iv legislatura — quattordicesima commissione — seduta del 26 settembre 1963

COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

II.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 26 SETTEMBRE 1963

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

Proposta di legge (Discussione e approvazione): DE Maria: Modifiche al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie (190) Presidente
marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie (190) Presidente
SORGI, Relatore
Bontade Margherita: Norme integrative della legge 12 agosto 1962, n. 1352, recante provvidenze a favore dei farmacisti rurali. (152)
cisti rurali. (152)
· ·
BARTOLE, Relatore
Votazione segreta:
PRESIDENTE

La seduta comincia alle 9,40.

BARTOLE, Segretario, legge il processo verbale della seduta precedente. (È approvato).

Discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato De Maria: Modifiche al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie (190).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato De Maria: « Modifiche al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie ».

Il Relatore, onorevole Sorgi, ha facoltà di svolgere la sua relazione.

SORGI, Relatore. La proposta di legge del nostro Presidente di Commissione, onorevole De Maria, che viene sottoposta al nostro esame, riguarda l'estensione di una esenzione dal limite di età per l'ammissione ai concorsi a posti di ufficiale sanitario nei comuni e nelle provincie. Il regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente il regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie, stabiliva all'articolo 5 che il limite di età per l'ammissione ai concorsi era fissato in 32 anni. Da questo limite di età venivano però esentati alcuni gruppi di sanitari, quali, ad esempio, i medici provinciali e i medici provinciali aggiunti in servizio da almeno tre anni in amministrazioni pubbliche, i sanitari nominati in seguito a concorso e in servizio sia come ufficiali sanitari sia come medici presso uffici sanitari comunali o presso i reparti medico-micrografici dei laboratori provinciali d'igiene e profilassi e ancora gli ufficiali sanitari in pianta stabile che, per effetto della unione in consorzio di più comuni per il servizio di vigilanza igienica e di profilassi, fossero rimasti privati del posto. Con la legge 2 agosto 1957, n. 676, fu prevista una estensione di tale esenzione dai limiti di età in favore di tutti i sanitari titolari di posti di ruolo presso Amministrazioni comunali, consorziali e provinciali.

Una volta che si sia cominciato ad estendere, a dilatare certe esenzioni, è umano, è fatale, che poi, con l'andar del tempo, altre categorie, che ritengono di poter accampare diritti non inferiori a quelli di coloro ai quali sono estesi certi benefici, si facciano avanti perché le loro buone ragioni siano prese in considerazione. L'onorevole De Maria propone, pertanto, che siano ammessi a partecipare ai concorsi a posti di ufficiale sanitario, indipendentemente dal limite di età, anche i sanitari di ruolo presso ospedali dipendenti da istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza, che rivestano la qualifica di sovrintendente sanitario, direttore, vice direttore o ispettore sanitario.

MESSINETTI. Ma non dovrebbero essere specialisti in igiene?

SORGI, Relatore. Bisogna sgomberare il campo da una eventuale osservazione e cioè che, se al concorso a posti di ufficiale sanitario partecipasse un medico troppo anziano, potrebbe obiettarsi che ci sarebbero certe difficoltà per quanto riguarda la posizione assicurativa e previdenziale relativamente al minimo di anni di servizio necessari per maturare il diritto alla pensione. Ora, queste difficoltà, che fino a qualche anno fa potevano esistere, sono del tutto superate, perché tutti i medici ospedalieri sono iscritti ormai d'obbligo alla stessa Cassa di previdenza alla quale sono iscritti i sanitari dipendenti dagli enti locali, per cui ci sarebbe una certa continuazione di iscrizione agli effetti previdenziali. Poi, ancora: quel limite di età per l'ammissione ai concorsi che s'era posto al sanitario, anche in relazione alla considerazione che, assumendo in servizio un medico troppo anziano, questi non riuscisse a maturare il minimo di anni di servizio, o che, maturando quel limite, andasse in pensione con un trattamento troppo basso (talché si auspicava almeno una trentina d'anni di servizio per raggiungere una pensione vicina al massimo), ora, essendo gli ospedalieri iscritti d'obbligo alla Cassa, quel limite, ripeto, non ha più ragion d'essere. D'altra parte, poiché altre categorie di sanitari hanno ottenuto l'esenzione dal limite di età per l'ammissione ai concorsi, non si vede il motivo per cui non si debba estendere tale beneficio anche ai sanitari dipendenti da ospedali amministrati da istituzioni di assistenza e beneficenza.

