CAMERA DEI DEPUTATI N. 3602-A

RELAZIONE DELLA XIV COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

(RELATORE: **BARBERI SALVATORE**)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DEL TESORO
(TAVIANI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DEL BILANCIO
(PELLA)

alla Presidenza il 29 gennaio 1962

Stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963

Presentata alla Presidenza il 7 giugno 1962

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

INDICE

PARTE GENERALE. *Pag.* 3

SITUAZIONE OSPEDALIERA . . . » 5

Amministrazione . . . . . » 6

Numero dei posti letto . . » 6

Case di cura private. . . » 8

Rette ospedaliere . . . . . » 9

Personale ospedaliero . . . . . » 10

Ospedali psichiatrici . . . » 11

Ospedali geriatrici. . . . . » 12

OPERA NAZIONALE MATERNITÀ INFANZIA . . . . . » 12

LOTTA ANTITUBERCOLARE . . . . . » 14

LEBBRA . . . . . » 15

MALATTIA POLIOMIELITICA . . . . . » 15

VACCINAZIONE ANTITETANICA . . . » 17

CENTRI PER LE MALATTIE SOCIALI . » 17

MALATTIA REUMATICA E MALATTIE CARDIOVASCOLARI . . . . . *Pag.* 17

MICROCITEMIA . . . . . » 18

MEDICINA SCOLASTICA . . . . . » 19

ASSISTENZA AI MINORATI FISICI RECUPERABILI . . . . . » 20

INCIDENTI STRADALI . . . . . » 20

SOSTANZE IONIZZANTI . . . . . » 21

MEDICI CONDOTTI E OSTETRICHE CONDOTTE . . . . . » 22

FARMACIE E MEDICINALI . . . . . » 22

FRODI ALIMENTARI E MANGIMI . . . » 23

SERVIZI VETERINARI . . . . . » 23

PROPOSTE DI EMENDAMENTI . . . . . » 24

CONCLUSIONI . . . . . » 24

DISEGNO DI LEGGE . . . . . » 26

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Debbo anzitutto ringraziare l'onorevole Presidente della Commissione per la fiducia accordatami nell'affidarmi la presente relazione e voglio augurarmi che questa fiducia non venga completamente delusa.

PARTE GENERALE

Lo stato di previsione del Ministero della sanità, per l'esercizio finanziario 1962-63, porta un incremento, tra spese ordinarie e straordinarie, di 4 miliardi e 259 milioni, oltre la somma di 530 milioni accantonati negli appositi conti speciali del Ministero del tesoro con riferimento ai provvedimenti legislativi in corso, per la profilassi della poliomielite e per l'assistenza dei poliomielitici (500 milioni) e per i sussidi ai lebbrosi e ai familiari a loro carico (30 milioni).

L'incremento potrebbe considerarsi, a prima vista, soddisfacente al confronto dell'esercizio precedente, che poté registrare solo un aumento di 1 miliardo e 693 milioni (pari all'aumento percentuale del 3,3 per cento), mentre quest'anno l'aumento percentuale supera l'8 per cento.

Questi dati, a prima vista soddisfacenti, appaiono subito deludenti, se noi diamo una occhiata all'incremento assai più marcato, che hanno potuto registrare vari altri Ministeri (pubblica istruzione, difesa, giustizia, ecc.), ma, soprattutto, per la circostanza che assolutamente inadeguati sono i mezzi finanziari, di fronte ai compiti, pur limitati, affidati solo al Ministero della sanità.

Ma, prima di addentrarci nell'esame delle varie voci di bilancio, è proprio sui compiti affidati al Ministero della sanità che io desidero richiamare l'attenzione.

Se noi ci fermiamo a valutare la cifra di circa 57 miliardi, che il presente bilancio mette a disposizione dell'Amministrazione sanitaria per il funzionamento dei vari servizi che essa è chiamata a controllare, al confronto di quasi mille miliardi, che gli Enti mutuo-assistenziali e gli altri Dicasteri erogano per spese sanitarie, dobbiamo subito concludere che, all'infuori di un generico potere di vigilanza, sfugge al controllo del Ministero della sanità la più gran parte della spesa erogata per l'assistenza sanitaria.

Ben dieci Ministeri (difesa, finanze, grazia e giustizia, interno, lavoro e previdenza sociale, marina mercantile, poste e telecomunicazioni, pubblica istruzione, tesoro, trasporti) si occupano di assistenza sanitaria con ordinamento autonomo; ed ancora più numerosi sono gli Enti, che provvedono alla assicurazione contro le malattie e i rischi della maternità. Rispetto ad una popolazione residente di circa 50 milioni 460.000 abitanti, risultano assicurate, al 31 dicembre 1961, 41.968.403 persone, esattamente l'83,17 per cento degli italiani, così suddivisi: 21.467.431 lavoratori; 14.580.038 familiari; 3.892.094 pensionati; 2.029.890 familiari dei pensionati.

Più del 59,2 per cento beneficiano dell'assicurazione dall'I.N.A.M.: in complesso circa 24.850.000 elementi, dei quali 10.380.000 lavoratori, 3.115.000 pensionati e 11.346.000 familiari degli uni e degli altri; 5.907.529 tutelati dall'E.N.P.A.S., dall'E.N.P.D.E.P. e dall'I.N.A.D.E.L.; 317.122 dalle casse per la gente del mare e dell'aria (Cassa marittima adriatica, meridionale, tirrena, Cassa nazionale mutua gente dell'aria); 154.781 dall'E.N.P.A.L.S. (lavoratori dello spettacolo); 47.812 dalla C.N.A.I.A. (impiegati agricoltura e foreste); 8.610 dall'I.M.P.G.I. (giornalisti); 6.316.293 coltivatori diretti; 2.400.000 artigiani; 1.650.000 commercianti; 316.256 assicurati delle « casse » del Trentino-Alto Adige (Casse mutue malattie di Trento e Bolzano); a queste vanno aggiunte l'E.N.P.A.F. (assicurazione malattie per farmacisti), l'I.N.P.S., che, oltre all'assicurazione obbligatoria per la tubercolosi, assicura una indennità di maternità per le lavoratrici addette ai servizi domestici e familiari, le varie Casse mutue aziendali, l'E. N. AS. A. R. CO., che a partire dal 1959, ha erogato (per assistenza a base volontaria) 4 milioni di prestazioni economiche e 50 milioni di prestazioni sanitarie.

Il numero complessivo degli italiani protetto contro i rischi di malattie, alla fine del 1961, risultava aumentato del 13,26 per cento, rispetto al 1959 e del 7,71 per cento, rispetto al 1960. Oltre 500 miliardi di lire vengono spesi ogni anno, oggi in Italia, dai vari Enti assicuratori di assistenza contro le malattie ed i rischi della maternità, la più gran parte per prestazioni sanitarie.

Questi vari Enti, a carattere nazionale o locale, sono regolati da leggi, statuti e norme, quanto mai disparati: assai diversa è l'entità dei contributi, diversi i criteri di erogazione delle prestazioni, con incongruenze tali che spesso creano un notevole disagio negli assicurati, mentre assai notevole è la dispersione per attrezzature tra i vari Enti. I 42 milioni circa di assicurati, che vi sono oggi in Italia possono essere ripartiti in tre gruppi:

a) dipendenti pubblici (personale dello Stato e degli Enti locali), costituito da circa 5.200.000 unità;

b) lavoratori dipendenti da aziende pubbliche e private (25 milioni 600 unità);

c) lavoratori autonomi (coltivatori diretti, artigiani, commercianti) per complessivi 12 milioni e 500 mila unità.

La spesa relativa media individuale è pari, per il primo gruppo a lire 13.800 annue, per il secondo gruppo a 14.300, per il terzo gruppo solo a lire 3.700.

Questa massa così imponente di prestazioni sanitarie è, praticamente, sottratta al diretto controllo dell'Amministrazione sanitaria dello Stato, che si occupa quasi esclusivamente della parte profilattica, talché potrebbe trovare giustificazione quanto un egregio collega affermava in Commissione, in sede di discussione del bilancio, che più opportunamente si dovrebbe oggi parlare di un Ministero dell'igiene. Non si può oggi, in una organica visione di tutela della salute pubblica, non considerare strettamente legata l'attività profilattica con quella curativa.

Molto si è discusso, anche in sede di esame del disegno di legge, circa la costituzione del Ministero della sanità, sulle attribuzioni, che la legge istitutiva ha conferito al nuovo Ministero. Se la legge del 13 marzo 1958 fa chiaro riferimento ai poteri di vigilanza, di sovraintendenza e di coordinamento dei servizi sanitari degli Enti pubblici, non v'ha dubbio, come quasi tutti gli intervenuti nella discussione sul quel disegno di legge hanno sottolineato, che tra le poche chiare attribuzioni e le varie limitazioni e preclusioni, nella legge stessa indicate, molte zone di ombra sono rimaste, talché di fatto il Ministero della sanità è rimasto pressoché estraneo alla vita degli Enti di assicurazione malattie.

È stata espressa, fin dall'istituzione del Ministero della sanità, la sicura fiducia, che la sfera di competenze sarebbe stata fissata e precisata attraverso le esperienze, che fossero maturate nel corso dei suoi primi anni. A distanza però di quattro anni, nonostante il lodevole sforzo dei Ministri che si sono succeduti alla direzione di questo importante Dicastero, non si può dire che si sia fatto molto cammino nel senso desiderato. L'impostazione del bilancio ricalca tuttora quella dell'A. C. I. S. e non offre la possibilità di una panoramica efficiente per una moderna politica sanitaria del Paese.

Di fronte all'affermazione sempre più sentita dei principî di solidarietà sociale per il rischio di malattia, di fronte all'estensione sempre più notevole dell'assicurazione malattie, si impone una riforma, un coordinamento, l'unificazione dei vari enti, delle varie attività nel campo mutuo-assistenziale e previdenziale.

La proposta di legge, già approvata al Senato, che prevede il passaggio all'I. N. A. M. dell'assistenza antitubercolare fin'ora erogata dall'I. N. P. S., può costituire già un primo passo nel senso auspicato. Ed è da augurarsi che, dopo questo primo passo, altri ne seguano sollecitamente, nell'interesse della salute pubblica, intesi a disciplinare, in modo organico e completo, la complessa materia, portando al diretto controllo dell'Amministrazione sanitaria, pur attraverso il necessario coordinamento con gli altri Dicasteri, tutto quanto riguarda l'assistenza sanitaria preventiva e curativa del Paese. È auspicabile, altresì, una disciplina, la più omogenea possibile, per tutti i Paesi della Comunità europea, anche sotto il profilo della difesa sanitaria dei nostri emigrati. Fino a quando questo non sarà realizzato, saranno inevitabili incongruenze, sperequazioni, doppioni, che si traducono in un danno per gli assistiti, e, spesso, anche per l'Erario.

Con il coordinamento e l'unificazione delle varie attività mutuo-assistenziali sarà più facile, forse, regolare i rapporti tra gli enti e la classe medica, pilastro indispensabile per una sana moderna politica sanitaria.

Non possiamo nasconderci, al riguardo, il grave disagio, morale, forse più che materiale, della classe medica, aggravato certamente dalla pletora medica.

Non v'ha dubbio che l'Italia è tra i Paesi che hanno la più alta densità di medici per

abitanti, nettamente superiore a quella registrata dalla Germania, dalla Francia, dal Belgio, dall'Olanda, dagli Stati Uniti. Ma anche gli studiosi che negano che vi sia oggi in Italia, pur con i suoi 81.000 medici (numero più che doppio di fronte ai 36.000 del 1918), una vera e propria pletora medica, di fronte a quelle, che sono le esigenze sanitarie di un Paese civile, non possono non ammettere che una pletora esiste di fronte all'organizzazione sanitaria attuale del Paese: molti settori, specie nel campo della prevenzione, sono, tuttora, scoperti o quasi, o restano appannaggio soltanto di province più ricche e meglio dotate. Peraltro, assai diversa è la densità dei medici nelle varie Regioni d'Italia, e più specialmente tra i comuni capoluoghi e gli altri comuni delle singole province: si va, per le varie Regioni, da un massimo, in Liguria, con un medico per 415 abitanti ad un minimo, in Lucania, con un medico per 1.100 abitanti. Nei comuni delle varie province, escluso il capoluogo, la densità si abbassa notevolmente sino a raggiungere il quoziente di un medico per 1.923 abitanti. Ma il disagio, come dicevo, nei rapporti con gli Enti mutuo-assistenziali, più che di ordine economico, è di natura morale: la scelta dei medici (che è sottratta spesso ad un vero e proprio concorso), i controlli, qualche volta inevitabili, che devono essere instaurati e che riguardano quasi sempre la parte formale e non quella sostanziale dell'assistenza, ha portato, assai spesso, ad una vera sfasatura tra quelle che sono le capacità tecniche e le qualità morali dei sanitari ed i loro redditi professionali. E questo, purtroppo, incide anche nella preparazione delle giovani leve: i giovani, che puntano ai facili guadagni attraverso gli Enti mutuo-assistenziali, sonnecchiano già nelle aule universitarie: mirano solo a conseguire con il minore sforzo il diploma di laurea e l'abilitazione professionale, sicuri che l'accorta formulazione dei moduli e delle ricette ed una certa capacità organizzativa li metteranno presto in condizione di provvedere brillantemente, attraverso gli Enti mutuo-assistenziali, ai bisogni materiali della vita. Non è, invero, solo sotto questo profilo che si è abbassato il livello medio di preparazione professionale delle più giovani leve: la pletora di studenti nelle grandi Università, la deficiente attrezzatura delle medie e piccole Università, la tendenza a moltiplicare il numero degli insegnamenti, contribuiscono, certo, ad abbassare il livello della preparazione culturale, talvolta estensiva, ma non approfondita e sono assai spesso impreparati, al momento dell'abilitazione professionale, ad affrontare i gravi compiti diagnostici e terapeutici della professione medica.

