complesso di 900 operai occupati gli infortuni mensili si aggirano intorno alle 100 unità.

Nel 1960 sono stati registrati 852 casi di malattie con durata media di 18 giorni. È lecito pensare che la stragrande maggioranza di questi casi sia conseguente alla nocività delle sostanze manipolate e dell'ambiente di lavoro. Non pensiamo di essere lontani dalla realtà

(a) ved. *Enti locali, ospedali e riforma sanitaria*, Relazione del dott. A. Maccarone, Presidente della Provincia di Pisa al convegno regionale delle provincie emiliane, 24-25 Giugno 1961.

affermando che anche negli altri stabilimenti farmaceutici esiste una situazione analoga.

I lavoratori in detto convegno hanno avanzato la richiesta di immediate misure legislative atte a tutelare la loro salute.

Tra queste crediamo che tre debbano essere prese in considerazione:

formazione di una commissione paritetica per l'accertamento del grado di salubrità dell'ambiente di lavoro in relazione alle sostanze tossiche adoperate;

riforma dell'istituto della visita medica periodica obbligatoria in modo che sia esercitato un rigido controllo sulla salute del lavoratore;

riforma dell'istituto del medico di fabbrica svincolandolo dalla dipendenza della direzione aziendale in modo che esso possa svolgere con scienza e coscienza la sua alta funzione sociale.

Il convegno nel suo appello finale si è rivolto a tutte le autorità, gli enti e gli organismi preposti alla tutela della salute e in particolare alla nostra commissione richiedendo alla stessa di compiere una nuova visita allo stabilimento.

Noi crediamo che questo appello debba essere accolto.

Da questa visita, attraverso contatti con i lavoratori nei vari reparti, non solo avremo le possibilità di accertare la realtà drammatica delle condizioni di lavoro cui sono costretti i lavoratori della Farmitalia-Montecatini, ma acquisiremo tutte le cognizioni necessarie per riformare sostanzialmente la antiquata legislazione sanitaria in ordine alla tutela della salute dei dipendenti di dette aziende.

11. — Qualità della produzione dell'industria chimico-farmaceutica. La ricerca scientifica.

Negli ultimi 20 anni le scoperte terapeutiche di rilievo sono venute prevalentemente dagli U.S.A., dalla Svizzera e dall'Inghilterra.

Nessun preparato italiano è frutto di sintesi originale a seguito di ricerca scientifica. Dalle ditte italiane non è uscito niente di veramente nuovo in questi 20 anni.

Solo pochissime aziende hanno un laboratorio di ricerca: Carlo Erba, Lepetit, Farmitalia, Recordati, De Angeli, V.I.S.T.E.R.

Ma in questi laboratori si è preferito, perché più conveniente, studiare e riprodurre i migliori ritrovati stranieri, anziché avviare ricerche originali di grande impegno. Sono laboratori pieni di uomini capaci, di attrezzature eccellenti, ma sterili sul piano del progresso scientifico e della competizione internazionale.

Negli ultimi tempi si sono avuti alcuni perfezionamenti di procedimenti già noti, nonché qualche prodotto originale recentissimamente.

Si tratta di prodotti impostati su un ritrovato base, sintetizzato all'estero, arricchiti e modificati nel dosaggio, nell'associazione con altre sostanze; quasi mai si tratta di struttura chimica nuova e di proprietà farmacologiche e chimiche originali.

Ma autentiche ricerche e risultati non vi sono stati nella scoperta di farmaci per combattere le malattie infettive, il cancro, le affezioni reumatiche, le malattie cardiache e nervose.

Da un indagine riservata svolta negli ultimi mesi e conclusa il 30 giugno 1961, risulta che le spese di ricerca sostenute da 16 ditte comprendenti le maggiori, sono ammontate nell'ultimo triennio 1958-1960, a solo 4 miliardi circa.

Non si ha però un solo dato ufficiale e pubblico anche perché non vi sono controlli scrupolosi che li possano fornire.

È presumibile che la stessa cifra di 4 miliardi sia stata maggiorata notevolmente.

È quindi una conferma di quanto abbiamo detto: l'enorme espansione dell'industria chimico-farmaceutica italiana è avvenuto praticamente con scarsissimi oneri perché la ricerca, che è costosissima e comporta anni di lavoro, infinite prove e migliaia di nuove sostanze saggiate, praticamente è stata insignificante.

Pure in altri paesi in cui la ricerca si effettua da decenni, non tutto va bene e si sa che la ricerca stessa è perseguita più al fine del maggior profitto che nell'intento della salute pubblica.

La stesso Senatore Kefauver, nella sua recente inchiesta sulla industria farmaceutica statunitense, lamentava la scarsa attenzione data dall'industria del suo paese alla ricerca anticancerosa e contro altre terribili malattie.

In un Paese poi come l'Italia, dove così poco si è fatto, la ricerca deve essere guidata, potenziata dallo Stato, secondo precisi obiettivi sociali e senza la esclusiva preoccupazione del profitto.

Come ciò sia possibile è dimostrato dall'esempio dei paesi socialisti dove la ricerca è pianificata dallo Stato, secondo precisi obiettivi sociali e dove, quindi, senza preoccupazioni di profitti si sono già, fra l'altro, pre-

parati da tempo 4 prodotti, che sono gli unici con un preparato giapponese a possedere una notevole azione curativa sul cancro. Si tratta dei preparati Tiotef, Sarcolisina, Dogan, Novoembihin.

12. — LE RICHIESTE DEGLI INDUSTRIALI.

Il cosiddetto miracolo economico non ha portato né un adeguato sviluppo scientifico, né un corrispondente progresso sociale, nel senso di ottenere giusti prezzi dei farmaci, ma prevalentemente la moltiplicazione dei superprofitti di alcune grandi aziende nazionali.

Ma la grande industria non si accontenta di simili profitti. I grandi industriali affermano di essere colpiti da tasse pesantissime, che gli sconti agli Enti mutualistici sono insopportabili, che i costi sono altissimi, che non possono più tirare avanti.

Ma come si spiega il tumultuoso sviluppo delle loro industrie, la creazione di sempre nuovi impianti, il capitale rapidamente ammortizzato?

L'obiettivo di tutta la campagna della grossa industria è chiaro ed è stato confessato dai padroni del vapore e dal presidente dell'U.N.I.F.:

a) sospensione dei leggeri ribassi dei prezzi dei farmaci;

b) liquidare « l'illogico sistema dei prezzi di imperio » (i prezzi al pubblico fissati dal Ministero della sanità e il controllo e le riduzioni del C.I.P.);

c) raggiungimento di una più ampia libertà nella fissazione dei prezzi, che probabilmente, sarà ottenibile solo in sede di armonizzazione del M.E.C.

13. — CONSIDERAZIONI SULLO SVILUPPO DELL'INDUSTRIA CHIMICO-FARMACEUTICA.

Nel giro di 10-15 anni l'industria farmaceutica italiana è arrivata come volume di produzione ai primi posti nel mondo senza grandi sforzi ed oneri per la ricerca scientifica.

L'intervento dello Stato, e per quanto riguarda la disciplina della produzione privata e per la produzione diretta o controllata di farmaci di alto valore sociale, è inesistente, se si esclude la produzione di chinino del tutto irrilevante. In pari tempo non vi sono state iniziative per lo sviluppo delle municipalizzate se non per sabotarle in ogni modo creando infinite difficoltà ai Comuni che le volevano istituire.

È dimostrato, quindi, che all'interesse pubblico si è voluto sostituire l'interesse privato. Verso le municipalizzate i vari governi si sono comportati nella stessa maniera del fascismo che nel 1927 adottò il motto: « piano con le municipalizzate e la cooperazione ».

L'esame che da più parti è stato fatto dell'industria farmaceutica mostra come si sia sviluppata una struttura monopolistica che, per l'insufficienza legislativa e per la supina acquiescenza della pubblica amministrazione, ha creato una situazione di arbitrio e di confusione non contraddetta ma confermata dal pullulare delle piccole e medie iniziative aziendali, anch'esse, molte volte, inquinate da questa situazione.

Tale struttura tende rapidamente a consolidarsi e a concentrarsi maggiormente sotto forma di cartello internazionale nell'ambito del M.E.C. e controlla realmente tutto il mercato. Lo sviluppo della grande industria privata non ha però risolto i problemi dei prezzi, della ricerca, dell'assistenza farmaceutica; anzi, in parte ha aggravato tali problemi per cui oggi ci troviamo in un regime caotico, piratesco, sotto tutti i punti di vista. Le non numerose aziende serie si trovano spesso in difficoltà, mentre per gran parte delle rimanenti altre, comprese in una certa misura le piccole e le medie, s'impone l'esigenza di una moralizzazione della loro attività. In sostanza, i mali dell'industria farmaceutica italiana sono il monopolio e, in larga misura, l'eccessiva polverizzazione della produzione specialistica.