Infine vi è un'ultima considerazione, e cioè l'opportunità di assegnare a quel servizio, così delicato, un personale che sia in possesso di una preparazione professionale specifica, perché i sovrintendenti sanitari, i direttori sanitari, i vice-direttori e gli ispettori sono igienisti. Non solo, ma oggi, con la funzione moderna che gli ospedali hanno acquistato, essi hanno raggiunto una preparazione più attuale per quel che riguarda tutto il complesso dei compiti attinenti la medicina sociale, soprattutto quando si tenga presente che l'ospedale non è più l'ente chiuso in se stesso per la cura di certe malattie, ma, attraverso i centri per la lotta contro le malattie sociali, esso apre una propria finestra sul mondo della società in cui vive. Quando questi centri per la lotta contro i tumori, per la lotta contro il diabete e contro altre gravi malattie, funzionano sul serio, l'ospedale si cura non soltanto della parte terapeutica, ma anche della diagnosi precoce dei malanni, con misure di profilassi e di prevenzione che sono proprio rispondenti ai più moderni criteri di medicina sociale. Ne deriva che i sanitari che abbiano fatto una tale esperienza risultano forniti di una particolare competenza nel settore igienico e, quindi, sono le persone più idonee per esperire le funzioni proprie dell'ufficiale sanitario.

Ritengo, pertanto, di poter raccomandare agli onorevoli colleghi della Commissione l'accoglimento di questa proposta di legge.

PRESIDENTE Ringrazio l'onorevole Sorgi per la sua relazione e dichiaro aperta la discussione generale.

DI MAURO ADO GUIDO. Il nostro Gruppo è favorevole alla proposta dell'onorevole De Maria proprio per le considerazioni svolte dal Relatore onorevole Sorgi. Desidero, però, richiamare l'attenzione della Commissione e del Governo sull'inconveniente che si verifica in moltissimi comuni, ove l'ufficiale sanitario è, al tempo stesso, il medico condotto. Qui, la vigilanza sanitaria diventa uno strumento per avere la clientela e, quindi, perde ogni sua caratteristica. Dovremmo pertanto proporci, nel quadro generale del riassetto dell'assistenza sanitaria del nostro Paese, anche la soluzione di fali questioni, magari facendo consorzi di più comuni, perché è ovvio che spesso un solo comune non è in grado di pagare un ufficiale sanitario in modo tale da inibirgli l'esercizio della professione. Per ottenere che l'ufficiale sanitario non eserciti la professione, IV LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 26 SETTEMBRE 1963

bisogna consentirgli di vivere in modo decoroso. E gli enti locali, spesso, per le loro cattive condizioni economiche, non sono in grado di pagare adeguatamente un ufficiale sanitario.

BARBERI. Sono favorevole alla proposta di legge in esame, presentata dal collega De Maria. Sono favorevole ad essa nel pubblico interesse, poiché con tale provvedimento allarghiamo la piattaforma entro cui scegliere la persona più idonea per il posto di ufficiale sanitario. I sovrintendenti sanitari, i direttori, i vice direttori, gli ispettori sanitari, sono tutti specialisti in materia d'igiene, specializzazione questa necessaria per poter partecipare al concorso di che trattasi. Quindi renderemo un servizio alla collettività, favorendo l'accesso ai posti di ufficiale sanitario del personale in possesso di una cultura e di una preparazione professionale specifica. Il limite di età per la partecipazione ai concorsi, oggi, con il crescente e continuo progresso della tecnica medica, è certamente troppo basso per alcune determinate categorie di sanitari.

Quanto alla formulazione dell'articolo unico del provvedimento, credo che, per maggior chiarezza e al fine di evitare eventuali errori di interpretazione, sarebbe meglio eliminare le parole « titolari di posti » e parlare soltanto di « sanitari di ruolo », poiché è titolare di posto di ruolo anche l'incaricato, qualora egli ricopra il posto di ruolo.