Io mi auguro vivamente che l'onorevole Ministro, nel suo ben noto dinamismo, vorrà affrontare, di concerto con i suoi colleghi dei Dicasteri interessati, il problema della necessità e dell'urgenza di rivedere, riformare, coordinare, unificare le varie attività mutuo-assistenziali, traendo anche profitto dall'esperienza che ci viene dettata dalle altre Nazioni (Svezia, Inghilterra, Germania, Francia, Stati Uniti), che ci hanno preceduto nel campo della medicina sociale, e che pur hanno sentito e sentono ancora il bisogno di una più ampia revisione delle forme e dei metodi di assicurazione sociale.

SITUAZIONE OSPEDALIERA

Un altro settore della più alta importanza che, nell'interesse della salute pubblica, deve essere posto direttamente e completamente sotto il controllo dell'Amministrazione sanitaria dello Stato, è quello degli ospedali.

L'ospedale moderno non può essere considerato più come l'ente di beneficenza o l'Ente di assistenza e beneficenza, quale veniva inquadrato nella legge del 1890 o in quella del 1923 e sue successive modificazioni.

L'ospedale è il fulcro dell'assistenza sanitaria del Paese, per i cittadini tutti, abbienti e non abbienti, e deve rimanere in continuo collegamento con le famiglie degli assistiti, e per le cure post-ospedaliere e per la prevenzione delle malattie sociali.

Un Comitato di esperti dell'Organizzazione mondiale della sanità, dopo approfondito esame delle strutturazioni ospedaliere dei più svariati Paesi, ha affermato che l'ospedale costituisce « l'elemento di una organizzazione di carattere medico e sociale, la cui funzione consiste nell'assicurare alla popolazione prestazioni mediche complete, e i cui servizi esterni devono irradiarsi fino al nucleo familiare considerato nel suo ambiente; esso è inoltre un centro di insegnamento della medicina e di ricerca biosociale ». Così concepito l'ospedale assume compiti estremamente impegnativi ed è chiamato a svolgere funzioni complesse, e nel campo della prevenzione delle malattie e nel campo della cura; per questa duplice elevatissima attività di ordine medico sociale occorre unità di intenti e coordinamento nello studio dei programmi di lavoro. Di fronte ad un

movimento di così vasta importanza in campo internazionale, l'ospedale non può rimanere in una posizione statica, ma deve adeguare i propri servizi a queste profonde esigenze di prevenzione e di cura, di insegnamento, di addestramento, e di educazione sanitaria ed ancora di attività scientifica.

AMMINISTRAZIONE.

I Consigli di amministrazione degli ospedali risentono in gran parte delle loro origini di Opere pie. È stata da più parti, in congressi di medicina sociale, avanzata la proposta di nazionalizzare gli ospedali, o quanto meno di regionalizzarli. Ma io ritengo che sia bene che gli ospedali mantengano la loro autonomia amministrativa, con Consigli di amministrazione non pletorici, i cui componenti siano democraticamente eletti attraverso gli Enti e le Organizzazioni locali e scelti tra persone, che abbiano specifica esperienza e competenza tecnica ed amministrativa.

L'edilizia ospedaliera deve essere adeguata alle moderne esigenze di un ospedale; e perché risponda alle necessità funzionali e tecniche deve trovare nella fase progettuale l'intima collaborazione fra il medico e l'ingegnere.

L'esperienza acquisita in questi ultimi decenni, in Italia ed all'estero, permette oggi di affermare che la potenzialità recettiva di un ospedale non debba superare i 600 posti letto.

Gli ampliamenti e i ridimensionamenti di vecchi ospedali, che spesso rappresentano già adattamenti di edifici sorti per altri scopi, non apportano, in genere, i desiderabili miglioramenti funzionali, perché non riescono ad eliminare l'erronea impostazione iniziale, e richiedono comunque spese che non sono proporzionali alle finalità che si intendono perseguire.

Per assicurare il migliore benessere fisico e psicologico al paziente occorre che i reparti di degenza siano dotati anche di ambienti di soggiorno e di adeguati servizi igienici; molta importanza ha anche l'apposita coloritura degli ambienti.

Gli ospedali generali, oltre le classiche divisioni, devono anche tener conto dei servizi di recente sviluppo, quali i centri per l'assistenza agli immaturi, i centri di raccolta per il sangue, l'impianto per il condizionamento d'aria, le centrali di ossigeno, le centrali per segnalazioni acustiche e visive.

NUMERO DEI POSTI LETTO.

Molto si è insistito nella stampa medica e non medica, in congressi nazionali ed internazionali di medicina sociale, sulle deficienze di posti letto, specialmente per l'Italia meridionale e per le Isole.

Un apposito disegno di legge è stato predisposto dal Governo, con uno stanziamento di 21 miliardi per costruzioni ospedaliere affidate alla Cassa per il Mezzogiorno. E lo stesso Presidente del Consiglio, nella sua dichiarazione programmatica, ne riconosce la necessità e l'urgenza, annunziando un piano per la costruzione di nuovi ospedali con le entrate derivanti dallo smobilitamento del demanio immobiliare.

Sull'uno e sull'altro argomento sono stati presentati degli ordini del giorno in sede di Commissione. E v'è da sperare, attraverso l'interessamento dinamico del Ministro della sanità, che i programmi presentati siano celermente resi concreti.

Ed, invero, il numero di posti letto esistente in Italia è molto lontano da quel minimo del 10 per mille abitanti indicato dall'O. M. S. complessivamente per i vari tipi di ospedale, comprendendo in tal numero gli ospedali per acuti, quelli per cronici e quelli per malati mentali, e già superato da alcune Nazioni, quali la Germania ed il Lussemburgo. Anche a fermarci per un momento agli ospedali per gli acuti, cui l'O. M. S. consiglia di destinare 6 posti letto per mille abitanti, la media nazionale, secondo le ultime cifre ufficiali, raggiunge solo il 3,99 per mille, peraltro variamente distribuiti fra le regioni del Nord, che dànno un quoziente di 4,98 per mille, quelle del centro, che scendono ad un quoziente di 4,48 per mille e quelle del meridione e delle isole che scendono ancora all'1,97 per mille. La sperequazione appare ancora più significativa se guardiamo la situazione delle singole Regioni, per cui si passa da un quoziente di 8,06 per mille in Liguria a quello minimo dato dalla Calabria di 0,92 per mille. Eppure anche in Liguria, a Genova, è stato largamente sottolineato, di recente, dalla stampa, un episodio, che ha vivamente commosso l'opinione pubblica, di un bambino morto nel proprio domicilio, in ambiente quanto mai antigienico, dopo aver bussato invano a vari ospedali cittadini ed essere stato respinto per mancanza di posto letto. L'episodio è ancora più sorprendente in quanto in Liguria, a Genova precisamente, si erge, per la pietà e la munificenza di Gaslini,

un complesso sanitario ospedaliero infantile tra i più apprezzati d'Europa per capacità recettiva e per organizzazione di servizi.

In Sicilia la costruzione o la riorganizzazione di alcuni ospedali circoscrizionali, che rispondono nelle grandi linee agli ospedali di 3ª categoria, per parte della Regione siciliana, ha ridotto in questi ultimi anni la grave carenza di posti letto, talché la Sicilia, col quoziente di 2,66 per mille, è passata in testa a tutte le Regioni del Meridione.

Ma la carenza ancora esiste e di misura grave; e grave deve considerarsi la carenza, pur con tonalità diverse in tutta l'Italia.

Assai dimostrativi appaiono i dati forniti da uno studio dell'Istituto di igiene dell'Università di Napoli, relativi ai posti letto disponibili al 31 dicembre 1958, in confronto della popolazione:

Rapporti di comparizione.

	Popolazione	Posti-letto ospedali generali	Posti-letto ospedali specializzati
Italia settentrionale	44 %	61 %	53 %
Italia centrale	20 %	22 %	18 %
Italia meridionale	23 %	9 %	19 %
Italia insulare	13 %	8 %	10 %
Totale	100 %	100 %	100 %

Queste percentuali, molto suggestive in verità, ci dicono che al 44 per cento della popolazione, nell'Italia settentrionale, corrispondono rispettivamente il 61 per cento dei posti letto negli ospedali generali ed il 53 per cento negli ospedali specializzati; al 20 per cento della popolazione nell'Italia centrale, corrispondono il 22 per cento dei posti-letto negli ospedali generali ed il 18 per cento negli ospedali specializzati; nell'Italia meridionale, al 23 per cento della popolazione corrispondono il 9 per cento dei posti-letto negli ospedali generalizzati ed il 19 per cento negli ospedali specializzati ed, infine, nell'Italia insulare al 13 per cento della popolazione corrispondono il 10 per cento dei posti letto negli ospedali generali e l'8 per cento negli ospedali specializzati.

È interessante, del pari, la tabella che, nello stesso studio, ci dà la percentuale dei posti letto (generali-sanatoriali-neuropsichiatrici) fra le varie regioni:

Percentuale di posti letto tra le regioni.

Gruppo Nord:

Piemonte	9,0 %	mancano	8.000	posti	letto
Valle d'Aosta	3,6 %	»	1.000	»	»
Lombardia	10,0 %	»	5.000	»	»
Trentino-Alto Adige	—	»	—	»	»
Veneto	10,0 %	»	4.000	»	»
Friuli-Venezia Giulia	—	»	—	»	»
Liguria	11,7 %	»	—	»	»
Emilia-Romagna	9,2 %	»	6.000	»	»
Toscana	9,8 %	»	3.000	»	»
Totale		mancano	27.000	posti	letto

Gruppo Sud:				
Umbria . . .	6,7 %	mancano	4.000	posti letto
Marche . .	8,0 %	»	4.000	» »
Lazio	7,8 %	»	12.000	» »
Abruzzi e Molise	3,7 %	»	12.000	» »
Campania	6,2 %	»	22.000	» »
Puglia	4,3 %	»	23.000	» »
Basilicata	1,1 %	»	6.000	» »
Calabria	2,8 %	»	17.000	» »
Sicilia	5,2 %	»	27.000	» »
Sardegna . .	4,6 %	»	8.000	» »
Totale		mancano	135.000	posti letto

Nel Gruppo Nord sono curati annualmente 2.032.000 ammalati su 25 000.000 abitanti, nel Gruppo Sud sono curati 1.067.000 ammalati su 24 500.000 abitanti.

Ma più ancora che la carenza del numero dei posti-letto si impone, e con urgenza, all'attenzione del Ministro della sanità, l'equa distribuzione e la riqualificazione degli ospedali. Vi sono delle zone in cui si lamentano inutili doppioni ed insieme gravi lacune; e molti sono ancora, specie nel Meridione, gli Ospedali, che non rispondono affatto, non dico alle esigenze di un ospedale moderno con i suoi compiti curativi, preventivi, educativi, ma neanche a quelli più modesti del l'ospedale tradizionale a funzioni esclusivamente curativi. con quel minimo di attrezzatura imposta dalla tecnica e dai ritrovati della medicina moderna.

Si calcola che, forse, 160-180.000 posti-letto in Italia hanno necessità ed urgenza di essere riqualificati: e che la spesa media per la riqualificazione si aggira sui 2 milioni per posto-letto. Questa forse è la parte più urgente che merita di essere affrontata.

E, poiché è inscindibile nel settore ospedaliero la parte dell'edilizia e dell'attrezzatura da quella amministrativa e sanitaria propriamente detta, appare necessario ed urgente che al Ministero della sanità siano attribuiti i più ampi poteri in questo settore, in modo che possa por mano ad un programma razionale di costruzioni e di riqualificazioni degli ospedali, a partire dalle zone più deficitarie.

Case di cura private.

La carenza di posti-letto ha fatto sorgere in Italia, e specialmente nell'Italia meridionale, un gran numero di case di cura private, che aveva portato già nel 1958 a 62.247 posti-letto. Nell'Italia meridionale il numero delle case di cura private è di poco inferiore a quello degli istituti pubblici. Alcune di queste case di cura rispondono, invero, e per l'edilizia e per l'attrezzatura, alle esigenze della medicina moderna. Ma molte altre, allogate in case private, non offrono certo garanzie sufficienti per una adeguata assistenza. Manca una adeguata disciplina per le case di cura. Una proposta di legge è all'esame dell'altro ramo del Parlamento, intesa a dare disciplina giuridica agli istituti di cura privati.

L'iniziativa privata ha avuto il merito, con le sue mille e più case di cura medico-chirurgiche e sanatoriali, di aver colmato una reale lacuna in questo settore, ma deve essere disciplinata in relazione ai compiti sociali, che essa viene ad assolvere e deve adeguarsi all'evoluzione, che ha subito la tecnica ospedaliera ed al progresso raggiunto dalla medicina moderna.