Va inoltre rilevato che, mentre vi è stato l'intervento dello Stato nel campo assicurativo, il cui sviluppo è stato ampio e tocca la stragrande maggioranza degli italiani, anche se insufficiente dal punto di vista della qualità, è mancato del tutto o è stato errato nel settore importantissimo dei farmaci. Non vi è campo, in Italia, in cui si siano avuti tanti scandali, ruberie, come in quello dell'industria farmaceutica. E i vari governi democratico-cristiani si sono sempre trovati coinvolti direttamente o indirettamente in questi scandali.

I pirati della salute hanno lucrato miliardi agli italiani, speculando su ogni pastiglia, su ogni sciroppo, su ogni *cachet* e, quel che è più terribile, su ogni farmaco essenziale alla vita umana.

Sono assai vicini al vero coloro che asseriscono (e sono i più prudenti) che in tutti questi anni si è consumata una truffa contro i consumatori, contro gli ammalati non inferiore ai 60 miliardi all'anno.

14. — LA SITUAZIONE LEGISLATIVA.

La situazione legislativa ha favorito l'accrescersi dei profitti e della spesa per medicinali. La situazione legislativa italiana è ferma al testo unico del 1934 che sostanzialmente è la legge sulla disciplina della produzione e commercio dei medicamenti del 1927. Le conseguenze di tutto ciò sono varie e gravi, come rilevò il senatore Benedetti:

a) la legge non stabilisce con precisi elementi tecnici quali debbono essere le qualità che un farmaco o una miscela di farmaci deve avere per essere vera e propria specialità;

b) non fissa norme sufficientemente restrittive per evitare che il numero dei prodotti « pari » diventi eccessivo;

c) non precisa il meccanismo di fissazione del prezzo;

d) non prevede praticamente limitazione alcuna alla registrazione di specialità in genere.

La prova più evidente della inadeguatezza di tale legislazione a regolare la materia del settore nella sua odierna vastità e complessità è data: dalle oltre 40.000 confezioni registrate, di cui la grande maggioranza è stata registrata nel dopoguerra.

A riprova di tale inadeguatezza stanno i numerosi tentativi di disciplinare *ex novo* la materia o con provvedimenti particolari dettati da eccezionali situazioni (progetti Caporali, Samek-Lodovici, Pieraccini) oppure con legge globale (progetto Pella presentato nel 1955) e finiti con le rispettive legislature senza essere mai stati discussi fino in fondo.

Durante questi 15 anni non vi è stato un solo provvedimento legislativo in detto settore che si avvicni a quello adottato il 23 dicembre 1900 sulla vendita e produzione del chinino e che rappresenta un principio nuovo, uno dei punti più avanzati della legislazione sanitaria italiana.

Va detto che se il Parlamento non ha adottato provvedimenti in questo senso, cioè nella direzione di una nuova disciplina della produzione e vendita dei farmaci, la colpa è unicamente della Democrazia cristiana e dei suoi Governi.

Infatti sin dal 1949 la Commissione Igiene e sanità del Senato votò il seguente ordine del giorno:

La XI Commissione, nella seduta del 13 ottobre, fa voto che sia affidata allo Stato la produzione e la vendita diretta e indiretta di medicamenti di prima necessità e di uso più diffuso da stabilirsi da un Consiglio di tecnici, valendosi degli stabilimenti propri e anche di ditte italiane nelle quali peraltro lo Stato eserciterà continuo e serio controllo ». Ma tutto venne insabbiato.

Questo è stato ed è pure il destino del progetto a firma Pieraccini, approvato dal Senato il 4 marzo 1952 e trasmesso alla Camera l'11 marzo 1952; del progetto Benedetti presentato al Senato nella prima legislatura, ripresentato dal Governo nella seconda, ed ancora presentato dal senatore Benedetti nell'attuale (1959) senza essere stato discusso finora.

15. — LA SPESA PER MEDICINALI

Secondo i dati della Pharmindustria, la spesa per medicinali sostenuta dagli italiani nel 1959 ammonta a lire 250 miliardi.

Dato che tutta la spesa sanitaria dello Stato italiano e dei vari enti pubblici supera leggermente nel 1959 i 650 miliardi e non 1000 miliardi, quella per medicinali incide su tale cifra nella misura di circa il 36-38 per cento.

In Inghilterra, però, dove l'industria farmaceutica ha ben altre tradizioni e la ricerca scientifica è una cosa diversa, la spesa sostenuta da tutti gli inglesi per medicinali, che ne usufruiscono in misura maggiore degli italiani, è pari al 15-20 per cento di tutta la spesa sanitaria dello Stato.

Altri dati e confronti sono particolarmente interessanti e indicativi.

La spesa per medicinali sostenuta da tutti gli Enti mutualistici è la seguente:

1951	. . . . L.	15.000.000.000
1954	. . . . »	31.000.000.000
1956	. . . . »	49.000.000.000
1958	. . . . »	93.000.000.000
1959	. . . . »	127.000.000.000

Nel 1959 gli stessi Istituti mutualistici per assistenza ospedaliera hanno pagato lire 116 miliardi contro 127.000.000.000 per medicinali. La sola I.N.A.M. ha speso per farmaci nel 1953: 21,6 miliardi; nel 1954 lire 23,7 miliardi; nel 1956 lire 40,3 miliardi; nel 1957 lire 50,10 miliardi, nel 1958 lire 51 miliardi; nel 1960 lire 93.000.000.000 contro 81 per prestazioni ospedaliere; nel 1961 si prevedono circa lire 120.000.000.000.

In Italia l'assistenza ospedaliera assorbe alle mutue una cifra inferiore a quella per farmaci. In Inghilterra, come è già stato detto, la spesa per medicinali è il 15-20 per cento e l'assistenza ospedaliera assorbe dal 70 all'80 per cento dell'intera spesa sanitaria.

Va poi detto che è prevalentemente all'alto prezzo dei medicinali se ben 4.000.000 di mu-

tuati dell'I.N.A.M. sono esclusi dal godimento delle prestazioni farmaceutiche e che tale esclusione colpisce varie categorie: mezzadri, braccianti eccezionali, famiglie dei braccianti.

Lo stesso discorso vale in larga misura, per i coltivatori diretti, gli artigiani, i piccoli commercianti, gli ambulanti. Si tratta, complessivamente, di oltre 10.000.000 d'italiani che non hanno alcuna assistenza farmaceutica e che devono pagare ogni tipo di medicinale.

È prevalentemente a causa degli alti prezzi, che l'I.N.A.M. non ha ancora potuto procedere alla pubblicazione del nuovo 2° supplemento di farmaci; è a causa di ciò che non si prescrivono sempre i farmaci più moderni ed efficaci per gli assistiti.

La via che debbono seguire gli Istituti mutualistici non è e non può essere quella di una restrizione della piccola riforma (ancora in via sperimentale), ma si deve anzi prevedere un allargamento e un miglioramento della assistenza fino a renderla completa. Di recente, poi, la stessa Corte di cassazione ha emesso una sentenza la quale afferma il diritto del mutuato ad avere tutte le specialità mediche.

La strada che gli Istituti mutualistici devono percorrere è, invece, quella di ottenere la riduzione del costo dei prodotti medicinali conducendo una attiva e continua battaglia per la riduzione dei prezzi e per una nuova disciplina della produzione dei farmaci.

16. — I VARI ASPETTI DEL PROBLEMA DEI PREZZI.

L'argomento prezzi è senza dubbio il più importante ed anche il più preoccupante per le insufficienti soluzioni che finora ha avuto. Si può osservare che, come riconosciuto dal senatore Mott., il testo unico non contempla per l'Autorità sanitaria un potere di determinazione del prezzo al pubblico dei medicamenti.

La necessità di disciplinare in qualche modo la materia a seguito dei numerosi e flagranti abusi commessi dagli industriali farmaceutici ha prodotto di fatto una certa regolamentazione che si articola nella competenza di due distinti organismi: il Ministero della sanità tramite la Commissione consultiva prezzi ed il Ministero dell'industria tramite il C.I.P.

A) *Organismo di regolamentazione.*

È noto che la Commissione prezzi del Ministero della sanità è competente per fissare i prezzi in sede di registrazione, in linea peraltro del tutto empirica, non trovando, come detto, i suoi poteri alcun riscontro legislativo, mentre il C.I.P. provvede in base al decreto legislativo 18 settembre 1947, n. 896, a tutte le variazioni di prezzi, in più o in meno.

Quello che è paradossale è che ambedue questi organismi hanno lavorato con criteri puramente empirici e spesso divergenti.