Al fine, poi, di uniformarci alla vigente legislazione, che, per quanto riguarda l'ammissione al concorso dei medici provinciali, richiede ai candidati almeno tre anni di servizio, penso sia opportuno aggiungere all'articolo unico in esame, subito dopo le parole « ispettori sanitari » le altre « che abbiano almeno tre anni di anzianità nel ruolo ». Diversamente potrebbe verificarsi il caso di un candidato che, dopo aver superato, per esempio, un concorso per ispettore sanitario, potrebbe dopo solo pochi mesi partecipare ad un concorso per ufficiale sanitario.

Concordo, altresì, sul problema sollevato dal collega Di Mauro Ado Guido, circa la necessità che, in tutti i comuni, i due uffici — quello di medico condotto e quello di ufficiale sanitario — siano ricoperti da due diverse persone. Non vi è dubbio che il medico condotto, e per preparazione specifica e, direi, per mentalità, non è adatto al posto di ufficiale sanitario. Pertanto, se vogliamo veramente potenziare il settore dell'igiene sanitaria generale del nostro Paese, è bene che ogni comune, ogni consorzio di piccoli comuni abbia il proprio ufficiale sanitario di ruolo.

SPINELLA. Approvo in toto il provvedimento in esame. Per quanto riguarda gli ufficiali sanitari dei piccoli comuni, attualmente gli uffici di prefettura si sono adeguati alle raccomandazioni a suo tempo rivolte dall'Alto Commissario per l'igiene e la sanità, invitando i comuni a riunirsi in consorzi.

Sarebbe opportuno, a mio avviso, che la Commissione facesse una raccomandazione al ministro della sanità perché, in attesa di una legge adeguata, egli si rendesse parte diligente presso i medici provinciali affinché tutti i comuni intorno ai diecimila abitanti abbiano un proprio ufficiale sanitario. Soltanto in questo modo potremo regolarizzare la situazione in tale settore, che è quanto mai precaria.

Si sa che in alcuni comuni il medico condotto fa, spesso con sacrificio, anche questo servizio, con alto senso di responsabilità; ma ovviamente il servizio stesso non è esente da critiche, anche perché il medico condotto dovrebbe controllare se stesso, in qualità anche di ufficiale sanitario, per talune cose. Invece, allorquando i due uffici sono tenuti separatamente da due distinte persone, tutto funziona meglio, a vantaggio della collettività.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Desidero sottolineare il fatto che, là dove l'iniziativa locale è vivace e attiva, effettivamente la situazione in campo sanitario è buona. L'unica raccomandazione da fare è che venga proibito ai grossi centri, alcuni dei quali contano talvolta 50-60 mila abitanti, di far parte dei consorzi, come, invece, accade attualmente. Per esempio, nella provincia di Milano esistono ventiquattro consorzi sanitari, di cui fanno parte parecchi comuni di cospicue dimensioni. Occorrerebbe pertanto emanare una apposita disposizione, nella quale sia chiarito che i comuni al di sopra di un certo limite di popolazione non possono riunirsi in consorzi.

Inoltre è auspicabile che nelle provincie come per lo più è nella mia il servizio di medicina scolastica faccia capo all'ufficiale sanitario scolastico.

LATTANZIO. Secondo me, il merito maggiore della proposta di legge in esame sta nel fatto che viene sensibilmente allargata la base di scelta per i posti di ufficiale sanitario.

Ritengo, per altro, che occorrerebbe affermare un principio anche più ampio: non soltanto per i concorsi di ufficiale sanitario, ma anche per tutti gli altri concorsi, soprattutto per quanto riguarda gli organi tecnici del Ministero della sanità, dovrebbe prevedersi la possibilità che, a tutti i livelli, possano concorrere le categorie più qualificate, senza limitazioni particolari. Noi abbiamo bisogno

IV LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 26 SETTEMBRE 1963

di personale tecnicamente qualificato e culturalmente preparato. Occorre poter scegliere su una base, la più ampia possibile, quel personale veramente capace, che si sia formato presso università, presso istituti scientifici, presso ospedali ed enti mutualistici:

JERVOLINO, Ministro della sanità. Io potrò tener presenti tutte le osservazioni che sono state fatte, ma mi pare che la discussione si sia allargata. La proposta di legge dell'onorevole De Maria è molto circoscritta. Si tratta di aggiungere all'articolo 5 del regolamento dei concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie una determinata categoria di persone per la esenzione dal limite di età. Si è già derogato al limite di età per altre categorie di sanitari; l'onorevole De Maria suggerisce — e, mi pare, con molta saggezza — di aggiungervi anche i sanitari titolari di posti di ruolo presso ospedali amministrati da istituzioni di assistenza e beneficenza, che rivestano la qualifica di sovrintendente sanitario, di direttore, di vice direttore o di ispettore sanitario.