Il Ministero della sanità, con i suoi organi periferici, non può disinteressarsi della vita e della gestione di queste case di cura: non basta che questi istituti di cura, come avviene oggi, siano controllati nella edilizia e nella attrezzatura al momento della autorizzazione di apertura e di esercizio, ma la vigilanza deve mantenersi costante per quello che riguarda la funzionalità dei vari impianti e non può disinteressarsi dei titoli specifici del personale sanitario responsabile, come anche della preparazione e del trattamento economico e normativo del personale ausiliario e di assistenza, e di un efficiente servizio di guardia diurno e notturno e della tabella dietetica.

Non credo si possano seguire le istanze di coloro che, addebitando alla casa di cura una parte di responsabilità per la crisi economica, che travaglia gli ospedali, ne vorrebbero la soppressione: le case di cura private corrispondono oggi ad una insopprimibile esigenza nel pubblico interesse e nel pubblico interesse vanno convenientemente disciplinate ed aventualmente riqualificate.

RETTE OSPEDALIERE.

Uno dei motivi più gravi ed acuti dell'attuale crisi ospedaliera è dato dalla difficoltà di realizzare le rette ospedaliere. Una prima difficoltà viene creata dai bilanci deficitari dei comuni, che non sono in condizione di far fronte agli impegni di rette ospedaliere. Lo Stato ha cercato di venire incontro a queste difficoltà, provvedendo a delle anticipazioni sulle rette non contestate per i poveri a carico dei comuni. E la Regione siciliana, con un proprio recente provvedimento legislativo, si è assunto il 75 per cento dell'onere della retta, che dovrebbe pesare sui bilanci comunali. Ma la più grossa difficoltà per la vita finanziaria degli ospedali è data dal mancato riconoscimento da parte degli Enti mutuo-assistenziali delle rette minime deliberate dai Consigli di amministrazione e che, dopo l'approvazione degli organi di tutela, diventa obbligatoria per i comuni.

Oggi la legge attribuisce ai Comitati provinciali di assistenza e di beneficienza ed alle autorità provinciali il controllo di legittimità e di merito delle rette ospedaliere e le Amministrazioni ospedaliere debbono documentare, sulla base dei bilanci consuntivi, il costo dei servizi, per poter ottenere ogni eventuale aumento. Strano veramente appare che, dopo l'approvazione delle Autorità tutorie, le rette diventino obbligatorie per i comuni, notoriamente per la più gran parte dissestati, e non lo diventino per i vari Enti mutuo-assistenziali. L'autorità giudiziaria ha confermato ripetutamente il principio della obbligatorietà del rispetto delle rette ospedaliere per tutti gli Enti, che si avvalgono dei servizi dell'ospedale.

È stata sollevata l'obiezione che l'Ente pubblico, l'ospedale, ha oneri per il personale di assistenza, sanitaria ed ausiliario, di gran lunga superiore di quelli delle case di cura private. A parte la considerazione che l'ospedale mantiene in Italia in media un onere percentuale per il personale decisamente inferiore a quello degli altri ospedali europei ed extraeuropei, a parte la circostanza che gli infermieri nei vari ospedali sono chiamati a provvedere alla assistenza di un numero di malati, nella media, superiore ai 30 massimi previsti dalla legge vigente, prima di concludere che gli ospedali hanno un onere eccessivo per il personale di assistenza bisognerebbe dimostrare che le case di cura, col loro personale ridotto, vengano a soddisfare alle esigenze di assistenza diurna e notturna e che detto personale goda di un trattamento economico e normativo, quale previsto dagli accordi sindacali nazionali.

Vi è un dato di fatto inoppugnabile per concludere che le rette ospedaliere in Italia rispondono appena al costo dei servizi ospedalieri per la cura degli ammalati. Senza voler prendere, come termine di paragone le cifre di 10.000 lire per giornata di degenza dell'America, e le 7-8.000 lire della Francia, quasi tutti gli ospedali all'estero, che hanno una organizzazione pari a quella della più gran parte degli ospedali d'Italia, ad indirizzo quasi esclusivamente di cura degli infermi ricoverati, presentano rette di degenza superiori a quelle italiane.

Io mi rendo ben conto che gli Istituti di assicurazione malattie possono chiedere una retta differenziata, dalla quale siano esclusi tutti gli oneri, che non siano strettamente legati alla cura dell'ammalato. Ma bisogna intendersi al riguardo: il costo dei servizi non può non comprendere la manutenzione dei locali, il periodico rinnovo delle attrezzature, anche per adeguarsi alle moderne esigenze della terapia, oltre al vitto ed ai presidi terapeutici. Non possono non ricadere, però, sul costo dei servizi anche le spese di amministrazione, se l'ospedale, come avviene per la più gran parte degli ospedali d'Italia, anche per quelli di 1° categoria, lungi dall'avere potuto affrontare le esigenze inerenti alla medicina preventiva, all'istruzione e all'addestramento del personale ed al collegamento con le famiglie degli assistiti, mantiene ancora, e soltanto, le funzioni del vecchio ospedale, nel senso tradizionale, della cura, cioè, degli infermi ricoverati. Anche le spese di pronto soccorso non possono essere stralciate dal costo dei servizi e, quindi, dalla retta ospedaliera: il pronto soccorso è aperto a tutti i cittadini, assicurati e non assicurati, e, quindi, anche e specialmente, all'83,17 per cento dei cittadini italiani assicurati; gli abbienti, di regola, al pronto soccorso sono chiamati a pagare le prestazioni ricevute e tale somma viene ad alleggerire l'onere complessivo della spesa di pronto soccorso. E il pronto soccorso, è noto, adempie a funzioni prettamente curative.

Logica appare la richiesta di rette differenziate, quando gli ospedali hanno assunto od assumeranno anche i compiti di medicina preventiva, di addestramento e di istruzione per infermieri professionali ed infermieri generici, per infermieri specializzati, per puericultrici, per assistenti sanitarie; quando gli ospedali asssumeranno anche il ruolo, così importante dal punto di vista sociale, di un

regolare costante collegamento con le famiglie dei ricoverati,

Ma quanti sono oggi in Italia gli ospedali, che si sono adeguati a queste nuove esigenze? Il numero è da considerare assolutamente trascurabile, quasi inesistente ai fini delle rette medie ospedaliere, se si pensa che solo una quarantina di ospedali di 1ª e di 2ª categoria, tra tutti gli ospedali italiani, hanno organizzato una scuola per infermiere professionali, che pur sarebbe obbligatoria per gli ospedali di 1ª categoria: anche in questo caso, peraltro, il carico non è del tutto passivo se molti di questi ospedali utilizzano, nei servizi di corsia e di sala operatoria, le allieve delle scuole professionali, riducendo il numero dei salariati fissi. A queste esigenze non strettamente connesse con la cura dell'ammalato è logico e giusto che l'ospedale provveda con altre entrate, a carico dello Stato, della Regione, degli Enti locali, se non ha redditi patrimoniali propri.

E la retta differenziata, in questi casi, che nella realtà possiamo considerare non per gli ospedali di oggi ma per quelli dell'avvenire, deve essere applicata così ai comuni come agli Enti di assicurazione malattie ed agli Enti pubblici in generale.

Oggi, per il dovuto rispetto delle leggi vigenti, per l'ossequio alla giurisprudenza recente, per ragioni di carattere morale, per le esigenze di una adeguata assistenza ai ricoverati tutti, assicurati e non assicurati, è necessario che le rette approvate dalle Autorità tutorie diventino obbligatorie per tutti quelli, che si avvantaggiano dei servizi ospedalieri. Gli ospedali, piccoli e grandi, nella quasi totalità, come ho detto, in funzione esclusivamente di cura dei ricoverati, si trovano nella più gran parte in condizioni fallimentari, oberati da debiti sempre crescenti, gravati dai relativi interessi, con scoperture di cassa spesso paurose, che mettono qualche volta gli amministratori in condizione di non potere far fronte alle più modeste e alle più urgenti esigenze di cura dei ricoverati.

Non ho qui voluto soffermarmi sugli ospedali convenzionati con le cliniche universitarie o clinicizzati: questi ospedali, pochi, peraltro, in Italia, offrono anche per il numero notevole di assistenti volontari che essi ospitano, la migliore assistenza ospedaliera; e gli ospedali clinicizzati, o convenzionati, godono di contributi a carico delle Amministrazioni universitarie, di personale, di materiale di laboratorio, di somme finanziarie, per cui il costo dei servizi ospedalieri viene ad essere alleggerito, anziché aggravato.

Pochissime sono in Italia le cliniche universitarie ad ordinamento autonomo, controllate oggi esclusivamente dalle amministrazioni universitarie: modesto, pertanto, è il contributo in posti-letto, che esse possono portare nel quadro generale della organizzazione ospedaliera in Italia; gli oneri relativi ricadono sui bilanci delle amministrazioni universitarie.

Si comprende, peraltro, facilmente come gli Enti di assicurazione malattia, nella difesa dei loro bilanci, cerchino di ridurre l'onere per rette ospedaliere, forti delle più modeste rette offerte dalle case di cura. Tengano, però, presente questi Enti che non sempre le case di cura sono in grado di offrire l'assistenza auspicabile e che agli ospedali finiscono per affluire gli ammalati più gravi e di più difficile trattamento e per i quali il costo dei servizi supera sensibilmente la media sulla quale viene fissata la retta ospedaliera. Non possono gli Enti mutuo-assistenziali chiedere agli ospedali dissestati il sacrificio di una assistenza per i loro assicurati con una spesa inferiore al costo dei servizi stessi. La tutela dei bilanci non può essere effettuata a danno degli ospedali dissestati perché si risolverà in un danno dell'assistenza agli assicurati. Si prendano in esame tutte le voci dei bilanci di tali Enti per studiare se non possano essere realizzate economie in altri campi, senza danno per i lavoratori.

L'assistenza farmaceutica, per esempio, incide in Italia sui bilanci della maggior parte degli Enti in misura sensibilmente superiore di quanto non gravi per altri Paesi vicini e lontani; e se da un approfondito esame risultasse che anche le altre voci di bilancio non possono essere contratte, si ponga il problema di incrementare le entrate, attraverso le vie che il Governo riterrà più opportune.

So che il Ministro della sanità ha già portato la sua attenzione su questo spinoso problema e sono certo che saprà presto risolverlo, secondo criteri di equità e di giustizia, nel preminente interesse della assistenza sanitaria del Paese.

Personale ospedaliero.

Un disegno di legge di iniziativa governativa è all'esame della Camera dei deputati per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali; ed altre proposte di legge di iniziativa parlamentare, di cui una già approvata dall'altro ramo del Parlamento, aspettano l'attento esame del Parlamento. Ho rilevato con soddisfazione

l'impegno del Ministro dellla sanità di porre subito il problema alla particolare attenzione del Parlamento.

Le situazioni proposte non appaiono concordi, ché anzi vivi contrasti si sono delineati tra il personale direttamente interessato.

L'attenzione del Parlamento non può intanto non fermarsi, contemporaneamente ai problemi relativi alla preparazione ed allo stato giuridico degli infermieri professionali, degli infermieri generici, del personale ausiliario, e della loro riqualificazione, alla riorganizzazione delle scuole convitto per infermiere professionali, ai corsi (dei quali si sente sempre più il bisogno di fronte ai problemi della medicina moderna) per la specializzazione professionale nel campo della fisioterapia, della camera operatoria, della puericoltura, della dietetica, ecc. Né può essere trascurato, oggi, il problema dei tecnici, specialmente nel campo della radiologia e dei laboratori di analisi cliniche. È maturo, a me pare, sia il problema relativo alla immissione più concreta degli uomini nella assistenza infermieristica ospedaliera.

La disciplina dei concorsi, che è stata oggetto in questi ultimi anni di vari provvedimenti legislativi a carattere transitorio, merita di essere esaminata con criteri unitari, a partire dai concorsi per direttore sanitario a quelli dei primari, degli aiuti, degli assistenti, al fine di correggere eventuali sperequazioni: per i concorsi a direttore sanitario, per esempio, concorsi per soli titoli per gli ospedali di 1ª categoria, è lasciata ampia discrezionalità alla Commissione nella valutazione dei titoli, mentre per i concorsi di primario, che pur sono concorsi e per titoli e per esami, la Commissione è chiamata a muoversi entro un binario rigido, quale quello fissato dalla legge del 1938.

E, nel quadro dei concorsi ospedalieri, io ritengo che il Parlamento dovrà porre attenzione ai concorsi per gli Istituti provinciali di assistenza alla prima infanzia (brefotrofi). Questi Istituti vanno diventando dei veri e propri ospedali specializzati, ma si sottraggono, oggi, alle norme che disciplinano i concorsi ospedalieri, obbediscono alle norme le più disparate, ora per soli titoli, ora per titoli ed esami, con la più ampia discrezionalità di giudizio delle Commissioni giudicatrici.

Nel quadro della riorganizzazione dei servizi ospedalieri occorre tenere presente anche la necessità della collaborazione ostetrico-pediatrica, invocata più volte negli ultimi anni in congressi nazionali ed internazionali, onde portare un contributo efficace alla lotta contro la mortalità perinatale e neonatale, particolarmente elevata. tuttora, in Italia.