Unico dato comune e costante è stato il riconoscimento del famoso coefficiente 3 per i prodotti di aziende nazionali, portato a 3,5 per quelle aziende che si presume effettuino ricerche (che, come abbiamo visto prima, sono poco rilevanti e comunque limitata a 5 6 case, mentre ben 16 ditte nazionali godono di tale maggiorazione).

Il criterio è di « premiare » i prodotti attraverso il riconoscimento di prezzo, « frutto di ricerca ». Il Ministro della sanità si è sempre ostinato a premiare l'intera produzione sia che essa fosse originale nei limiti che abbiamo visto, sia che essa fosse di natura esclusivamente commerciale di determinate ditte.

Le grandi ditte solo per il fatto stesso di essere grandi, vengono premiate con una maggiorazione del prezzo al pubblico pari al 50 per cento del costo industriale.

B) *Il metodo.*

Il coefficiente tre è il fulcro del cosidetto metodo.

Quest'ultimo permette di determinare il prezzo al pubblico di un farmaco così procedendo: si valuta il prezzo delle materie prime che entrano a far parte di ciascun prodotto, del materiale di confezionamento, della mano d'opera diretta e indiretta, nonché delle spese generali riferite alla realizzazione del prodotto stesso. La somma di queste voci dà il cosidetto costo industriale. Moltiplicando quest'ultimo per il coefficente 3 o 3,5 (per quei laboratori a cui viene attribuita una attività di ricerca) si arriva al prezzo al pubblico. È da precisare che, mentre per il materiale di confezionamento e della mano d'opera si applicano delle tabelle *standards* (salvo i casi di procedimenti di fabbricazioni speciali o di confezionamenti particolari), le materie prime vengono valutate dal produttore, e nella gran parte dei casi accolte come tali dal Ministero, sulla base dei prezzi degli analoghi prodotti stranieri.

E qui il discorso si sposta subito all'analisi dei superprofitti realizzati dalla grande industria farmaceutica con risultati assai più clamorosi.

Se si tiene conto che sugli elementi di costo di una specialità (estera nel nostro caso) gli oneri di ricerca incidono in misura rilevante – talvolta sino al 40 per cento del prezzo della

sostanza attiva – e che spesso le concedenti estere si assicurano dai rischi derivanti dalla caotica situazione del nostro mercato farmaceutico maggiorando adeguatamente il prezzo di cessione (che è la base per la determinazione del prezzo pubblico) alla rappresentante italiana che registra la specialità, si rileva senza difficoltà che, a parità di prezzo al pubblico, il sensibile scarto dei costi tra prodotto estero e prodotto italiano similare ha portato e porta alle casse dell'industria nazionale miliardi di super profitti, pagati dal consumatore e dagli Istituti di assistenza.

a) Circa la gravità dell'adozione di questo metodo e della incapacità del Ministero di attuare una qualsiasi politica di controllo, vi sarebbero centinaia di esempi da raccontare. Ci limitiamo ad alcuni.

Ormoni estrattivi e vitamine.

PRODOTTI ORIGINALI ESTERI		PRODOTTI ITALIANI DI IMITAZIONE (Cioè senza spesa di ricerca. Il prezzo è lo stesso).	
mg. 5:		*mg. 5:*	
Doca – Organon *Percorten* – Ciba	4 fiale: lire 850	*Corticoici* – I. C. I. *Corticosterolo* – I. S. M. *Corticosterone* – Taricco *Cortifar* – Archifar *Cortiron* – Schering *Cortivis* – Vister *Cortixil* – Maestretti *Neocortin* – I. T. R. *Cincortex* – I. S. I.	4 fiale: lire 850
mg. 10:		*mg. 10:*	
Doca – Organon *Percorten* – Ciba	4 fiale: lire 1.450	*Corticosterone* – Taricco *Corticoidi* – I. C. I. *Corticosterolo* – I. S. M. *Cortifar* – Archifar *Cortiron* – Schering *Cortivis* – Vister *Cortixil* – Maestretti *Sincortex* – I. S. I.	4 fiale: lire 1.450

Gruppo Prednisone, ecc.

PRODOTTI ORIGINALI ESTERI		PRODOTTI ITALIANI DI IMITAZIONE
mg. 5:		Una dozzina circa con prezzi oscillanti, a parità di dosaggio dalle lire 1.400 (solo 3) fino a lire 1.955 (*Deltacortene* – Lepetit). È da segnalare che il gruppo suesposto è particolarmente indicato per le malattie reumatiche, infiammazioni, ecc.
Deltacortisone – Roussel *Ultracorten* – Oiba	10 compresse: lire 1.500	
Deltacortril – Pfizer	10 compresse: lire 1.955	

Gruppo Desametazone.

PRODOTTI ORIGINALI ESTERI		PRODOTTI ITALIANI DI IMITAZIONE
mg. 0,50:		Una dozzina: tutti allo stesso prezzo.
Decadron – Merk *Millicorten* – Ciba *Desameton* – Maestretti *Oraadrone* – Ravasini	10 compresse: lire 1.050	

Trattasi, quindi, di una delle più confuse situazioni esistenti, dovuta e alla registrazione indiscriminata di prodotti tutti praticamente eguali (le poche variazioni introdotte per apportare una certa differenziazione sono praticamente irrilevanti) e al crollo dei prezzi delle materie prime, cui ha fatto seguito un adeguamento molto limitato da parte del C.I.P. e anche più limitato, naturalmente, da parte dei produttori.

Per citare i prodotti a base della più costosa vitamina, la *B 12*, che da lire 120.000 al grammo (all'epoca delle prime registrazioni) è quotata oggi, franco grossista, a lire 40.000, basterà indicare che una fiala da mg. 1.000 ha un prezzo tra le 5 e le 600 lire, dopo le riduzioni subite, con un contenuto di sostanza attiva, al netto delle spese di lavorazione, non superiore alle 50 lire.

Tutti i prezzi sono allineati su quelli della *B 12 francese* (Roussel) o americana (Squibb, Glaxo).

b) La necessità di adottare un metodo razionale ed adeguato alla realtà, anche nelle more di una legislazione organica della materia, è stata più volte invocata e perfino assicurata dal senatore Mott, che ebbe a dire il 24 settembre 1957:

« Dopo numerose riunioni, tenute per coordinare e appianare le divergenze correnti sulle singole valutazioni, si è giunti recentemente alla formulazione di uno schema che rappresenta una soluzione equa e quindi intermedia rispetto alle richieste iniziali delle parti, e che si confida di potere applicare anche da parte di questi uffici in un prossimo futuro ».

Alla elaborazione di tale schema si arrivò dopo due anni di lavoro dell'apposita Commissione del C.I.P., comprendente anche i rappresentanti delle associazioni industriali di categoria, ma al momento di presentarlo al Ministro dell'industria, per l'adozione sotto forma di legge, i suddetti rappresentanti lo sconfessarono e l'onorevole Colombo nonché il senatore Giardina subirono questa manovra sabotatrice e del metodo, infatti, non si parla più.

E già il 23 gennaio 1960, il Ministro dell'industria, rispondendo anche per conto della sanità, ad una interrogazione dichiarava: « finora non è stato sottoposto il metodo per la determinazione prezzi delle specialità medicinali....

In effetti, lo studio non ha superato la fase preparatoria perché alcune delle suddette categorie hanno opposto delle obiezioni....

Poiché le stesse categorie hanno fatto riserva di presentare una particolareggiata relazione, finora non pervenuta, il C.I.P. ha già provveduto a sollecitarne la « trasmissione ». Ma a fine 1961 non è ancora pervenuta e tale metodo, con tutto vantaggio per gli industriali, non è stato adottato. A causa di ciò sussiste tutt'ora una situazione caotica.

17. — Specialità estere e prodotti italiani di imitazione.

In virtù del metodo meccanico sopra esposto, se una specialità medicinale ha un prezzo al pubblico di lire 2.000 (in lire italiane) negli Stati Uniti, automaticamente ne ha uno di lire 3.000 circa in Italia, cioè del 50 per cento in più.

Orbene, non vi è chi non veda come, di fronte a prodotti così vitali per la salute pubblica, l'indagine ministeriale debba spingersi oltre. Vi sono, infatti, molte industrie che, dopo un certo periodo di tempo, ottengono dalle industrie fornitrici sconti sulle stesse specialità medicinali, non del 50 per cento medio, come il Ministro ritiene, ma anche del 70-80 per cento.

Ebbene, l'industria concedente italiana, ovvero l'industria americana con la denominazione sociale italiana, può tranquillamente continuare ad importare il prodotto mantenendo il prezzo più elevato senza che nessuna indagine venga esperita da parte della nostra autorità.

E non di rado sembra avvenga che le industrie straniere o italiane concedenti di industrie straniere, autorizzate ad importare prodotti, ad esempio dagli Stati Uniti, li realizzino in Italia, senza chiedere l'autorizzazione per produrre il prodotto in Italia.