Per rispondere poi ad una obiezione che è venuta dai colleghi della sinistra, dirò che vigono, per i titoli, le norme contenute negli articoli 4, 12 e 13 del regio decreto 11 marzo 1935, n. 281; detti articoli precisano quali sono i titoli e quali gli esami che i candidati debbono sostenere. Se queste determinate categorie, che noi aggiungiamo alle altre previste dall'articolo 5, non posseggono quei determinati titoli e non si sottopongono a quei determinati esami, non potranno partecipare ai concorsi di che trattasi.

Detto questo, esprimo il mio compiacimento per la proposta e parere favorevole perché essa, sia pure con gli emendamenti proposti, venga approvata.

PRESIDENTE. Porgo il mio vivo ringraziamento al Ministro, che ha avuto la bontà di esprimere parere favorevole. Desidero sottolineare la raccomandazione fatta da tutti i settori della Commissione, cioè quella di arrivare a poter garantire il posto di ufficiale sanitario indipendente e scisso da quello di medico condotto a tutti i comuni d'Italia.

Poiché nessun altro chiede di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo all'esame dell'articolo unico della proposta di legge. Ne do lettura:

« Sono ammessi a partecipare ai concorsi ai posti di ufficiale sanitario di cui al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, indipendentemente dal limite di età, i sanitari titolari di posti di ruolo presso ospedali dipendenti da istituzioni pubbliche di assistenza e benefi-

cenza, che rivestano la qualifica di sovrintendente sanitario, di direttore, di vice direttore o di ispettore sanitario »:

BARBERI. Propongo di sopprimere le parole « titolari di posti ». Propongo, inoltre, di aggiungere, dopo le parole « ispettore sanitario », le altre « che abbiano almeno tre anni di anzianità nel ruolo ».

PRESIDENTE. Ritengo che; per una migliore formulazione dell'articolo unico del provvedimento, sarebbe opportuno aggiungere dopo le parole « che rivestano », le altre « con almeno tre anni di anzianità nel ruolo ».

SPINELLA. Per maggior chiarezza proporrei di aggiungere, dopo le parole « indipendentemente dal limite di età », l'altra « anche ».

PRESIDENTE. Pongo in votazione il primo emendamento Barberi, inteso a sopprimere le parole « titolari di posti ».

(È approvato).

BARBERI. Non insisto sul secondo emendamento.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento da me proposto e inteso ad aggiungere, dopo le parole « che rivestano », le altre « con almeno tre anni di anzianità nel ruolo ».

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Spinella inteso ad aggiungere, dopo le parole « indipendentemente dal limite di età », l'altra « anche »:

(E approvato).

MESSINETTI. Per dichiarazione di voto, sono favorevole all'approvazione del provvedimento. Però vorrei pregare il Ministro, a nome del nostro gruppo, di non metterci sempre nella condizione di dovere, con delle leggine, introdurre modifiche per determinati settori. Sarebbe opportuno rivedere tutto, una buona volta. Sono d'accordo con il collega Lattanzio: più larga è la base meglio è, sempreché, però, i concorsi si svolgano in modo serio.

LATTANZIO. Sono contrario alla nuova formulazione del provvedimento, poiché le modifiche apportate restringono il campo di applicazione della proposta di legge. Noi dobbiamo avere tutto l'interesse ad allargare la possibilità che i sanitari più preparati possano partecipare ai concorsi per ufficiali sanitari. Teniamo presente che i posti non riguardano soltanto i grandi comuni, ma, soprattutto in questo momento, i piccoli comuni,

IV LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 26 SETTEMBRE 1963

quei comuni cioè per i quali è stata lamentata la carenza di posti di ufficiali sanitari. Ora è chiaro che ai concorsi a posti di ufficiale sanitario dei piccoli comuni non parteciperanno mai i sovrintendenti! Nel momento in cui andiamo a coprire quei posti, mi domando se sia giusto e utile togliere la possibilità di partecipare ai concorsi a chi non abbia maturato un triennio di anzianità. Prima eravamo d'accordo di allargare un po' tutto quanto, adesso andiamo a restringere!