Un'altro quesito opportunamente posto dalla categoria interessata, e che merita di essere risolto, nell'interesse generale dei servizi e per i riflessi economici a carico delle amministrazioni ospedaliere, è quello relativo alla facoltà fra le amministrazioni ospedaliere di provvedere ai posti vacanti, almeno per quanto si riferisce ai primari di ruolo, mediante trasferimenti da ospedali della stessa categoria. Va da sè che in questi casi, così come avviene per le Cattedre universitarie, le Amministrazioni ospedaliere, nella loro piena discrezionalità, potrebbero volta a volta decidere se provvedere alla vacanza mediante concorso o mediante trasferimento, che potrebbe trovare garanzia nell'obbligo di un giudizio comparativo tra gli interessati, che ne avessero fatto richiesta. Ne verrebbe uno stimolo per i primari, che mal volentieri si sottopongono, in età non più giovane, a nuova prova di esame, a tenersi aggiornati e a migliorare i propri titoli pratici e scientifici.

Assai utile certamente, nell'interesse della preparazione dei giovani medici, l'inserimento degli ospedali nell'insegnamento universitario e post-universitario: gli ospedali di 1ª e 2ª categoria potrebbero essere ottime palestre per i laureandi e per i neolaureati, nell'attesa di affrontare l'esame di abilitazione professionale e potrebbero, sempre a titolo volontario, soddisfare quest'altra esigenza nel pubblico interesse, senza affrontare particolari gravosi oneri.

Ospedali psichiatrici.

Il problema del rinnovamento della legge sugli ospedali psichiatrici è stato oggetto in questo dopo guerra, e non soltanto in Italia, di appassionato esame da parte di medici, giuristi e sociologi, nella tormentosa ricerca di un punto di equilibrio tra la libertà individuale, le esigenze dettate dalle cure più moderne, le esigenze della sicurezza sociale. Non sono mancate in sede parlamentare apprezzate proposte di legge presentate nei due rami del Parlamento.

So che il Ministero della sanità ha allo studio un disegno di legge, che facendo tesoro di tutte le osservazioni, le obiezioni, le proposte, porterà, presto, spero, ad una efficace strumento legislativo, modernamente proteso a combattere una piaga sociale, che diventa sempre più grave per il crescente numero dei colpiti, i quali, peraltro, attraverso le moderne terapie, possono, in buona

parte, essere reinserite nella vita sociale. Una particolare attenzione va dedicata anche alla profilassi della disintegrazione neuropsichica, con l'incremento ed il potenziamento dei centri medico-psico-pedagogici, che possono consentire, con la collaborazione degli organi del Ministero della pubblica istruzione, una opportuna ricerca ed una accurata selezione, già fin dalle prime classi elementari.

OSPEDALI GERIATRICI.

Ai fini anche dell'alleggerimento della pressione nei reparti per acuti circa le impossibilità di posti-letto, è bene sia affrontato, nella riqualificazione e nel riordinamento degli ospedali, il problema degli ospedali geriatrici, per i quali l'esperienza, pur ancora limitata in Italia ed all'Estero, fa prevedere un minor costo della retta. È un problema, che merita di essere affrontato presso le singole provincie, insieme a quello dei convalescenziari e degli ambulatori specializzati, nel panorama di una moderna assistenza sociale.

Il capitolo di competenza della spesa, inserito nello stato di previsione per l'anno finanziario 1962-63, e che non riguarda, peraltro, soltanto l'assistenza sanitaria ospedaliera, pur nelle variazioni in aumento proposte, appare, invero, assai modesto. Ma in questo settore, più che il contributo da parte del Ministero, si impone, per l'Amministrazione sanitaria centrale, un aggiornamento delle strutture.

OPERA NAZIONALE MATERNITA' INFANZIA

Lo stato di previsione della spesa per il bilancio della sanità segna anche quest'anno al capitolo n 45 uno stanziamento di 15 miliardi a favore dell'Opera nazionale maternità infanzia, così come nei due esercizi precedenti. La somma, pur rappresentando una aliquota notevole della spesa prevista per il Ministero della sanità, è assolutamente inadeguata alle esigenze dell'Opera, in relazione ai compiti della legge ad essa affidati.

Questo stato di fatto è stato da anni ripetutamente denunciato in seno alle Commissioni legislative per l'Igiene e la Sanità della Camera e del Senato, da parte di tutti i gruppi politici, ed ha indotto il Governo a presentare ripetuti disegni di legge per sanare, a volta a volta, il disavanzo finanziario, che si era venuto a creare. L'utimo disegno di legge (n. 3177), poi approvato alla fine del 1961 dalle Commissioni di Igiene e Sanità, nel deliberare un ulteriore contributo finanziario di tre miliardi, in tre esercizi successivi, ha sottolineato la necessità e l'urgenza di provvedere allo sviluppo delle istituzioni dipendenti dall'O. N. M. I. e di rendere più efficienti le attrezzature delle istituzioni in atto esistenti. Appare contradditoria, pertanto, l'affermazione della necessità di uno sviluppo delle istituzioni dell'O. N. M. I. con lo stanziamento in bilancio di una somma inalterata per la gestione di dette istituzioni, somma che si era rilevata insufficiente già negli esercizi decorsi.

Detto stanziamento appare decisamente inferiore, peraltro, a quello attribuito all'Opera nel 1938 (108 milioni) ed ancora più nel 1943 (poco più di 399 milioni) se si tiene conto del mutato valore di acquisto della moneta e del numero di istituzioni sempre crescenti.

Uno sguardo allo specchietto qui riportato ci dà la dimostrazione del notevole incremento delle istituzioni dell'O. N. M. I. in tutti questi anni.

Istituzioni dell'O. N. M. I.

	1938	1943	1950	1959	1961
Casa della madre e del bambino	162	192	217	396	457
Consultori pediatrici	4.347	4 461	3.848	5 842	6.085
Consultori dermosifilopatici	—	134	64	257	265
Centri medico-psico-pedagogici	—	-	10	50	84
Asili-nido diurni	167	246	59	452	497
Donne assistite	228.792	201.930	168 000	356.339	354.178
Minori assistiti	1 354 894	1 376.210	1 045.000	1.541.906	1.580.818

Le Case della madre e del bambino (che rappresentano il nucleo centrale delle istituzioni dell'O. N. M. I.) sono passate da 162 nel 1938 a 192 nel 1943 ed a 457 nel 1961; il che avrebbe richiesto un finanziamento di oltre 22 miliardi al confronto del 1938 e di oltre 26 miliardi al confronto del 1943. E, del pari, un notevole incremento si è avuto per i consultori pediatrici, materni, dermosifilopatici, medico-psico-pedagogici, per gli asili-nido, pur restando in questo campo assai lontani dall'organizzazione giustamente auspicata, in sede di Commissione, nel corso dell'esame del bilancio, di un servizio nazionale di nidi-asilo a carattere residenziale per la vigilanza diurna e l'assistenza preventiva per i bambini dei primi tre anni di vita, organizzazione questa ultima, che importerebbe da sola la spesa di oltre 600 miliardi e che, pertanto, rappresenta una meta da perseguire con costanza ma con realizzazione graduale.

Sta di fatto che l'O. N. M. I. chiude al 30 giugno 1962 con un disavanzo finanziario di oltre 3 miliardi e che assai maggiore sarà il disavanzo per il prossimo esercizio finanziario, se si tiene presente che altre 30 nuove Case della madre e del bambino entreranno prossimamente in funzione, e che è stata di recente stipulata una convenzione con l'I. N.-A. M. per l'assistenza agli anormali fisici recuperabili, che è sensibilmente maggiore la spesa prevista per gli illegittimi riconosciuti dalla madre (per i quali compete all'Opera un terzo della somma globale, che ha già raggiunto solo per la parte che compete all'O. N. M. I. l'onere di 2 miliardi e 150 milioni), se si tengono presenti le legittime rivendicazioni economiche del personale dipendente.

L'O. N. M. I., dopo di aver sanato le gravi ferite inferte dalla guerra, ha dato un notevole incremento alle proprie istituzioni, che superano oggi la cifra di 11.000, con conseguente notevole aumento del numero degli assistiti, che toccano quasi 2 milioni di unità. Eppure, da più parti si è sottolineata la necessità di colmare con urgenza le lacune esistenti nell'Italia meridionale e nelle Isole ed una eco si è avuta anche attraverso vari ordini del giorno, presentati in Commissione in sede di discussione del bilancio della Sanità.

L'O. N. M. I. ha dato, certamente, un notevole contributo alla riduzione della morbosità e della mortalità infantile, la quale ultima è scesa da 120 del 1927 a 40,1 nel 1961. Ma lungo ancora è il cammino da percorrere in questo campo, se si tiene presente che la mortalità infantile (mortalità nel primo anno di vita) è scesa nella Svezia, nei Paesi Bassi, nella Nuova Zelanda a cifre di 21, 20, 19 negli ultimi anni. Ed ancora più faticoso è il cammino da percorrere nel campo della mortalità perinatale, che in questi ultimi anni non ha subito che una lieve diminuzione: dal 1950 al 1955 infatti, mentre la natimortalità si è ridotta da 33,3 a 27,9 per mille nati vivi, la neonatimortalità precoce è passata dal 19,4 al 18,7 per mille. Queste cifre non sono da considerare incomprensibili, se la Svizzera ha potuto vedere ridotta al 15 per mille la natimortalità, l'Olanda al 12 per mille la neonatimortalità.

Non sarebbe, peraltro, saggio criterio amministrativo quello di creare sempre nuove Case della madre e del bambino e di incrementarne lo sviluppo per chiudere poi i battenti per la inadeguatezza e la mancanza delle somme necessarie per la gestione.

Non risponde alla realtà dei fatti l'affermazione che le Case della madre e del bambino rappresentano solo delle brillanti facciate, talvolta lussuose, dietro le quali c'è il vuoto, o quasi: tali si renderanno nell'avvenire se mancheranno i mezzi per le spese di gestione.

Sia, peraltro, ben presente che le Case della madre e del bambino sono state tutte costruite col contributo più o meno cospicuo di Enti locali o di privati, contributo che va dall'offerta gratuita del suolo alla erogazione di diecine di milioni. Se si è voluto cedere in questi casi a qualche motivo ornamentale, rappresenta questo un particolare trascurabile, che si risolve, pur sempre, in un vantaggioso potenziamento della pubblica assistenza.

Un esame comparativo poi delle retribuzioni del personale, e di assistenza in genere, mostra a chiare note che le retribuzioni erogate dall'Ente, per il personale di ogni ordine e grado, sono decisamente inferiori a quelle che altri Enti statali e parastatali danno al personale, che esercita uguali funzioni e che è investito di uguale responsabilità. Talché non si può, per ragioni di giustizia distributiva e per evitare un esodo degli elementi più qualificati, negare più oltre un adeguamento dei compensi e dei salari.

Voglio, a questo punto, sottolineare che le spese generali di amministrazione dell'O. N. M. I. si mantengono sempre in limiti assai modesti: nell'ultimo bilancio consuntivo del 1960-61 la somma rappresenta solo

il 4,43 per cento della spesa complessiva di bilancio. Una spesa così esigua trova la sua spiegazione nella circostanza che la maggior parte degli oneri per i locali ed il personale amministrativo degli Organi periferici (Federazioni provinciali e Comitati comunali) grava, tuttora, in virtù della legge 24 dicembre 1934, n. 2316, sulle Amministrazioni comunali e provinciali. E provincie e comuni hanno a più riprese sollevato proteste a questo onere che ad essi viene attribuito in virtù della legge sopracitata, quando la legge stessa attribuiva al preside della provincia ed al podestà la presidenza delle Istituzioni dell'O. N. M. I. Oggi i presidenti delle Amministrazioni provinciali ed i sindaci sono stati estraniati, attraverso il regime commissariale, che si protrae da 17 anni, dalla vita dell'O. N. M. I.: solo 7 Federazioni su 93 provincie hanno una amministrazione ordinaria (conforme alla legge del 1934) ed in altre 6 provincie il Commissario dell'O. N. M. I. si identifica nel presidente della Amministrazione provinciale. Il Consiglio di Stato, con ripetute decisioni, si è pronunciato per la illegittimità di questo regime commissariale.

Il Consiglio centrale dell'O. N. M. I., invero, a varie riprese, si è occupato di questa anomala situazione, ed un disegno di legge, sollecitato dall'Opera, era stato presentato dal Governo all'altro ramo del Parlamento nel gennaio 1954, nell'intento di riordinare, su basi democratiche, gli Organi direttivi centrali e periferici dell'O. N. M. I. Ma questo disegno di legge, alla fine del 1955, veniva ritirato nell'auspicio che un nuovo strumento legislativo affrontasse integralmente il problema della assistenza alla madre ed al bambino. Ma questa aspettativa è rimasta tuttora insoddisfatta (e sono decorsi sette anni !), pur essendo state presentate in Parlamento varie proposte di legge in merito.