Dal momento che i costi della mano d'opera, e in generale degli altri elementi che contribuiscono alla formazione del costo industriale, sono in Italia, anche per il diverso costo della vita, inferiori di 4-5 volte ai corrispondenti costi degli U.S.A., è evidente che il produttore avrà in Italia un costo modestissimo pur continuando a vendere al prezzo fissatogli come prodotto estero. Avviene, inoltre, che all'estero il prezzo al pubblico venga diminuito, ma non effettuandosi la benché minima indagine da parte del nostro ministero circa i cambiamenti dei prezzi al pubblico nei paesi di origine, tutto procede come prima con vantaggi e speculazioni colossali.

18. — Prezzi e costi.

Il Ministro Giardina nel suo discorso al Senato del 12 ottobre 1960 dichiarava: il preteso caro prezzi dei medicinali non è che una

invenzione, un falso scopo – ma cadeva in contraddizione annunciando poco dopo la riduzione di 4.000 specialità; nei confronti con gli altri Paesi l'Italia aveva i prezzi più bassi – ma egli si riferiva probabilmente soltanto a uno studio comparato di 62 specialità e ignorava la sostanziale differenza dei costi; rispetto all'anteguerra le specialità sono state bloccate a 38 volte – ma taceva sul fatto che in gran parte lo sblocco è avvenuto per vie traverse mediante l'aggiunta di ingredienti e che il blocco a 38 volte non ha senso sia perché con la meccanizzazione e l'automazione i costi sono caduti, sia perché le medicine anteguerra costituiscono un'aliquota minima dei farmaci oggi sul mercato.

« Non si può ridurre il problema dei prezzi dei medicinali solo alle questioni del costo della materia prima », ma con tale affermazione eludeva un problema di fondo.

Non sfugge ad alcuno infatti il grande valore che ha la fissazione dei prezzi della « materia prima » impiegata nelle specialità medicinali: se infatti nella determinazione del prezzo di una specialità medicinale, posto in lire 60 il valore della mano d'opera e del materiale di confezionamento, viene supervalutata la materia prima a lire 240 anziché a lire 40 come dovrebbe essere, il costo industriale risulta di lire 300 anziché di lire 100; il prezzo al pubblico viene, di conseguenza automaticamente fissato in lire 900 anziché in lire 300 come sarebbe giusto.

Abbiamo visto pocanzi come la valutazione delle materie prime sia fatta nella maggior parte dei casi su basi del tutto irreali.

In sostanza, tutti sanno che in Italia i costi di produzione sono nettamente inferiori rispetto a quelli dei paesi più avanzati per diverse ragioni:

per i minori oneri della mano d'opera e delle spese di distribuzione (in Svizzera e in Germania ovest, ad esempio, gli sconti d'uso che l'industria fa ai grossisti si aggirano sul 50 per cento contro il 31, 45 per cento di casa nostra);

le sostanze attive sono in diminuzione progressiva sia sui mercati esteri che italiani;

perché l'industria italiana ha prodotto e produce ancora soprattutto imitazioni di ritrovati elaborati all'estero;

perché le spese di ricerca per anni sono state quasi inesistenti e tutt'ora sono molto basse. A riprova del caro-prezzi basta richiamare ancora la pratica della « volontaria », riduzione di certi prodotti nel 1960 per l'I.N.A.M.

Ad esempio il *Piradernile supposte* è stato ridotto da lire 1.230 a lire 615. Per altre specialità si sono fatte riduzioni per rientrare nei confini del « prontuario » I.N.A.M. Poiché non si può pensare che il nuovo o i nuovi prezzi siano in partenza deficitari è lecito ritenere che quelli pendenti erano enormemente eccessivi e la riduzione, volontaria o obbligata, è avvenuta con grande ritardo.

Se il margine del profitto non fosse enorme non si spiega infine le offerte ad ospedali, cliniche, farmacie di prodotti col 50-60-70 per cento di sconto; non si spiegano regali di strumenti di valore a varie persone interessate al campo della distribuzione del medicamento; non si spiega il tumultuoso sviluppo della grossa industria.

19. — Specialità registrate e similari.

Quante sono le specialità in Italia? Di preciso nessuno conosce tale numero. Il Ministro Giardina, come risulta dal *Popolo* del 28 gennaio 1961, parlò di 11 mila specialità e di 25 mila confezioni; i Ministri Colombo e Sullo indicano dati diversi.

Altri dati più attendibili indicano il numero di 18 mila specialità circa, ma poiché ogni specialità ha due o tre confezioni si raggiunge la incalcolabile cifra 45-50 mila confezioni di specialità. Una vera inflazione. Si tenga conto che in Francia sono circa 7 mila e negli U.S.A. circa 8 mila. In Italia un controllo delle specialità non è mai stato fatto. Per le specialità si iniziò il censimento 2-3 anni or sono ma non venne portato a termine.

Conseguenza dell'enorme numero di specialità registrate per ogni nuova sostanza medicinale è che « si ha da 10-15 specialità per ogni nuova sostanza medicinale che diventano poi 30-40 a seguito di nuovi gruppi di registrazioni e attraverso le associazioni si arriva a registrare 40-50 specialità medicinali ». Ad esempio il supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 204 del 18 agosto 1961 riportava l'elenco di 1915 « voci » di confezioni di specialità nazionali ed estere registrate nel semestre 1° gennaio-30 giugno 1960.

Dal 1959 non si ebbe praticamente nessun limite alla registrazione di specialità. Eppure Giardina all'inizio della sua attività come Ministro della sanità aveva detto il 14 luglio 1959: « Sarà data la migliore applicazione dell'articolo 162 del testo unico delle leggi sanitarie per quanto riguarda i prodotti pari, al fine di evitare la deprecabile inflazione

delle specialità similari che pregiudica i costi di produzione ».

Questa legge non è stata rispettata e applicata ed oggi ci troviamo in una situazione paradossale.

Ciascuna specialità, naturalmente, pure essendo identica per composizione, porta un nome diverso di fantasia sicché ogni stimolo della concorrenza è in partenza distrutto.

L'imprenditore sarà indotto non a concentrare gli sforzi nella ricerca ma a dedicare prevalentemente ogni mezzo alla propaganda che è quella che decide o meno delle sorti e del successo dei prodotti. Le case produttrici, di frequente, organizzano vaste azioni pubblicitarie e valorizzando anche medicinali di scarso valore.

20. — SPECIALITÀ RIDOTTE.

Vengono date cifre diverse: il senatore Giardina il 21 giugno 1961 dichiarava: « Dal 1958 al 1961 si è proposto la riduzione dei prezzi per oltre 5.000 specialità ».

Si tratta di dati errati smentiti e dalle Municipalizzate e dal Ministro Colombo che sul *Popolo* del 1° marzo 1961 scriveva: « Dall'ottobre 1955 ad oggi, le principali categorie di prodotti farmaceutici il cui prezzo è stato ridotto sono n. 3128 specialità per 6418 confezioni e con una riduzione di circa il 30 per cento ».

Le Municipalizzate: « Dal 1953 a tutto il 1960 si è ridotto il prezzo di 5.477 confezioni di specialità con una media del 23.31 per cento ».

Nonostante queste riduzioni il caro prezzo medicinali è sempre fortissimo. Inoltre, il numero delle specialità ridotte è stato inferiore al numero delle nuove specialità registrate.

A) *Gli enormi ritardi nella riduzione sono una pratica in atto da anni.*

Infatti, quando viene registrata una specialità contenente una nuova materia prima e cioè un nuovo medicamento base, è evidente che questa stessa materia prima non è stata ancora prodotta su grande scala industriale ma solo su scala di laboratorio pilota, con costi maggiori talvolta di parecchie volte rispetto a quelli industriali veri e propri.

Se si considera poi che questi stessi prezzi iniziali vengono artatamente gonfiati nei modi che abbiamo descritti, ci si renderà conto che si rende non opportuna ma indispensabile una automatica revisione di prezzo, decorso un certo periodo di tempo.

Tenuto presente che, per raggiungere una certa consistente affermazione di una specialità che merita, occorre intorno al biennio, decorso questo periodo dovrebbe sempre farsi luogo ad una verifica dei costi per la realizzazione della specialità medicinale.

Tanto più che, decorso questo periodo, il grosso onere della distribuzione dei campioni gratuiti e del lancio propagandistico, è in fase rapidamente discendente.

Ma nulla avviene, in Italia, di tutto ciò !

Le revisioni che si sono affrontate, sono tutte riferentesi, di norma, a specialità in commercio non da due o tre, ma da 4-5-6-7 anni.

Le revisioni fatte non toccano il 10 per cento-20 per cento delle specialità che dovrebbero effettivamente revisionarsi e, in generale, consistono in semplici scalfitture del prezzo, come abbiamo già accennato.