La Commissione di Igiene e Sanità si è mostrata, più volte, pienamente concorde sulla opportunità di una revisione delle leggi relative alla assistenza alla madre ed al bambino ed io mi auguro che un approfondito esame, in questo senso, sia portato sollecitamente a compimento. Ma non si rinunzi, nell'attesa del meglio, a realizzare l'organizzazione democratica degli organi periferici dell'O. N. M. I., sia per non rinunziare al contributo di pensiero e di attività di quanti in periferia possono utilmente cooperare per una adeguata assistenza alla madre ed al bambino, sia anche per tacitare le legittime proteste delle Amministrazioni provinciali e comunali, che si vedono costrette a particolari oneri in base alla legge del 1934, legge che viene, poi, praticamente messa nel nulla per la parte che la chiama ad intervenire attivamente nella vita delle istituzioni periferiche dell'O. N. M. I.

Ma, fino a quando nuovi strumenti legislativi non verranno a riordinare questo importante settore della vita nazionale, io ritengo che non si possano negare all'Opera nazionale maternità ed infanzia i mezzi necessari per adempiere i compiti di istituto; noi faremmo grave danno alle madri ed ai bambini illegittimi e bisognosi ed accresceremmo ancor di più la sperequazione di trattamento tra l'infanzia legittima e quella illegittima, che trova in ogni caso la necessaria assistenza da parte delle Amministrazioni provinciali.

Questa grave situazione di disagio finanziario non potrà trovare certamente adeguata soluzione nelle pieghe del bilancio del Ministero della sanità, che è oggi all'esame della Camera dei Deputati.

Il problema, sempre acuto, deve pertanto essere segnalato alla vigile attenzione del Governo per gli urgenti inderogabili provvedimenti del caso.

LOTTA ANTITUBERCOLARE

È il settore nel quale lo stato di previsione della spesa del Ministero risulta particolarmente impegnato, con i capitoli nn. 68, 69, 70, 71 e 72 dell'esercizio in esame: si ha una previsione di spesa di 17 miliardi 755 milioni, con una variante in meno di 266 milioni nei confronti dell'esercizio precedente.

L'impegno del Ministero della Sanità in questo campo appare giustificato per la morbosità ancora elevata, registrata anche negli ultimi anni. Se la mortalità infatti è passata dai 41.662 casi del 1933 agli 8.404 casi del 1959, il numero di nuovi casi accertati appare assai elevato (65.457 nel 1959 al confronto dei 72.233 casi del 1933): dal quoziente, quindi, di 1,72 per mille abitanti del 1933 siamo scesi a 1,29 per mille del 1959. I portatori di bacilli in libera circolazione inevitabilmente aumentano e, per conseguenza, si lamenta quà e là una recrudescenza di infezioni primarie.

È necessario, pertanto, mantenere efficienti i dispensari antitubercolari per la diagnosi precoce e le cure ambulatoriali, favorire il ricovero dei tubercolotici anche per evitare la diffusione della malattia, assicu-

rare una conveniente assistenza post-sanatoriale agli infermi tubercolotici, dimessi dagli Istituti di cura, fino alla guarigione clinica, potenziare i servizi schermografici, accrescere il numero delle assistenti sociali, anche ai fini di una migliore educazione delle masse nella difesa contro questa grave malattia.

Un campo, che meriterebbe un particolare incoraggiamento da parte del Ministero è quello della vaccino-profilassi antitubercolare, che risultati così brillanti ha dato in alcuni Paesi europei ed extraeuropei, specie dopo la campagna intrapresa nell'immediato dopoguerra dall'U. N. I. C. E. F.: accanto alla vaccinazione con bacilli vivi attenuati (B. C. G.) sarebbe opportuna una più larga sperimentazione di vaccinazione con germi morti tipo Petragnani-Salvioli, specialmente nella più recente preparazione del V. D. S. (Vaccino diffondente Salvioli). I risultati conseguiti negli ultimi anni col V. D. S., di facile pratica e sicuramente innocuo, offrono la possibilità non soltanto di un sicuro movimento immunitario specifico a protezione delle giovani generazioni particolarmente esposte all'infezione tubercolare, ma anche di un aumento delle difese organiche contro altre malattie infettive. Quest'arma preziosa, se largamente utilizzata attraverso una efficace propaganda, potrà, nel volgere di pochi anni, insieme alla chemioprofilassi della malattia tubercolare dei soggetti infetti con idrazide dell'acido isonicotinico, avere facile ragione dell'ancora elevato numero di forme tubercolari attive.

Apprezzabile certamente il piano per l'eradicazione della tubercolosi, che dovrebbe avere inizio in Sardegna: la rapida ospedalizzazione dei soggetti sospetti, abbisognevoli di accertamenti non facilmente rilevabili nei dispensari, porterà un contributo alla diagnosi precoce e servirà ad eliminare, in alcuni casi, dalla libera circolazione ammalati di forme iniziali, che inconsapevolmente diffondono bacilli tubercolari nell'ambiente.

LEBBRA

La Commissione di Igiene e sanità ha di recente approvato, in sede legislativa, il disegno di legge, che eleva il sussidio giornaliero a carico dello Stato agli infermi affetti da lebbra, sia ricoverati in luoghi di cura che assistiti a domicilio, ed ai loro congiunti; e ciò, indipendentemente dalle loro condizioni di assoluto bisogno. Per provvedere alla aumentata spesa derivante da questo nuovo provvedimento di legge, è stata accantonata negli appositi fondi speciali del Ministero del tesoro la somma di 30 milioni.

Queste provvidenze trovano piena giustificazione nella situazione particolarmente pietosa in cui versano i lebbrosi ed i loro familiari: per quanto le moderne cure riescano a dominare le manifestazioni più gravi della malattia, si tratta, purtroppo, di ammalati, che si possono considerare definitivamente condannati ad una lunga vita di segregazione o di semisegregazione; ed i loro familiari, pur senza manifestazioni di avvenuto contagio, restano lunghi anni, talvolta tutta la vita, sotto l'incubo di vedere comparire da un momento all'altro i segni della terribile malattia: si conoscono casi in cui le manifestazioni morbose sono intervenute a distanza di 30 anni dall'accertato contagio.

Il numero di questi ammalati è in leggero aumento: le ultime statistiche segnalano 516 infermi, con 355 familiari a carico.

Data la natura della malattia, bisognerebbe cercare di riunirli tutti in apposite colonie agricole, così come è stato fatto per la colonia di Gioia del Colle, per dar loro modo, dati i lunghissimi anni di segregazione cui sono costretti, di avere una occupazione, che li distolga dal pensiero costante della loro angosciosa situazione: molti di questi ammalati, purtroppo, vivono ancora in centri ospedalieri a diretto contatto, o quasi, con altri ammalati o in reparti specializzati situati nei centri cittadini, col pericolo anche di contagio per l'ambiente circostante.

MALATTIA POLIOMIELITICA

Dopo la recrudescenza della malattia lamentata nel 1958, i casi di poliomielite registrati, pur con sensibili variazioni nelle varie Regioni, appaiono in netta diminuzione, in coincidenza con la diffusa pratica vaccinale operata nel nostro Paese.

Ma la malattia, come per altre forme infettive, può presentare improvvise recrudescenze epidemiologiche, inspiegabili spesso, per cui si impone una assidua propaganda ed una intensa, costante azione profilattica. E, poiché la malattia colpisce ancora nel nostro Paese prevalentemente i bambini dei primi tre anni di vita, anche se accenna a spostarsi verso età successive, è verso i più piccoli bambini che va diretta l'azione profilattica su assai larga scala, anche nella considerazione che, dopo i primi anni di vita, attraverso più prolungati contatti col mondo esterno si va instaurando, tramite le microinfezioni una immunizzazione naturale che nei vaccinati potenzia l'immunità vaccinica.

Vivaci polemiche si sono accese in questi ultimi anni, e non soltanto nel campo scientifico, ma anche sulla stampa politica ed in Parlamento, per la scelta del vaccino da utilizzare nella profilassi antipoliomielitica.

Il vaccino tipo Salck (con *virus* uccisi) è quello che in Italia è stato più largamente utilizzato, se si fa astrazione ad una limitata sperimentazione col vaccino tipo Sabin (con *virus* vivo attenuato). Sulla base dell'esperienza realizzata nel nostro Paese e su quella più larga di altri Paesi, possiamo oggi affermare che il vaccino Salck è sicuramente innocuo e di grande efficacia, anche se solo il 75-80 per cento di soggetti risulteranno immunizzati contro la malattia. Il fenomeno si ripete, peraltro, indipendentemente dalla bontà del vaccino utilizzato, pur con diverse percentuali, per tutte le altre vaccinazioni contro le malattie infettive. Ma l'esperienza dimostra che nei vaccinati la malattia poliomielitica decorre in genere in forma meno grave e meno gravi sono gli esiti; mentre, la forma morbosa colpisce con maggior frequenza, anche nelle stesse regioni, i soggetti non vaccinati. Nella considerazione, poi, che la malattia, eccezionale nel neonato e nei primi mesi di vita, comincia ad assumere già una certa frequenza dopo il sesto mese di vita per presentare la maggiore incidenza nel 2° e 3° anno, si consiglia di iniziare la vaccinazione dopo il terzo-quarto mese di vita, quando gli anticorpi immunizzanti trasmessi dalla madre al bambino durante la gestazione sono scomparsi o si sono notevolmente ridotti. E concordi sono, ormai, gli studiosi sulla opportunità di praticare 4 iniezioni di vaccino, di cui le prime tre a distanza di un mese l'una dall'altra e la quarta a distanza di 6 mesi dalla terza. Ma, poiché con il vaccino tipo Salck si crea, almeno con il dosaggio attuale, soltanto uno stato di premunizione contro le manifestazioni paralitiche della malattia, le più pericolose, peraltro, socialmente per gli esiti abituali, ma non impedisce che un'eventuale infezione da *virus* poliomelitico possa attecchire nelle cellule intestinali e possa, pertanto, il *virus* vivo e virulento essere disseminato nall'ambiente, gli sforzi dei ricercatori si sono diretti, già da vari anni, alla ricerca di un vaccino che possa mettere l'intero organismo in condizioni di premunizione contro le così facili infezioni: il vaccino Sabin, peraltro di più facile somministrazione (una sola dose per via orale) e di minor costo, pare ormai dimostrato risponda a questi requisiti. Contro questo ultimo tipo di vaccino è stata elevata la preoccupazione, circostanza dimostrata negli animali ma non concretamente nell'uomo, di una rivirulentazione del *virus* nell'ambiente intestinale, con pericoli per il soggetto vaccinato e per l'ambiente in cui egli vive. Ed al contrario che il *virus* possa essere reso inattivo dalla concorrenza vitale con altri *virus* presenti nell'intestino, ed in particolare con i *virus* tipo « Echo ».

Di fronte, però, ai risultati brillanti registrati in numerose Nazioni europee ed extraeuropee, si impone sia introdotta in Italia, pur con gli opportuni controlli, la vaccinazione con *virus* vivi ed attenuati, tanto più che questo vaccino può essere anche utilizzato in soggetti già vaccinati con vaccino tipo Salck.

Una vivace discussione è stata portata anche in Parlamento sulla obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica: ha finito per prevalere la tesi che era opportuno preparare prima l'opinione pubblica sui vantaggi della vaccinazione antipoliomielitica, intensificandone l'attuazione e mettendo a disposizione gratuitamente il vaccino a tutti i soggetti (fino ai 21 anni), che volessero sottoporsi a vaccinazione; concedendo, però, il diritto ai genitori di rifiutare la vaccinazione anche nei casi in cui i bambini dovessero entrare a far parte di collettività infantili.

Una più maturata coscenza igienica nella popolazione, i risultati raggiunti che si imporranno certamente alla pubblica opinione, il perfezionamento della tecnica vaccinale, potranno portare agevolmente alla vaccinazione obbligatoria, che costituirà, certamente, un argine efficace contro questa terribile malattia.

Per il recupero degli esiti di poliomielite lo stato di previsione dell'esercizio 1962-63 ha portato un aumento nel capitolo di competenza di 680.000.000 di lire, per cui si avrà col prossimo esercizio una disponibilità di 3 miliardi e 80 milioni, ai quali si debbono aggiungere i 500 milioni inclusi nei fondi speciali del Ministero del tesoro per il provvedimento legislativo in corso, inteso a sanare in parte la grave situazione debitoria, che si è venuta a determinare in questo settore negli ultimi anni. La Commissione ha formulato l'augurio che possa il Governo, durante l'esercizio finanziario, essere in condizioni di alleggerire almeno, mediante opportune variazioni di bilancio, le gravi passività, che hanno creato e creano serie difficoltà nei centri di recupero per poliomielitici.

VACCINAZIONE ANTITETANICA

Un argomento, che da vari anni ha richiamato l'attenzione degli studiosi italiani e stranieri, e da qualche anno anche l'attenzione del Parlamento, è costituito dalla vaccinazione antitetanica. La denunzia dei casi di tetano è obbligatoria solo dal 1955; la media dei casi denunziati sarebbe solo di 692 ogni anno. Ma è probabile che molti casi sfuggano alla denunzia e che la morbilità si aggiri attorno ai 1.500 casi annui.

Quest'ultima cifra appare la più verosimile, nonostante contrasti con i dati ufficiali, se mettiamo a raffronto i dati della morbilità e della mortalità delle statistiche parziali offerte da vari grandi ospedali. La mortalità media annuale per tetano, pare accertato, si aggiri, nel nostro Paese su 650 casi. Dal raffronto, invece, dei dati ufficiali tra morbilità (692 casi) e mortalità (516), si avrebbe una letalità del 74 per cento dei colpiti: il che non è, per i concordi risultati delle ricerche statistiche parziali. Un dato, comunque, è accertato, che la mortalità per tetano, in cifre percentuali, di fronte ai colpiti è indubbiamente assai elevata.

Se vogliamo fare riferimento ai risultati brillanti della vaccinazione antitetanica ottenuti per i militari durante il periodo bellico, se teniamo presente che la vaccinazione con l'Anatossina di Ramon è assolutamente innocua, che può essere praticata anche associata ad altre vaccinazioni, tra cui l'antidifterica (obbligatoria), che la vaccinazione associata, non solo non riduce, ma esalta l'efficacia della pratica immunitaria, se teniamo presente che la vaccinazione non importa che una spesa assai modesta, di gran lunga inferiore alla spesa della sieroprofilassi, di efficacia limitata nel tempo, credo che siano maturi i tempi perché, con apposito strumento legislativo, la pratica della vaccinazione antitetanica sia estesa almeno ai bambini delle colonie ed ai lavoratori più esposti, quali i contadini, i conciatori di pelle, i calzolai, i muratori, i falegnami.

Come prevede oggi la legge per la vaccinazione antipoliomielitica, i lavoratori interessati, o i genitori, nel caso di minorenni, potrebbero pur sempre rifiutare la vaccinazione con dichiarazione scritta.

CENTRI PER LE MALATTIE SOCIALI

Per la prima volta quest'anno viene inserito nel bilancio di previsione un capitolo di spese (n. 77) per l'impianto ed il funzionamento dei Centri per malattie sociali, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961.

Questo stanziamento di 2 miliardi 170 milioni proviene, in parte, dalle somme stanziate nei capitoli nn. 64, 67 e 74 relative alla lotta contro i tumori maligni, alla profilassi antitubercolare, alla lotta contro le malattie reumatiche e cardiovascolari. L'iniziativa, inserita nel quadro del riordinamento degli ospedali, potrà portare veramente un efficace contributo nella lotta contro le malattie sociali. È necessario, però, che sia emanato il relativo regolamento, specie per quanto riguarda i servizi di medicina scolastica, per potere rendere operante il disposto della legge.

È stata in Commissione, molto giustamente, sollevata la preoccupazione che la soppressione dell'apposito capitolo di spesa riguardante la lotta contro i tumori maligni non fosse in tutto o in parte assorbito dalle altre attività affidate ai Centri di malattie sociali.

La preoccupazione appare tanto più legittima, in quanto i tumori maligni, con i suoi 70.000 morti registrati nel 1959 e con i suoi 400.000 ammalati, hanno guadagnato, purtroppo, il 3° posto tra le cause di mortalità.

L'aumento della mortalità, solo in parte, può essere attribuito ai più perfezionati mezzi diagnostici: decisamente aumentata l'incidenza dei tumori maligni anche nella patologia dell'infanzia, e qui in particolare delle leucemie, che con i tumori maligni hanno stretti rapporti.

Occorre potenziare e completare l'attrezzatura dei Centri di ricerca scientifica e di cura specializzati nella lotta contro i tumori, evitando inutili duplicati e dispersioni di mezzi e incrementare i centri trasfusionali: mentre fervono studi e ricerche per accertare la etiologia della leucemia, le generose trasfusioni di sangue sono riuscite a bloccare spesso il fatale evolvere della malattia, talvolta per anni, evenienza questa assolutamente insperabile già pochi lustri fa.

MALATTIA REUMATICA E MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Nel campo delle malattie sociali una posizione preminente hanno acquistato, purtroppo, la malattia reumatica e le malattie cardiovascolari, che hanno guadagnato il primo posto fra le cause di mortalità.

Un calcolo pur sommario, in quanto queste malattie non comportano obbligo di denunzia, fa ammontare a 2 milioni circa i soggetti affetti da cardiovascolopatie; assai rilevante il danno economico per la Nazione, che si presume superi i 60 miliardi all'anno per ricoveri ospedalieri e per perdite di giornate lavorative.

L'incidenza della malattia reumatica nell'ultimo quinquennio si è quasi raddoppiata, pur nel clima mite della Sicilia, ed appaiono di più frequente riscontro le manifestazioni extraarticolari, i quadri atipici e, soprattutto, le localizzazioni cardiache. Le più recenti statistiche dimostrano che la malattia si inizia abitualmente nell'età infantile, tra i 7 e gli 11 anni: tenuto conto della particolare tendenza alle recidive, alla gravità delle complicanze e dei postumi, chiaro emerge il grave danno produttivo ed economico per la Nazione.

L'I. N. P. S., negli ultimi anni, ha assegnato circa 60.000 pensioni di invalidità all'anno per malattie cardiache, consecutive in gran parte a malattie reumatiche. La malattia reumatica figura per circa il 14 per cento tra le cause di invalidità pensionabili.

Il Ministero della sanità, pur nei limiti delle proprie disponibilità finanziarie, ha dato un efficace impulso alla istituzione di centri cardio reumatologici, che hanno sede in gran parte presso le Cliniche universitarie e gli ospedali dei capoluoghi di provincia; questi Centri dovrebbero articolarsi in tre sezioni: medica, pediatrica, cardiochirurgica.

Purtroppo, però, molte province, anche tra quelle duramente colpite dalla malattia reumatica, sono ancora sprovviste di Centri. Ma anche là dove sono sorti, essi vivono di vita grama per insufficienza di mezzi, mancano di una organizzazione uniforme e non riescono a mantenere i necessari collegamenti con gli Istituti di cura e con le famiglie dei colpiti, sì da realizzare un vero e proprio recupero sociale.

Per iniziativa dell'Amministrazione sanitaria avrebbe dovuto in ogni provincia funzionare un comitato consultivo, per tracciare un programma di azione diretto alla ricerca dei soggetti affetti da malattia reumatica, alla cura degli episodi acuti, alla profilassi delle recidive. Manca, però, nella più gran parte delle province una concreta azione in questo senso.

Sarebbe assai opportuno che precise norme regolamentari fossero emanate dall'Amministrazione centrale per disciplinare il funzionamento di questi Centri, che, anche attraverso rivelazioni statistiche e nel costante collegamento con i vari Centri di cura e le colonie permanenti, possono dare un reale contributo al recupero di queste forme morbose, o quanto meno, evitare le recidive e limitare le cause di invalidità durature o permanenti.

Nel settore delle malattie cardiovascolari, accanto alle cardiopatie reumatiche, un fervore di studi e di ricerche, spesso con concrete realizzazioni pratiche, si è acceso per la diagnosi e la cura chirurgica delle cardiopatie congenite, delle malattie coronariche, delle arteropatie, della chirurgia vascolare.

Il Ministero della sanità ha stanziato, nei vari esercizi finanziari, somme sempre maggiori per questo settore, anche se la cifra appare irrilevante di fronte all'imponenza del problema.

Un coordinamento delle varie iniziative in atto, per parte di Enti, associazioni, istituti vari, potrebbe evitare doppioni, sperperi, attività frammentarie e portare un efficace contributo alla lotta contro questa sempre più grave malattia sociale.

MICROCITEMIA

Un nuovo problema è stato posto in luce in questi ultimi anni, cioè quello relativo alla microcitemia. Essa è presente in quasi tutte le regioni d'Italia e colpisce circa 2 milioni di italiani. Ma è particolarmente frequente nel Delta padano, in Calabria, in Sicilia, in Puglia, in Lucania, nella Campania, regioni dove, secondo le varie statistiche, dal 5 al 19 per cento della popolazione viene colpito.

Questa anomalia, ereditaria dei corpiscoli rossi, porta come conseguenza diretta il morbo di Cooley, che insorge abitualmente in bambini nati da genitori portatori della tara microcitemica. Si calcola che in Italia muoiano circa 1.000 bambini ogni anno per morbo di Cooley; e, poiché la durata media di vita in questi infermi è di 3-4 anni, oltre 3.000 sono i soggetti oggi affetti da questa grave malattia. Nessun rimedio, purtroppo, ci permette di portare a guarigione il morbo di Cooley, ma una terapia trasfusionale ben condotta, riesce quasi sempre a prolungare la vita di questi soggetti spesso per molti anni, talvolta fino all'età adulta.

Se mancano sicuri presidi per la cura di questa grave malattia, più agevole appare la profilassi, che dovrebbe portare ad evitare il matrimonio fra due individui portatori della tara microcitemica. Questo scopo po-

trebbe essere raggiunto organizzando opportuni Centri, che, attraverso controlli ematologici, estesi a larghi strati della popolazione delle regioni più colpite, promuovano una adeguata propaganda eugenica. Incoraggiati dal Ministero della sanità vari ambulatori per accertamenti e cure trasfusionali sono sorti nelle regioni più colpite.

I Centri per malattie sociali, di cui alla recente legge del 1961, potrebbero felicemente operare anche in questo settore e risparmiare, con la adatta propaganda, molte vittime alla Nazione, facendo realizzare notevoli economie alle famiglie interessate ed agli organi dello Stato, per le cure così dispendiose di questi ammalati.

MEDICINA SCOLASTICA

Per la prima volta in sede legislativa il decreto del Presidente della Repubblica 11 febbralo 1961, n. 264 fa chiaro riferimento ai servizi di medicina scolastica.

Manca, tuttora, il relativo regolamento, che avrebbe dovuto essere emanato entro 6 mesi dall'entrata in vigore di detto decreto, di concerto col Ministro della pubblica istruzione, con quello del lavoro e della previdenza sociale e col Ministro del tesoro.

Fino ad oggi i servizi medico-scolastici erano inseriti in quelli più generici di medici addetti agli Uffici sanitari comunali ed erano regolati dal regio decreto 10 marzo 1935, n. 281: la disciplina dei concorsi, pertanto, i programmi di esame, la formazione della commissione giudicatrice ricalcava le norme dettate per gli Ufficiali sanitari: condizione questa, che non risponde alle esigenze della medicina scolastica, che richiede personale particolarmente esperto nel campo della medicina infantile, oltre che nel settore della igiene della scuola e dello scolaro. Gli stessi igienisti, che in questi ultimi anni hanno promosso l'istituzione di scuole di specializzazione in igiene e medicina scolastica, hanno chiesto l'intima collaborazione del medico pediatra, per cui i programmi di dette scuole risultano improntati, prevalentemente, forse, allo studio della puericoltura, della auxologia, della patologia e clinica delle malattie dell'età scolare; e sotto questo ordinamento hanno potuto ottenere il parere tecnico favorevole del Consiglio Superiore della pubblica istruzione ed i rispettivi decreti del Capo dello Stato.

Di questa esigenza il regolamento è sperabile tenga conto, sia per quello che riguarda l'organizzazione dei servizi nelle singole provincie, sia per quello che riguarda i concorsi, e, conseguentemente, i programmi per le prove di esame e la formazione della commissione giudicatrice, che deve selezionare il personale medico specializzato.

È assolutamente necessario in questo settore che le norme siano predisposte di concerto col Ministero della pubblica istruzione. Non si può svolgere una attività efficace nel settore della medicina scolastica, se non in collaborazione con le Autorità scolastiche, che già per proprio conto, in questi ultimi anni, avevano sentito il bisogno di organizzare dei servizi sanitari nelle scuole. Sotto l'egida e le direttive del Ministero della pubblica istruzione sono stati organizzati, in molte provincie, dei servizi di medicina scolastica nelle scuole medie, posti sotto la vigilanza ed il controllo dei provveditori agli studi, e senza, peraltro, adeguati mezzi finanziari: che anzi i mezzi finanziari venivano di regola erogati dalle casse scolastiche dei rispettivi istituti, attraverso storni di fondi, che avevano in partenza altra destinazione.

L'iniziativa felice e feconda già di buoni risultati non ha potuto svolgersi che in modo frammentario, lacunoso ed ha portato inevitabilmente, a conflitti di competenza tra le autorità scolastiche da un canto e le autorità sanitarie provinciali e comunali dall'altro.

Lo stato di previsione oggi al nostro esame prevede, per l'impianto e l'iniziale avviamento dei servizi medico-scolastici, la somma di 500 milioni. È un campo questo che darà certamente risultati brillanti nella difesa della salute delle giovani generazioni; il servizio merita di essere esteso e disciplinato in tutte le scuole di ogni ordine e grado, dalle scuole materne alle Università, dove pure esiste, con ordinamento autonomo e con criteri difformi, un servizio sanitario, ora finalità curative, ora a finalità profilattiche e curative.

I compiti del medico scolastico dovrebbero, necessariamente, estendersi anche a quelle che dobbiamo considerare istituzioni parascolastiche; ed in particolare alla refezione scolastica ed alle colonie estive.

La disciplina della refezione scolastica è, praticamente, sottratta oggi al controllo degli organi sanitari dello Stato. Sarebbe opportuno che anche in questo campo l'amministrazione sanitaria dello Stato dettasse norme generali circa le tabelle dietetiche, e dal punto di vista del valore calorico e per quanto riguarda la scelta degli alimenti. Essendo la refezione scolastica destinata a

bambini appartenenti a famiglie povere e che si trovano pertanto in condizioni di carenza alimentare qualitativa e quantitativa, la refezione scolastica deve cercare di colmare, sia pure attraverso il solo pasto del mezzogiorno, questo stato di carenza, e, pur obbedendo a criteri di carattere generale, non può essere sottratta alle indicazioni dettate dalle abitudini locali, e non può non tenere conto delle particolari carenze che spesso variano da regione a regione, e come è stato dimostrato qualche anno fa attraverso una inchiesta alimentare condotta dall'U. N. I. C. E. F. in varie regioni d'Italia.