Di fronte al complesso di questa situazione di caro-prezzo medicinali, la Confederazione delle Municipalizzate ha chiesto, già da tempo, la riduzione del prezzo di n. 3.000 confezioni di specialità estere, che si tradurrebbe in una economia di 10 miliardi annui per i consumatori; di n. 5.000 specialità nazionali dal 50 per cento al 75 per cento e solo su queste ultime si realizzerebbe una economia dei consumatori di circa 12 miliardi di lire annue.

B) *La riduzione delle « 4.000 specialità »*.

Né a mitigare la situazione sopra delineata, sono valsi quei provvedimenti di ribasso dei prezzi vantati dal Ministro Giardina al Senato il 12 ottobre 1960.

In proposito, a operazione avvenuta – ma non conclusa, in quanto la confusione e la fretta (elettorale) nella quale si sono svolti i lavori del C.I.P. hanno permesso la presentazione di una serie di ricorsi al Consiglio di Stato – sarà bene rettificare una volta per tutte i dati numerici forniti dal Ministro Giardina e poi successivamente sbandierati dagli ambienti interessati.

Le specialità ridotte a tutto il 4 agosto 1961 sono state 2.041 per un complesso di 3.654 confezioni. Va osservato che si è impiegato quasi un anno a ridurre il prezzo di un numero di specialità pari alla metà di quelli annunciati da Giardina. Nel frattempo, però, si è continuato a registrare una media di circa 100 nuove confezioni di specialità o di modifica di composizione per ogni settimana.

La divergenza sulle cifre poi (il Ministro parlò in quella occasione e continua a parlare di oltre 4.000 specialità ridotte giocando sulla

facile ma assurda confusione tra specialità e confezioni) è dovuta all'assoluta mancanza di criteri, ossia all'inesistenza di una politica in questa delicata materia.

Anche oggi, a quasi un anno di distanza, non si è mai saputo infatti a quali criteri si sia ispirato il Ministro Giardina per scegliere quei medicinali da ribassare, e perché essi e non anche altri.

È noto, infatti, che il rappresentante del Ministero della sanità nella Commissione centrale del C.I.P. dichiarò pubblicamente nella seduta del 22 ottobre 1960 di essere del tutto all'oscuro dei criteri seguiti dal Ministro nella scelta di tali medicamenti e così pure il direttore generale del servizio farmaceutico.

La riduzione è in pratica avvenuta con un semplice sistema a percentuali: 10 per cento i prezzi da lire 501 a lire 1.000; 15 per cento da lire 1.001 a lire 2.000; 20 per cento antipolio; 30 per cento eparina ecc.

In sostanza si è voluto sfuggire a qualsiasi esame analitico che avrebbe comportato una revisione almeno per gruppi sufficientemente omogenei di specialità.

Il risultato del sistema Giardina è stato quello di avere riduzioni di prezzo identiche sia per specialità il cui costo industriale in rapporto al prezzo al pubblico è di 1 a 3, sia per quelle il cui rapporto è di 1 a 10 o addirittura di 1 a 30.

Esempi:

Testovitamina E: costo industriale di lire 130 e veniva venduta al pubblico a lire 3.500, con un rapporto di 1 a 25.

Neurostress: costo industriale 150, prezzo al pubblico lire 750, rapporto 1 a 5. Ebbene l'una e l'altra sono state ridotte in misura percentuale, mentre più logico sarebbe stato portare il rapporto della *Testovitamina E* a 5 e ridurre di molto meno, la *Neurostress*.

Va aggiunto poi che a causa della fretta, si era a circa 20 giorni dalle elezioni amministrative, e per l'inefficienza degli uffici tecnici, furono presentate (incredibile ma vero) dal Ministero proposte di prezzi al pubblico che avrebbero non ridotto ma maggiorato i prezzi effettivamente già in vigore in quel momento.

Sicché il Ministero della sanità si vide costretto a chiedere alle stesse ditte interessate tutti i possibili dati concernenti quelle specialità candidate al ribasso secondo l'elenco redatto dal Gabinetto del Ministro !

Né deve tacersi il fatto che, smorzatisi gli ardori elettorali, l'esecuzione del provvedimento avvenne circa a 6 mesi di distanza dall'annuncio dello stesso, passato cioè il periodo invernale che è di maggior consumo di antibiotici. Calcolando una riduzione media del 15 per cento sui preparati a base antibiotici, le cui vendite toccano nella stagione autunno-inverno i 20-25 miliardi, si ha che quasi 4 miliardi di lire di mancate riduzioni sono passate dalle tasche del consumatore e degli istituti di assistenza a quelli del produttore tramite il compiacente servizio del Ministro della sanità.

È poi il caso di domandarsi: perché gli altri prodotti, quelli che fanno il grosso delle prescrizioni mutualistiche: chemioterapici, antireumatici, analgesici, analettici, anestetici, antidiabetici ecc., il cui valore sociale, dato il largo uso e le malattie alle quali sono applicati, è fortissimo, non sono stati toccati ?

21. — I PREZZI DI MIGLIAIA DI SPECIALITÀ RESTANO ALTISSIMI.

Si trovano in commercio da almeno tre anni i seguenti gruppi di specialità medicinali i cui costi industriali, rispetto ai prezzi al pubblico attuali, sono come media in un rapporto variabile da 1 a 10 ed anche da 1 a 20:

1°) Ormoni estrattivi e sintetici con particolare riguardo ai prodotti a base di:
insulina;
insulina ad azione protratta;
corticosteroidi.

2°) Antibiotici con particolare riguardo ai prodotti a base di:
cloramfenicolo;
cloramfenicolo associato a vitamine;
tetracicline;
tetracicline associate a cloramfenicolo;
tetracicline in associazioni varie.

3°) Chemioterapici con particolare riguardo ai prodotti a base di:
sulfamidici;
polisulfamidici;
sulfamidici associati a cloramfenicolo e ad antibiotici vari;
bismutici associati a cloromfenicolo.

4°) Vitamine con particolare riguardo ai prodotti a base di:
associazione B-12 con B-1;
vitamine associate tra loro.

5°) Meprobamati semplici ed in associazione.

6°) Eparina.

A) Diamo alcuni esempi significativi di specialità e del relativo costo industriale, di quello che dovrebbe essere il prezzo al pubblico e del prezzo attuale:

Chlotride (Farmalabor) 25 compresse: lire 132 costo industriale; lire 400 prezzo di vendita al pubblico adottando il coefficiente tre; lire 1915 prezzo attuale di vendita al pubblico.

Acido Glutammico (Carlo Erba) 100 discoidi: lire 221,80; lire 665; lire 1500 (ogni numero corrisponde alle spiegazioni sopra indicate).

Metionina (Squibb) 25 compresse da grammi 0,50: lire 99,15; lire 298; lire 1200;

Anatola (Parke Davis) 25 fiale: lire 432,64; lire 1300; lire 14.000.

Gruppo chemioterapici.

Chemicitina (Carlo Erba) 3 supposte da grammi 1: lire 132; lire 396; lire 1380.

Bismocetina Mite (Lepetit) 3 supposte: lire 44; lire 133; lire 540.

Tetracetina (Farmitalia) 20 confetti: lire 85; lire 255; lire 1300.

Sulfomicetina (Lepetit) 20 compresse: lire 142; lire 426; lire 1400.

Cortisone (Lepetit) 20 compresse da grammi 0,200: lire 420; lire 1260; lire 4450.

Gruppo antibiotici.

Criseociclina (Farmitalia) 16 capsule: lire 700; lire 2100; lire 4800.

Sintomicetina (Lepetit) 10 capsule: lire 165; lire 495; lire 1000.

Gruppo ormoni.

Deltacortene (Lepetit) 10 compresse: lire 100; lire 300; lire 1500.

Cortene acetato (Farmitalia) 20 compresse: lire 424; lire 1272; lire 4450.

Gruppo meprobamati.

Perequil (Lepetit) 24 compresse: lire 97; lire 291; lire 770.

Gruppo vitamine.

Trinevrina (Guidotti) 3 fiale: lire 89; lire 267; lire 2400.

Situazioni analoghe esistono per migliaia di confezioni di specialità medicinali. Si tratta di una vera e propria rapina ai danni della salute del popolo italiano.

22. — LA POLITICA DEL MINISTRO GIARDINA E DEL GOVERNO.

Dopo la sostituzione dell'ex Ministro Monaldi, travolto dallo scandalo del vaccino antipolio, e con l'avvento del Ministro Giardina, si attendevano passi decisivi nella moralizzazione del settore.

Due dichiarazioni lasciavano inizialmente ben sperare.

Il 14 luglio 1959 alla Camera disse:

« Sarà data la migliore applicazione dell'articolo 162 del testo unico della legge sanitaria per quanto riguarda i prodotti pari, al fine di evitare la deprecabile inflazione delle specialità similari che pregiudica i costi di produzione ».

Il 21 ottobre 1959, in occasione dell'inaugurazione del XXI Congresso nazionale di igiene a Firenze, disse, secondo il resoconto dell'*Avvenire d'Italia* del 22 ottobre 1959: « Giardina ha concluso il suo discorso dichiarando che è preciso intendimento della sua amministrazione giungere ad una revisione dei prezzi di tutti i medicinali e che non vi è dubbio che nuovi risultati concreti in questo settore potranno probabilmente essere raggiunti presto ».

Ma nei fatti si operò diversamente. Dopo una serie di deprecabili provvedimenti amministrativi, a tutti noti, si giunse alla sfacciata apologia degli interessi della grande industria farmaceutica nel discorso tenuto dallo stesso Giardina al Senato il 12 ottobre 1960 e nel quale ripeté tali e quali argomenti e dati presi da uno studio della Pharmindustria.

L'unico accenno polemico in tale discorso fu un attacco, basato per altro su grossolane falsificazioni, alle farmacie municipalizzate.

Queste ultime, e soprattutto l'Azienda farmaceutica che fa capo alle stesse, sono da tempo l'immancabile bersaglio della grande e media industria farmaceutica che naturalmente non può tollerare l'azione calmieratrice svolta da tale azienda per una ricca gamma di specialità, messe in vendita ad equo prezzo, né la costante e meritevole iniziativa del rappresentante delle municipalizzate per una revisione dei prezzi, svolta in seno al C.I.P. (Sottocommissione medicinali).

Confermano questa importante funzione delle municipalizzate gli atti di un convegno tenuto dalla democrazia cristiana in Roma, presieduto dal responsabile degli Enti locali dottor Tommaso Morlino, e nel quale il dottor G. Giacchetto dichiarò, fra l'altro:

« Vale la pena di sottolineare come le farmacie istituite in questi ultimi anni hanno potuto agevolmente ammortizzare in breve tempo i capitali resisi necessari alla loro isti-

tuzione e, come nel caso di Reggio Emilia, fanno risparmiare totalmente al comune le spese dei medicinali per i poveri, oltre ad aver acquisito i mezzi per istituire impianti complessi e costosi per la produzione diretta di galenici e di specialità ».

Va detto però che, mentre a parole la democrazia cristiana appoggia le municipalizzate, nell'opera e nei fatti concreti dei suoi Ministri esse vengono attaccate, limitate, sabotate e l'unico vero incoraggiamento viene dato concretamente alla grande industria.

Di fatto, quindi, l'operato del Governo e di Giardina è stato ed è a favore della grossa industria.

Lo conferma, in una suo articolo, il settimanale della sinistra democratico-cristiana *Politica* sul numero del 1° luglio 1961, scrivendo:

« Il Ministro Giardina è uno di coloro che in periferia godono fama di appartenere all'ala sinistra del partito... ».

No amico, il ministro Giardina non è uno dei nostri.

Non lo è perché in alcune occasioni fra le più importanti offertegli dal suo Ministero – insufficienza della organizzazione ospedaliera in Italia con relativa, lussureggiante fioritura di cliniche private; prezzo esorbitante dei medicinali e fantasioso moltiplicarsi delle cosiddette specialità... – egli non è certo, a nostro giudizio, un uomo di decisioni abbastanza coraggiose e moderne, come sarebbe stato necessario in un settore di quella importanza ».

Sotto questo Governo poi si viene sviluppando un'offensiva propagandistica della grande industria, senza risparmio di mezzi.

Nello stesso tempo si assiste a tentativi di colmare il vuoto legislativo e con l'istituzione di commissioni, composte di cosiddetti esperti « neutri » ma non troppo, ma con l'esclusione di rappresentanti dei lavoratori ossia dei consumatori, e con la quale si tenterà di rinviare di almeno un anno ogni discussione su problemi urgenti o con la presentazione di progetti di legge (De Maria, Cremisini) di evidente ispirazione confindustriale.

La costituzione di detta Commissione è il segno che nulla è stato fatto. Con tale parto si tenta di scaricare su altri la colpa dei Ministri e di sostituire l'iniziativa parlamentare. Per quali fini sociali lavorerà la Commissione di esperti?

Nel nostro caso è lecita, anzi doverosa la domanda: chi ha fissato le linee e precisato i principî secondo i quali la Commissione deve lavorare? E se ciò è stato fatto quali direttive di lavoro sono state date alla Commissione?

Questi interrogativi sono tanto più legittimi se si tien conto che il massimo organo di potere democratico – il Parlamento – ha già espresso nel passato un preciso indirizzo politico nelle seguenti circostanze: ordine del giorno votato il 13 ottobre 1949 dalla Commissione Sanità del Senato; progetto Pieraccini, votato dal Senato il 4 marzo 1952; il progetto Pella-Benedetti discusso più volte.

La Commissione pertanto intende lavorare secondo l'indirizzo emerso da tali deliberazioni? Una risposta negativa a tali domande confermerebbe il sospetto che il Governo e per esso il Ministro della sanità, ancora una volta tentano di eludere ogni responsabilità, di rimandare ogni coraggiosa iniziativa addossando ad un gruppo di esperti il peso di proposte ed iniziative proprie degli organi legislativi. Ma né il Governo, né tantomeno la Commissione, possono ignorare e tanto peggio violare quella che è stata una precisa, concorde espressione di volontà del Parlamento, avutasi nelle occasioni suddette.

Precisiamo, infine, che tale Commissione non è stata invocata dal Parlamento.

In tutto ciò si inserisce il tentativo dei monopoli, nella previsione che questa situazione di carenza legislativa e di allegro andazzo che ne consegue non potrà durare a lungo, di costituire delle basi di discussione di comodo, provocando la presentazione di disegni di legge di netto favore, in modo da stabilire un « precedente » e ottenere il rinvio di ogni discussione sui progetti Benedetti e De Pascalis, giacenti davanti alle Camere da oltre due anni.

Per caratterizzare l'ispirazione ed i fini delle proposte De Maria e Cremisini basterà dire che mentre il primo prevede per i prodotti registrati per primo una situazione di monopolio di quattro anni (cioè il privilegio del brevetto senza il relativo onere) e un'assoluta libertà di prezzi per gli industriali, che dovrebbero essere essi a fissare detto prezzo, il secondo, ispirato prevalentemente dalla media e piccola industria, contempla che per la determinazione dei prezzi sia competente una commissione formata tra l'altro di rappresentanti delle associazioni di categoria, naturalmente solo di quelle dei produttori.

La liberalizzazione dei prezzi non è, però, pensabile perché in questo particolare mercato manca la premessa della legge della domanda e dell'offerta: una medicina non è un

vestito o un paio di scarpe che ciascuno sceglie liberamente, ma è un prodotto che viene scelto dal medico e imposto al paziente.

23. — Principî generali di una nuova regolamentazione.

Una nuova disciplina in tutto il campo della produzione e distribuzione dei medicamenti e le linee di un preciso indirizzo sorgono e si impongono con la massima urgenza, senza ulteriori rinvii, per tre motivi fondamentali:

a) la situazione attuale e che da anni permane, aggravandosi sempre più, è divenuta intollerabile. Non si può più continuare nella vecchia maniera;

b) lo Stato, direttamente ed indirettamente attraverso l'assistenza istituzionale degli Enti locali e attraverso le mutue i cui bilanci in un modo o nell'altro deve integrare, è diventato e va diventando il maggior acquirente di medicinali;

c) l'interesse pubblico e il suo carattere sociale deve essere il principio informatore di ogni legislazione e di tutti i provvedimenti regolanti il settore farmaceutico-sanitario.

Tale criterio è stato già riconosciuto dai principali paesi del mondo occidentale: Gran Bretagna, Norvegia, dove lo Stato gestisce un servizio sanitario esteso a tutti i cittadini, Francia, Danimarca e, attualmente in corso, Belgio, dove la disciplina della produzione e del commercio dei medicinali, specialmente per quanto riguarda i prezzi, ha avuto una progressiva accentuazione a carattere pubblicistico.

All'estero in sostanza si assiste alla progressiva tendenza a un maggior controllo della produzione e a rigorosi limiti nella fissazione di prezzi al pubblico.

Negli U.S.A., poi, dove il brevetto è sul procedimento e sul prodotto, dove non vi è alcun controllo nei prezzi delle specialità, su proposta del senatore Kefauver e di Celler, membro della Camera dei rappresentanti, si ritiene opportuno promulgare una legislazione in cui è previsto: un limitato uso del brevetto; la introduzione dell'istituto della licenza obbligatoria. Tale licenza potrà essere richiesta non solo da un terzo interessato ma anche dalla stessa amministrazione pubblica appunto nell'interesse della pubblica salute.