Un altro settore, che dovrebbe essere affidato costantemente alla sorveglianza del medico scolastico, è quello delle colonie estive, marine, montane, lacustri, fluviali, termali, a carattere più spesso diurno, talvolta anche con permanenza notturna.

Vi è un gran numero di enti e di istituzioni statali, parastatali, di enti pubblici e privati, che organizzano colonie estive per bambini, quasi tutte sovvenzionate direttamente od indirettamente dallo Stato: i criteri sono quanto mai disparati, sia per quello che riguarda l'organizzazione delle colonie, che per quello che riguarda il loro funzionamento e la selezione dei bambini da avviare alle colonie. Non sempre la selezione viene fatta con criteri sanitari: molti bambini bisognevoli di cure montane vanno a finire al mare, o viceversa, ricavandone scarsi vantaggi e qualche volta sicuri danni. Il medico scolastico, che conosce il bambino nelle sue condizioni fisiche e psichiche, per averlo seguito tutto l'anno scolastico, è l'elemento più idoneo per esprimere un esatto giudizio sulle esigenze della cura climatica del singolo bambino. Ed in colonia il bambino dovrebbe essere seguito possibilmente da un medico competente, che ne controlli le reazioni della cura climatica e che possa suggerire quei particolari accorgimenti intesi ad eliminare eventuali danni e a raggiungere i maggiori vantaggi. Opportunamente selezionati, seguiti e controllati con criteri sanitari, durante la permanenza in colonia, i bambini possono trarre grandi vantaggi dalla permanenza, anche di un solo mese, in colonia, e nel fisico e nello sviluppo psichico.

Nel quadro delle cure climatiche estive, un particolare interessamento dovrebbe essere rivolto alle colonie presso le sorgenti termali, di cui l'Italia è particolarmente ricca. Queste colonie, oltre i vantaggi certamente importanti delle condizioni climatiche, che offrono quasi tutte le stazioni termali, per l'emanazione di sostanze ionizzanti, per la vegetazione, per la luminosità, offrono particolari benefici effetti per l'azione delle acque più o meno ricche di zolfo, iodio, calcio, arsenico, ferro, da cui si possono attendere, negli organismi giovani, brillanti risultati anche per modificare e correggere particolari diatesi costituzionali.

Anche in questo campo un intervento coordinatore dell'Amministrazione Sanitaria dello Stato, fornendo direttive razionali unitarie, pur lasciando ai vari enti ed istituti autonoma gestione nel quadro delle direttive generali, potrà portare ad un assai migliore rendimento con minore spesa.

ASSISTENZA AI MINORATI FISICI RECUPERABILI

Il capitolo di bilancio relativo, che è stato quest'anno incrementato e che prevede una spesa di 1 miliardo 165 milioni, trae giustificazione dalla legge 10 marzo 1954, n. 218, che fa obbligo allo Stato di provvedere alla assistenza e cura dei bambini affetti da paralisi spastiche e da lussazione congenita dell'anca. Anche l'O. N. M. I., pochi mesi fa, ha stipulato una convenzione con l'I. N. A. M., per la migliore assistenza agli anormali fisici congeniti recuperabili.

È di questi ultimi giorni un Convegno sanitario a Salsomaggiore, dove è stato messo a fuoco il problema ed è stata sottolineata la grande importanza delle cure precoci al fine di recuperare alla società e rendere validi un numero notevole di bambini, che altrimenti resterebbero peso morto per la famiglia e per la nazione.

Esistono già in Italia oltre 30 istituti di cura, cui affluiscono bambini da ogni parte: i risultati delle terapie espletate appaiono incoraggianti: un terzo circa degli assistiti riesce a migliorare al punto da potere svolgere una regolare attività lavorativa, un altro terzo raggiunge dei miglioramenti tali da consentire una completa autonomia, per quanto si riferisce alle esigenze personali, pur sempre nell'ambito della famiglia.

INCIDENTI STRADALI

Il numero delle persone decedute in Italia, in questi ultimi anni, a causa di incidenti stradali, è veramente impressionante: di fronte ai 4.474 morti del 1951 abbiamo dovuto registrare nel 1955 ben 8.048 decessi; dopo di allora la cifra si è mantenuta

al disopra degli ottomila morti l'anno: nel 1960 sono decedute 8.444 persone; nel 1961 8.632. Queste le cifre ufficiali, che considerano decedute, per incidente stradale, solo le persone morte sul luogo dell'incidente o durante il trasporto all'ospedale. A queste cifre bisogna aggiungere tutti quelli che muoiono per complicanze varie, mediche e chirurgiche, strettamente connesse con l'incidente stradale. Talché la cifra ufficiale andrebbe, secondo qualche studioso, addirittura raddoppiata.

Ma, pur nei limiti delle cifre ufficiali, il numero dei morti per incidenti stradali supera oggi quello per tubercolosi.

Se poi, accanto al numero dei morti va considerato il numero molto più alto dei feriti (201.285 nel 1960; 211.023 nel 1961), se consideriamo che una parte di questi feriti resta permanentemente minorata, si ha subito il quadro del grave danno sociale ed economico che subisce la Nazione, tanto più grave in quanto la maggioranza dei morti, dei feriti, dei minorati riguarda persone in giovane età, e, quindi, nel pieno della capacità lavorativa. Molto opportunamente l'onorevole Colombo sottolineava che i sinistri stradali portano ad un danno economico per la nazione di oltre 200 miliardi di lire.

La entità delle perdite di vite umane e del danno economico ha portato ad approfonditi studi in Italia ed all'Estero, intesi a prevenire o quanto meno a ridurre i danni degli incidenti: ed il Ministero dei trasporti e quello dei lavori pubblici, e di recente anche quello della pubblica istruzione per la propaganda nelle scuole, hanno affrontato concretamente il problema tecnico della prevenzione: ed è fondata la fiducia che le varie provvidenze riusciranno a ridurre il numero delle vittime se si considera che, per esempio, in Inghilterra, ove le macchine in circolazione sono in numero doppio che in Italia, si sono avuti nel 1959 5.970 morti contro i 7.160 decessi registrati in Italia nello stesso anno.

È compito, comunque, del Ministero della sanità di organizzare, disciplinare, controllare il pronto soccorso sanitario stradale, attraverso personale e strumenti specializzati, sì da portare ai traumatizzati la terapia di urgenza sul luogo stesso dell'incidente, realizzare l'accorta rimozione ed il trasporto di questi all'ospedale idoneo al caso specifico: la diagnosi precoce della lesione, le prime cure sul luogo del disastro, il trasporto nelle condizioni tecniche più appropriate verso l'ospedale idoneo, condizionano favorevolmente non soltanto la salvezza di vite umane, ma anche i risultati delle cure successive.

Il Ministero della sanità, poi, d'intesa col Ministero dei trasporti, potrebbe rendere più efficienti i controlli sanitari dei conducenti: e non appare inopportuna la proposta, che è stata di recente avanzata, di provvedere alla determinazione del gruppo sanguigno dei vari conducenti e di trascrivere le indicazioni nel libretto di guida.

Per la prima volta il bilancio di previsione 1962-63 porta al capitolo n. 47 un contributo alla Croce Rossa Italiana di 600 milioni per l'espletamento del servizio sanitario di pronto soccorso stradale: è un primo passo, che potrà portare presto a favorevoli risultati, attraverso la collaborazione feconda dell'Istituto italiano di medicina del traffico, organo tecnico particolarmente competente in questa materia specifica.

SOSTANZE IONIZZANTI

Il problema, come è stato sottolineato in Commissione, è all'ordine del giorno dei vari Dicasteri interessati. Ed il Ministero della sanità è pienamente consapevole dell'importanza sempre crescente di questo suo settore di responsabilità ed ha allo studio concrete provvidenze, che possono sollecitamente integrare il dettato della legge del gennaio 1935.

La diffusione ed il potenziamento degli Istituti di radiologia e di radiumterapia, l'impiego sempre più largo di radioisotopi in medicina, l'uso che si è andato diffondendo in questi ultimi anni nel campo dell'industria e dell'agricoltura, le esplosioni di bombe ad energia nucleare, che a scopo sperimentale, a tempi più o meno ravvicinati, si vanno verificando nel mondo, impongono intanto un rigoroso censimento di tutte le fonti di radiazioni ionizzanti e l'adozione, mediante opportuni strumenti legislativi, dettati di concerto con gli altri Ministeri interessati, di misure atte a prevenire danni al personale addetto a tali istituti e laboratori ed al periodico controllo del grado di radioattività dell'acqua, del suolo, dell'aria. Particolare attenzione va rivolta alla dispersione delle scorie radioattive impiegate nell'industria, in agricoltura, in medicina.

Anche in questo settore, ad evitare doppioni e dispersioni di mezzi, è assolutamente necessario un coordinamento fra i vari Ministeri interessati.

Il bilancio di previsione del 1962-63 segna un piccolo aumento in confronto del bilancio precedente, aumento destinato soprattutto all'acquisto di strumentario e di apparecchi atti alla ricerca ed alla misurazione delle radiazioni ionizzanti: ma, come per altri capitoli del bilancio, irrisorio apparrebbe lo stanziamento in questo settore di sempre crescente importanza, se il Ministero dovesse assumere da solo questo grave compito, che va, invece, affrontato, di concerto con gli altri Ministeri interessati, nel senso del coordinamento e del controllo delle iniziative molteplici che gli Enti, l'industria, i privati già vanno svolgendo per proprio conto.

MEDICI CONDOTTI ED OSTETRICHE CONDOTTE

A parte gli interessi di categoria, il medico condotto e l'ostetrica condotta sono da considerare, tuttora, il fulcro della assistenza sanitaria del Paese, in quanto sono i soli sanitari che hanno obblighi residenziali e che devono per legge provvedere a tutte le richieste urgenti di abbienti e non abbienti, coperti o meno dall'assicurazione malattia. Non si può, pertanto, oggi pensare di sopprimere la condotta medica ed ostetrica, senza sostituire i titolari nella loro funzione di sentinella avanzata nella difesa della salute pubblica. Peraltro, i comuni, di fronte al numero sempre più modesto dei poveri aventi per legge diritto all'assistenza gratuita, ridotti in alcuni centri a poche unità, trovano eccessivo ed ingiustificato, per i loro bilanci dissestati, l'onere degli stipendi per il medico e la levatrice condotta. E, nonostante il parere contrario dei Consigli provinciali di sanità, le deliberazioni dei comuni intese a sopprimere questa o quella condotta medica od ostetrica hanno trovato approvazione da parte delle Giunte provinciali amministrative.

Il Ministero della sanità deve affrontare sollecitamente e portare a soluzione questo delicato problema: è una realtà insopprimibile che già l'83,17 per cento degli italiani è protetto dalla assicurazione obbligatoria contro le malattie ed i rischi della maternità; ma è pure una esigenza insopprimibile, per i cittadini, allo stato attuale dell'ordinamento sanitario del Paese, quella di essere costantemente garantiti dalla presenza di un medico o di una ostetrica in tutte le ore del giorno e della notte.

Di fronte a questa duplice realtà, due tendenze si vanno profilando: l'una di trasformare, sia pure gradualmente, la condotta medica ed ostetrica in condotta mutualistica, onde accelerare, si dice, il processo di trapasso ad un sistema generalizzato di sicurezza sociale; l'altra di lasciare il medico condotto alle dipendenze del comune quale sentinella avanzata a tutela della salute dei cittadini, affidandogli dei compiti di medicina preventiva. E, in tal senso, è orientata la norma inserita nel decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, che al comma 4° dell'articolo 13 sancisce che « nei comuni non capoluoghi di provincia con popolazione inferiore a 30 mila abitanti, il servizio di medicina scolastica a carattere prevalentemente profilattico *può* essere affidato al medico condotto ».

L'accoglimento di questa seconda tesi comporterebbe di rivedere legislativamente le funzioni dell'ufficiale sanitario, cui sono affidate le funzioni profilattiche nell'ambito dei singoli comuni.

Nell'una e nell'altra ipotesi, a favore di ognuna delle quali possono essere apportate valide argomentazioni, occorre disciplinare su nuove basi i servizi con adatti strumenti legislativi.

FARMACIE E MEDICINALI

Le norme giuridiche relative alla apertura ed all'esercizio delle farmacie risentono ormai del tempo, in cui sono state emanate, e da più parti sono state invocate modifiche alle disposizioni stesse. I punti sui quali maggiormente si insiste perché siano adeguati ai tempi sono quelli relativi alla trasferibilità della farmacia, ai concorsi, al rapporto limite farmacia-popolazione, all'indennità di residenza.

Dell'esigenza di apportare delle modifiche alla legislazione vigente si sono resi interpreti il Governo ed i due rami del Parlamento, come testimoniano i ventotto disegni e proposte di legge presentati sull'argomento. Un disegno di legge, già approvato dall'altro ramo del Parlamento, diminuisce il rapporto limiti tra popolazione e farmacia da 5.000 a 4.000 abitanti, innova in parte i criteri di valutazione dei titoli nei concorsi e stabilisce, ancora, che nel primo concorso che sarà bandito dopo la pubblicazione della legge il 50 per cento dei posti sarà riservato ai farmacisti non titolari di farmacia. Altra proposta di legge, già approvata dalla Camera, reca delle provvidenze a favore dei farmacisti rurali. È questo un settore al quale deve rivolgersi la particolare premura del Ministero, perché sia garentita, in ogni piccolo centro una adeguata assistenza farmaceutica. Oggi

circa 2.500 piccoli comuni sono sprovvisti di farmacie, perché i farmacisti non vedono nell'impianto ivi della farmacia sufficienti risorse economiche per le più modeste esigenze familiari. La proposta di legge già approvata dalla Camera eleva per i farmacisti rurali, residenti in comuni con popolazione inferiore ai 300 abitanti l'indennità di residenza a 400.000 lire annue, snellisce le pratiche per la concessione della indennità ed alleggerisce queste farmacie dagli sconti che, *ope legis*, vengono effettuati sulle vendite di medicinali agli enti di assicurazione malattie.

Nell'intento, lodevole senz'altro, di riordinare organicamente tutta la materia delle farmacie, queste proposte, già approvate da uno dei rami del Parlamento, hanno però subito una battuta di arresto nel loro *iter*.

Peraltro, l'approvazione della proposta di legge, che riduca il rapporto limite tra popolazione e farmacia, senza aver prima o contemporaneamente provveduto alla sistemazione delle farmacie rurali, aggraverebbe certamente, per l'esodo di farmacisti dai comuni rurali verso le città o i centri più popolosi, la situazione dei centri minori, che si trovano oggi maggiormente scoperti di fronte alle esigenze dell'assistenza farmaceutica.

È auspicabile che presto le diverse tendenze manifestatesi in Parlamento possano trovare un punto di confluenza, per potere così procedere al rapido riordinamento di questo settore.

Il Ministro della sanità ha curato, in quest'ultimo periodo di tempo, la revisione del prezzo di numerose specialità farmaceutiche. Ma è necessario riordinare, attraverso moderni strumenti legislativi, la complessa materia, anche in relazione alla dibattuta questione della brevettabilità dei farmaci, e dettare precise norme per le farmacie municipalizzate, cercando di conciliare i privati interessi con quelli preminenti della collettività.

FRODI ALIMENTARI ED EVENTUALI DANNI ALL'UOMO PER AGGIUNTA AI MANGIMI DI SOSTANZE ESTRANEE.

Un buon lavoro è stato compiuto di recente dal Parlamento circa la disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e della produzione ed il commercio della birra.

Ed il Ministro, attraverso il suo recente energico intervento contro i contravventori e gli evasori della legge, ha dimostrato quanto ha a cuore gli interessi della salute pubblica. Nuovi idonei aggiornati strumenti legislativi ed amministrativi sono all'esame del Ministero per parare le minacce che, nell'epoca attuale sono offerte dai notevoli progressi della chimica.

Altri provvedimenti sono allo studio per la disciplina della lavorazione ed il commercio del pane e delle paste alimentari, per la riorganizzazione del commercio del latte alimentare, per l'ammodernamento delle centrali del latte, alla luce delle più recenti esperienze.

Un'appassionante contrastato problema è oggi all'esame del Parlamento, circa la preparazione ed il commercio dei mangimi, con particolare riguardo all'aggiunta di tireostatici e di antibiotici. I primi, già usati in zootecnia, da oltre un ventennio, portano un deciso ingrassamento nei vitelli, nei polli, nei suini, nelle oche, attraverso una diminuzione del metabolismo basale e, quindi, del volume delle combustioni organiche. Gli antibiotici, impiegati abitualmente a piccole dosi, attraverso il materiale residuo della fabbricazione degli antibiotici per uso umano, ed associati ai mangimi, esercitano una decisa azione auxinica su tutti gli animali domestici da produzione (volatili, suini, vitelli) e specialmente negli animali in accrescimento; l'azione è varia e complessa: se è da escludere un eventuale danno per il consumatore per la presenza di piccole quantità di antibiotici nell carni degli animali, trattandosi di carni che vengono consumate dopo cottura, da più parti è segnalato il pericolo legato al pullulare di germi subpatogeni o patogeni antibiotico-resistenti, di *virus*, di funghi, con conseguente comparsa e nell'uomo e nell'animale di forme morbose non curabili con i moderni mezzi. E per i tireostatici e gli antibiotici aggiunti ai mangimi è stato un fervore, in questi ultimi anni, di studi e di ricerche, con risultati non sempre univoci. Il problema è alla responsabile attenzione del Parlamento, nella difesa della salute pubblica e del patrimonio zootecnico.

SERVIZI VETERINARI

Anche i servizi veterinari risentono nella loro organizzazione del passaggio degli organi provinciali e comunali alle dirette dipendenze del Ministero della sanità; e complessi, e non sempre chiaramente definiti, sono i compiti e le attribuzioni, anche nei rapporti con le Autorità amministrative, dalle quali prima dipendevano.

Ma il problema, che oggi si presenta alla vigile attenzione del Ministero della sanità, è quello relativo alla bonifica sanitaria del patrimonio zootecnico, bonifica che è fondamentale, pregiudiziale per una sana politica di sviluppo zootecnico.

Il migliorato progressivo tenore di vita della popolazione ha portato un incremento notevole delle importazioni di carni dall'Estero, che si considera raggiungano oggi il valore di 100 miliardi.

Non si può pensare oggi di migliorare l'industria ed il commercio zootecnico, miglioramento reso più urgente dopo la caduta delle barriere doganali con i Paesi del M. E. C. se non viene risanata la situazione sanitaria del nostro bestiame. La tubercolosi, la brucellosi, l'afta epizootica, la mastite contagiosa, l'idatidosi, ecc., per la diminuzione della produttività, per la incidenza sulla qualità dei prodotti, portano ogni anno ad una perdita di circa 300 miliardi, senza contare la possibilità di trasmissione all'uomo di molte di queste malattie del bestiame.

Si impone, pertanto, una razionale difesa sanitaria del bestiame. E l'esperienza di altri Paesi vicini e lontani ha dato la dimostrazione che i sacrifici finanziari, che lo Stato ed i privati, incoraggiati dallo Stato, sarebbero chiamati ad affrontare, vengono rapidamente compensati dall'aumento del capitale, dall'aumento della produzione e, quindi, dalla possibilità di rapida diminuzione delle importazioni dall'estero.

Il coordinamento delle iniziative e degli sforzi che il Ministero della sanità vorrà compiere in questo settore, di concerto col Ministro dell'agricoltura, porterà certamente e rapidamente al risanamento integrale del nostro patrimonio zootecnico.

PROPOSTE DI EMENDAMENTI AL BILANCIO DI PREVISIONE PER NUOVE ESIGENZE URGENTI

Per sopperire all'accresciuta esigenza della Amministrazione sanitaria centrale sono stati espletati dei concorsi ed il numero del personale, pure contenuto in limiti modesti, è alquanto aumentato. Si rende, perciò, necessario integrare alcuni stanziamenti riflettenti le spese generali, dato che, al momento della presentazione dello stato di previsione, le spese previste erano state rapportate alla situazione di fatto esistente al 1° ottobre 1961; le somme non sarebbero più sufficienti per le spese del personale, che entrerà in servizio con l'espletamento dei concorsi.

Il capitolo n. 85, poi, relativo ai contributi per la propaganda sanitaria è stato, al momento della presentazione dello stato di previsione, ridotto di 195 milioni ed appare, nella disponibilità di 45 milioni, assolutamente insufficiente: si ritiene, pertanto, sia aumentato da 45 a 85 milioni.

Si propongono, pertanto, i seguenti emendamenti:

a) *aumentare*

il capitolo n. 12: Compensi per lavoro straordinario al personale salariato, in conseguenza dell'inquadramento previsto dalla legge 5 marzo 1961, n. 90, di . .	L.	2.000.000
il capitolo n. 13: Compensi speciali in eccedenza, ecc., di	»	50.000.000
il capitolo n. 22: Interventi assistenziali, ecc., di .	»	18.000.000
il capitolo n. 85: Contributi a spese per la propaganda sanitaria, ecc., di .	»	40.000.000

b) *ridurre di pari somma:*

il capitolo n. 68: Relativo ai contributi per funzionamento dei dispensari antitubercolari istituiti da parte dei Consorzi di . .	L.	110.000.000

CONCLUSIONI

Da questa rapida rassegna dei più importanti capitoli dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario 1° luglio 1962-30 giugno 1963, emerge chiaro quanta modesta sia l'assegnazione di fondi, sia che essa venga considerata nel suo complesso, sia che venga riportata ai capitoli più importanti di spese, in relazione ai compiti affidati al Ministero della sanità. Nei confronti, però, dell'esercizio precedente è da annotare un più sensibile incremento, per l'ammontare di 4 miliardi e 259,5 milioni, contro 1 miliardo 693 milioni dell'esercizio 1961-62; il che potrebbe costituire una prima prova della maggiore attenzione e del maggiore interesse, che i problemi della sanità cominciano a suscitare negli Organi di governo.

La strutturazione del bilancio di previsione ricalca, tuttora, le orme dei bilanci precedenti, anche se nell'impostazione di al-

cuni capitoli di spesa, quale quello per i Centri di medicina sociale, si comincia ad avvertire già l'influsso dei tempi nuovi.

L'ampia discussione, che su questo stato di previsione è già intervenuta in Commissione e le dichiarazioni che, nell'esame dei vari ordini del giorno, ci ha fornito l'onorevole Ministro, che i lavori della Commissione ha seguito con vigile costante interesse e con alto senso di responsabilità, ci dicono che i tempi sono maturi per una profonda revisione dell'ordinamento sanitario del Paese: è una realtà insopprimibile che l'83,17 per cento della popolazione italiana è coperta dall'assicurazione obbligatoria contro le malattie e i rischi della maternità, che ci si incammina decisamente verso l'assicurazione sociale di tutta la popolazione, e, pertanto, non può il Ministero della sanità, l'organo supremo creato per la difesa della salute pubblica, rimanere estraneo, come nei fatti è stato finora, dal controllo diretto, costante dell'attività degli Enti mutuo assistenziali, che il Ministero della sanità è chiamato a guidare e a coordinare nella loro azione, unificandone, dove è possibile i servizi, ad evitare sperperi e doppioni, che finiscono per incidere sfavorevolmente sull'azione di tutela della salute pubblica, tutela alla quale lo Stato non può abdicare. Non possiamo noi auspicare una burocratizzazione centrale dell'assistenza sanitaria: noi auspichiamo una organizzazione decentrata, ma su chiare precise direttive unitarie e sotto il controllo del Ministero della sanità: al Ministero della sanità per sua natura, al difuori di quella che possa essere l'interpretazione della legge istitutiva del 1958, spettano le competenze, i poteri, la responsabilità di una direttiva unitaria. Di queste nuove insopprimibili esigenze offrono garenzia le dichiarazioni fatte dal Presidente del Consiglio, onorevole Fanfani, nel suo discorso programmatico di presentazione del nuovo Governo. Ne dà garenzia al Parlamento e al Paese il vivo appassionato interesse che, sui problemi tutti della sanità, ha dimostrato l'onorevole Jervolino, il quale ha mostrato di essere ben convinto che la salute pubblica è il patrimonio più prezioso del nostro Paese; come ha dichiarato, all'atto del suo insediamento al Ministero della sanità, nel saluto che ha voluto rivolgere alla famiglia sanitaria italiana.

I problemi fondamentali circa il nuovo ordinamento sanitario dello Stato, il problema degli ospedali, quello inerente alla assistenza alla madre e al bambino, quelli relativi alla prevenzione e alla cura della malattia poliomielitica, alla medicina scolastica, alle malattie sociali, alla assistenza per gli infortuni stradali, sono allo studio da parte degli Organi del Ministero e dobbiamo nutrire fiducia che saranno portati presto all'esame del Parlamento, perché possano essere tradotti in idonei strumenti legislativi.

Per questa fiducia, materiata, peraltro, dalle prime realizzazioni conseguite, io vi rivolgo invito, onorevoli colleghi, di volere approvare questo bilancio di previsione per l'esercizio 1962-63, approvazione che costituisce una tappa necessaria per raggiungere gli obiettivi, cui concordemente tendiamo.

BARBERI SALVATORE, *Relatore*.

DISEGNO DI LEGGE
DEL MINISTERO

ART. 1.

È autorizzato il pagamento delle spese ordinarie e straordinarie del Ministero della sanità per l'esercizio finanziario dal 1° luglio 1962 al 30 giugno 1963, 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 1962-63, in lire 15.000.000.000 lo stanziamento relativo all'assegnazione a favore dell'Opera nazionale per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

ART. 3.

L'onere a carico dello Stato per l'assistenza e la cura degli infermi poveri recuperabili affetti da postumi di poliomielite anteriore acuta, di cui alla legge 10 giugno 1940, n. 932, è stabilito per l'esercizio 1962-63 in lire 3.080.000.000.

DISEGNO DI LEGGE
DELLA COMMISSIONE

ART. 1.

Identico.

ART. 2.

Identico.

ART. 3.

Identico.