Questi provvedimenti si inseriscono nella generale legislazione *antitrust* degli U.S.A. ma sono i primi con questo rigore che si applicano, iniziando proprio dal settore farmaceutico, che ha rivelato le sue vergogne con la famosa inchiesta Kefauver.

Da tali principî e situazioni si deve dedurre che per l'industria farmaceutica non può valere la legge del profitto esclusivo e dell'interesse privato come può accadere in altri settori dell'ordinamento attuale.

Il medicamento non può dunque essere trattato alla stregua di un qualsiasi bene di consumo. La Costituzione indica negli articoli 32, 42 e 43 i principî e le linee generali di una riforma in questo campo.

24. — Misure concrete di riforma.

A questi principî si ispirano le misure concrete che sono state indicate dal P.C.I. il quale nella risoluzione della Direzione del 4 maggio 1961 sui problemi della sicurezza sociale afferma esplicitamente:

« Misure efficaci di pubblico intervento nella produzione o distribuzione dei medicinali, rese necessarie sia dalla entità della spesa farmaceutica che è per la più parte spesa pubblica (soltanto l'I.N.A.M. ha speso nel 1960 novantatre miliardi sui centocinquanta miliardi complessivi di fatturato della industria farmaceutica nazionale); sia dal carattere sociale della questione, che non può essere lasciata in mano alla speculazione privata; e sia dalla necessità di affrontare i problemi di finanziamento del sistema di sicurezza sociale anche prevedendo un solido abbattimento dei costi. In particolare è necessario e urgente che gli enti mutualistici diano piena applicazione alle leggi vigenti, in materia di acquisto di medicinali direttamente dagli industriali farmaceutici, allo scopo di esercitare una più diretta pressione sia per la riduzione del prezzo dei farmaci e sia per un più rapido riordinamento della legislazione farmaceutica ».

Risulta pertanto evidente, da quanto abbiamo detto, che due elementi chiave non possono essere lasciati alla cosiddetta libera iniziativa, né i pubblici poteri possono dichiararsi agnostici o assumere rispetto ad essi un atteggiamento puramente ricettivo e di formale controllo.

Questi due elementi sono:

1°) qualità del medicamento, frutto degli sforzi di ricerca e del lavoro degli addetti ai laboratori, alle officine, oltre che alla organizzazione aziendale;

2°) prezzo del medicamento che deve permettere ad ogni cittadino, soprattutto ai meno abbienti, di disporre dei più aggior-

nati mezzi terapeutici per curare quel bene inestimabile che è la salute, senza condizionare tale possibilità alle disponibilità finanziarie del cittadino stesso.

Per quanto riguarda il punto 1°): *qualità del medicamento*, due sono le linee sulle quali deve svolgersi un'azione legislativa, riformatrice e innovatrice. In sede amministrativa, il funzionamento degli organismi di controllo dei medicamenti deve essere effettivo e non intenzionale come finora.

Ogni medicamento deve subire un controllo periodico, con prelievo al dettaglio e mediante analisi eseguita nei laboratori provinciali di igiene o, per i prodotti più complessi, nell'Istituto superiore di sanità. Dovrà quindi allargarsi il numero dei funzionari con mansioni ispettive; dei tecnici di laboratorio, nonché dovrà fissarsi la perentoria decadenza della registrazione del prodotto accertato non rispondente ai requisiti accolti al momento della sua registrazione, con adeguate sanzioni finanziarie per il produttore responsabile.

Circa il punto 2°): *prezzo*, si richiede unificazione delle competenze in materia di determinazione del prezzo al pubblico delle specialità medicinali, abolendo il dualismo Ministero della sanità-Ministero industria (C.I.P.), e affidando a quest'ultimo il potere di fissare e revocare i prezzi delle specialità, rispettivamente in sede di registrazione e di revisione periodica, da attuarsi come più innanzi specificato.

Sia la determinazione sia la revisione periodica devono essere fatte secondo uno schema completo di valori attribuito ai vari aumenti di costo.

Tali valori devono essere assunti non accogliendo passivamente le cifre fornite dalla produzione, ma secondo dati espressi da situazioni obiettive e facilmente controllabili: listino prezzi all'ingrosso e comunque quotazioni di mercato delle materie prime.

La manodopera dovrà essere calcolata secondo le tabelle salariali in vigore con riferimento, per quanto riguarda l'incidenza nel processo produttivo, ai costi medi unitari aziendali.

Riconoscimento delle spese di propaganda entro limiti rigidi in modo che non servano ad alimentare il triste fenomeno del comparaggio. In ogni caso, nessuna forma di propaganda al pubblico dovrà essere consentita per i prodotti la cui vendita può avvenire solo su presentazione di ricetta medica.

Spese generali e di esercizio determinate in relazione alla natura delle specialità di grande, media o modesta divulgazione.

Compenso al capitale investito in misura equa.

Possibilità di maggiorare le voci *sub* 1 e 2 in relazione a particolari processi di produzione ed a caratteristiche delle sostanze attive.

Riconoscimento degli oneri di ricerca mediante adeguata maggiorazione del costo industriale e previo rigoroso accertamento che la ricerca è effettivamente perseguita dalla azienda.

Costituzione di un fondo nazionale per la ricerca scientifica.

Scopo di tale fondo è quello di aiutare finanziariamente e coordinare l'attività di ricerca e sperimentazione (presso istituti universitari, ospedali, ecc.) di nuovi farmaci dando la preferenza alla ricerca orientata a combattere malattie di particolare interesse sociale.

Una delle direzioni in cui vi deve essere una svolta è quella delle ricerche per medicamenti contro il cancro, vero flagello dell'umanità. Lo Stato e l'industria privata impiegano nella lotta contro i tumori mezzi scarsissimi.

Si tenga conto che nel 1960 si sono avuti in Italia 76.182 morti di cancro, con una incidenza del 15 per cento sulla mortalità globale, incidenza che nel 1901 era soltanto del 2,4 per cento.

Lo stesso sforzo va compiuto contro le malattie del cuore e della circolazione. Si calcolano comunque in Italia a non meno di due milioni gli individui attualmente affetti da qualcuna di esse ed a circa 100 miliardi di lire annue i danni derivanti di prevenzione e cura, per assenteismo industriale, per perdita di salari, ecc.

Tra gli istituti più qualificati per svolgere tale attività emerge l'Istituto superiore di sanità.

Istituto superiore di sanità. — Il funzionamento attuale è soddisfacente dal punto di vista tecnico-organizzativo, ma privo di efficenti controlli sui risultati e le applicazioni della sua ricerca.

Quest'ultima impegna una intera sezione (chimica terapeutica). Non risulta però che vi sia un indirizzo nel senso di una scelta delle sperimentazioni in funzione del principio suaccennato.

Ci si deve anzi domandare: chi utilizza i risultati della ricerca svolta da quella apposita sezione? Pare che tali risultati vengano ceduti a due-tre grandi industrie. Contro quale corrispettivo?

È possibile conoscere quali sono stati i contributi versati all'Istituto superiore di sanità dall'industria italiana che ha approfittato di questa ricerca?

Si pone poi il problema di aumentare il finanziamento dello Stato all'Istituto. A bilancio figurano lire 2.414.405.000 assegnate all'Istituto ma per il funzionamento vero e proprio restano solo lire 919.000.000.

Non si può, infine, tacere di un nuovo avvenimento: la nomina del nuovo direttore dell'Istituto superiore di sanità. Sarebbe interessante conoscere con quali criteri è stato scelto. Sorprende comunque il fatto che il nuovo direttore non sia stato scelto fra gli illustri scienziati che vanta l'Istituto superiore di sanità, ma al di fuori di esso. Ha forse prevalso un criterio politico di parte?

25. — L'OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE.

L'obiettivo da raggiungere è quello di ottenere il miglior prodotto farmaceutico al minor costo e prezzo possibile per preservare quel bene insostituibile che è la salute.

Al di là di una disciplina del meccanismo di determinazione dei prezzi sembra doveroso offrire al consumatore direttamente e agli istituti mutualistici a condizione di assoluta purezza e di basso prezzo almeno quei medicamenti che rivestono un particolare valore sociale in quanto atti a combattere le malattie sopra accennate.

A tal fine si pongono due alternative: *nazionalizzazione* di alcuni grossi complessi che producono una gamma di medicamenti sufficiente a raggiungere i fini precitati, oppure *produzione da parte di aziende private, per conto e sotto il controllo dello Stato*, di una serie di farmaci scelti da una apposita commissione, in base al criterio e all'interesse sociale sopra definito.

Tra queste aziende si collocherebbe al primo posto l'Istituto chimico farmaceutico militare di Firenze.

Questo benemerito organismo, infatti, rifornisce già per oltre il 50 per cento tutti gli ospedali militari di medicinali di largo uso, prodotti nella sua officina di Firenze a costi relativamente bassi, ma comunque di gran lunga inferiori a quelli della produzione privata. Ad un orientamento che si muova su uno di questi binari si è opposto, nel suo discorso del 12 ottobre 1960, il Ministro Giardina affermando: « La nazionalizzazione sarebbe fonte di gravi pregiudizi nel settore della ricerca e della produzione farmaceutica, pur non escludendo che lo Stato possa produrre in proprio taluni medicinali di particolare importanza ». Ma il Ministro si è ben guardato dal dire o dal prendere una sola iniziativa ad un anno di distanza, ad esempio per una produzione di Stato del vaccino antipolio del quale, tenuto conto della aggravata situazione nella diffusione della polio, si rende sempre più necessaria una enorme utilizzazione per una immediata immunizzazione obbligatoria per tutti i ragazzi e la introduzione del Sabin. Altri numerosi esempi si potrebbero indicare per un gran numero di farmaci di larghissimo interesse sociale.

Va poi ricordato, a smentita di quanto affermato dal Ministro Giardina, che un orientamento del genere venne già indicato in una proposta di legge presentata dai senatori: Pieraccini, Caporali, Rubinacci, Samek Lodovici ed altri e approvata dal Senato il 4 marzo 1952, trasmessa alla Camera l'11 marzo 1952 e con la quale, solo per richiamare alcuni punti, si sosteneva:

Art. 1. — « Lo Stato provvede alla produzione e distribuzione di medicinali a carattere fondamentale di più largo uso, a prezzo equo e in confezione di Stato, mediante propri istituti o per commissione ad aziende dell'industria specializzata ».

Art. 7. — « Il Governo, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, presenterà al Parlamento un disegno di legge nel quale – sulla base delle determinazioni adottate dall'Alto Commissario per l'igiene e la sanità per stabilire i medicinali fondamentali di più largo consumo nonché quali di essi dovranno essere prodotti direttamente dallo Stato e quali commessi all'industria privata, con ogni garanzia diretta ad evitare qualsiasi regime preferenziale – sarà stabilito l'ammontare del finanziamento necessario per la esecuzione della legge nel primo anno di applicazione, il relativo stanziamento e la copertura complessiva.

Ma nulla si è fatto di tutto ciò dopo circa 10 anni. E per giunta ora, dopo che la maggioranza democristiana si è rifiutata di fare approvare alla Camera tali proposte di legge presentate da colleghi di tutti o quasi gli schieramenti politici, il Ministro Giardina e il Ministro Colombo hanno rinviato di nuovo l'esame di tali provvedimenti e di fatto hanno sottratto tale esclusiva competenza e diritto al Parlamento affidando tale importantissima materia ad una Commissione ministeriale.

Di fronte a tale iniziativa governativa noi ribadiamo, con forza, il diritto e il dovere del

Parlamento di esaminare e legiferare su tali problemi.

Se si ritiene che la discussione svolta fino ad ora non abbia affrontato tutti gli aspetti di una nuova disciplina in materia di regolamentazione della produzione e distribuzione dei medicamenti (anche se noi pensiamo che i progetti di legge Benedetti e De Pascalis costituiscono una sufficiente base di discussione) si istituisca di nuovo una Commissione parlamentare composta da rappresentanti di tutti i gruppi, a cui affidare il compito di presentare proposte conclusive entro e non oltre il periodo di sei mesi dalla eventuale istituzione della Commissione sopradetta.

26. — PROVVEDIMENTI IMMEDIATI.

Nelle more di una riforma legislativa generale vanno adottati alcuni provvedimenti immediati:

a) completare rapidamente la riduzione dei prezzi delle specialità preannunciate estendendo la riduzione stessa anche alle specialità con prezzo fino a lire 500, adottando criteri diversi, cioè incidendo soprattutto su quelle che hanno i coefficienti più alti;

b) iniziare contemporaneamente, secondo un organico programma, la revisione dei prezzi di tutte le specialità finora non toccate da provvedimento alcuno;

c) revisione periodica di tutte le specialità, fatta in modo organico e con riferimento ai costi industriali ed evitando le riduzioni indiscriminate;

d) predisporre l'adozione del metodo di cui parlò l'ex Alto Commissario Mott il 24 settembre 1957;

e) gratuità di tutte le specialità previste nel « prontuario terapeutico » dell'I.N.A.M. e immediato varo del secondo elenco aggiuntivo come era già stato preparato.

Assicurare il diritto del mutuato ad avere tutte le specialità mediche.

Gli Enti mutualistici diano piena attuazione alle leggi vigenti: in materia di acquisti di medicinali direttamente dagli industriali farmaceutici, allo scopo di esercitare una più stretta pressione sia per la riduzione dei prezzi dei farmaci, sia per un più rapido riordinamento della legislazione farmaceutica;

f) assicurare agli ospedali la possibilità di rifornirsi di medicinali direttamente dalle industrie a prezzi contrattati.

Quanto sopra viene qui richiesto con tanta più forza in quanto ha formato già oggetto di una interpellanza presentata l'8 febbraio 1961 e che non ha avuto a tutt'oggi una risposta.

CONCLUSIONI

La conclusione a cui noi perveniamo in sede di bilancio, onorevoli colleghi, è che superfluo ci sembra una discussione analitica sulla distribuzione delle spese del Ministero. Non che non vi sia di che osservare criticamente, ma sarebbe questo uno schermo che non avrebbe altro risultato che quello di spostare l'attenzione dal problema generale.

Il pensiero dei deputati comunisti è che questo bilancio non debba essere approvato, se non si vuol coinvolgere la Camera nella responsabilità di una politica sanitaria arcaica, irresponsabile, che nega l'importanza dei problemi sanitari ed accetta implicitamente una politica di spesa dei mezzi dello Stato e della Nazione subordinata alle scelte fatte dai monopoli e dalla politica del riarmo.

Rivolgiamo, invece, un caldo e un sincero appello a tutti i colleghi medici e a quelli che vivono, come noi, i problemi ospedalieri, a prendere occasione della discussione del bilancio per affermare con forza la necessità di una nuova poltica per la sicurezza sociale e per una nuova politica nel campo dei medicinali e per la riforma ospedaliera. Sarà questo il migliore contributo che noi potramo dare per sospingere il Ministero della sanità ad esercitare i compiti e a perseguire gli obiettivi affidatigli dalla legge istitutiva ed a chiedere al Parlamento stesso nuovi poteri per meglio realizzare una politica sanitaria profondamente ispirata a principî sociali ed illuminata verso una prospettiva moderna e coraggiosa.

Noi abbiamo il dovere di compiere questo sforzo e di accettare questo impegno. Siamo la classe politica dirigente del Paese. Finora abbiamo dimostrato soltanto di essere gravemente in ritardo, incerti ed impreparati di fronte al grado di elaborazione e di coscienza raggiunto dalla categoria dei medici, degli amministratori, dei sindacati e del pubblico.

Su di noi incombe il dovere di sapere almeno cogliere il momento storico decisivo di maturazione dei problemi, di sapere accogliere almeno il pensiero e gli studi che sono frutto di esperienze e di lavoro di chi vive e soffre questi problemi.

Non sembra esagerato affermare che anche per questo problema è in gioco il presti-

gio, la qualificazione del Parlamento verso il quale non poche sono le critiche che fermentano e lo scetticismo che matura a causa della sua lentezza e delle soluzioni sbagliate ed ingiuste che talvolta adotta. Questo impegno di pensiero e di elaborazione non è soltanto un impegno nobile e affascinante perché riguarda l'evoluzione della nostra civiltà, ma un impegno doveroso che ci deriva dalla fiducia che in noi hanno riposto le masse e dall'alta funzione dell'istituto parlamentare, poiché la difesa e l'affermazione di queste funzioni non si conseguono con le parole, coi luoghi comuni sulla « democrazia parlamentare » e « il Parlamento al di sopra di tutto », ma dimostrando che il corpo legislativo ha un'adeguata conoscenza dei problemi e sa prendere le decisioni necessarie agli interessi della grande maggioranza del popolo contro i privilegi di pochi.

Il Partito comunista italiano, appunto perché espressione delle forze più vive del Paese, appunto perché vive i problemi del Paese, assume in pieno la sua responsabilità precisando senza equivoci la sua politica e la sua scelta.

BARBIERI ORAZIO E MONTANARI OTELLO, *Relatori di minoranza.*

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

—

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 le stanziamento relativo all'assegnazione a favore dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

ART. 3.

L'onore a carico dello Stato per l'assistenza 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.

DISEGNO DI LEGGE

DELLA COMMISSIONE

—

ART. 1.

Identico.

ART. 2.

Identico.

ART. 3.

Identico.