BARBERI. Sono stato io il primo a sostenere l'opportunità di allargare la base; però noi non possiamo prescindere da alcune. considerazioni. La prima considerazione è che si richiede che i medici provinciali abbiano tre anni di anzianità nel ruolo per poter concorrere; la seconda considerazione è quella dei limiti di età per queste varie categorie: gli ispettori sanitari, i direttori, eccetera, possono concorrere fino a 55 anni. Ora ponete il caso di un individuo il quale abbia superato da tre mesi un concorso per ispettore sanitario, in un grande comune: con la somma dei suoi titoli, egli può soverchiare altri che agli esami magari apparivano più preparati.

LATTANZIO. Ma i concorsi non sono soltanto per titoli, ma sono concorsi per esami!

BARBERI. Mi duole non essere di questo ordine di idee. L'ho detto anch'io che sono concorsi durissimi; ma perché volete che il medico provinciale debba avere tre anni di anzianità e l'ispettore sanitario no? È una condizione di superiorità nei confronti dei medici provinciali!

A me pare, pertanto, che ragioni di giustizia vorrebbero che fossero assimilati, per quel che riguarda l'anzianità, questi con quelli.

PRESIDENTE. Pongo allora in votazione l'articolo unico del provvedimento che risulta così formulato:

« Sono ammessi a partecipare ai concorsi a posti di ufficiale sanitario, di cui al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, indipendentemente dal limite di età, anche i sanitari di ruolo presso ospedali dipendenti da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che rivestano, con almeno tre anni di anzianità nel ruolo, la qualifica di sovrintendente sanitario, di direttore, di vice direttore o di ispettore sanitario».

(È approvato).

La proposta di legge sarà votata a scrutinio segreto in fine di seduta.

Discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Bontade Margherita: Norme integrative della legge 12 agosto 1962, n. 1352, recante provvidenze a favore dei farmacisti rurali (152).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Bontade Margherita: « Norme integrative della legge 12 agosto 1962, n. 1352, recante provvidenze a favore dei farmacisti rurali».

Onorevoli colleghi, comunico che la Commissione Bilancio, in data 20 settembre 1963, ha espresso il seguente parere: « La Commissione delibera di esprimere parere favorevole, a condizione che i finanziamenti, già previsti per la legge n. 1352, siano sufficienti a coprire l'onere derivante dalla estensione di cui alla proposta di legge, rimettendosi alla Commissione di merito per quanto riguarda il criterio generale dell'esenzione dalle imposte di cui al terzo comma dell'articolo 1 della stessa proposta di legge ».

L'onorevole Bartole ha facoltà di svolgere la sua relazione.

BARTOLE, Relatore. La proposta di legge n. 152, d'iniziativa del deputato Margherita Bontade, tende a completare le norme della legge 12 agosto 1962; n. 1352, che era stata sollecitata dalla medesima proponente.

Gli onorevoli colleghi della Commissione Igiene e sanità della Camera della passata legislatura ricorderanno che la predetta proposta di legge venne da noi approvata, formulando il voto che le manchevolezze del provvedimento potessero essere emendate in sede di formulazione del regolamento di attuazione. Fra queste carenze la principale è quella di lasciare fuori dai beneficî della nuova legge le farmacie rurali che, pur situate in centri o frazioni di comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti -- e quindi nelle medesime condizioni di quelle dei comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti -, si trovano nella circoscrizione territoriale di comuni che superano quella cifra. Si viene, quindi, a creare una assurda sperequazione tra farmacie con uguale potenziale economico è professionale.

La nuova proposta di legge, mentre elimina tale inconveniente (che evidentemente non poteva essere corretto in sede di regolamento), ripristina il principio generale consacrato dall'articolo 104, comma quinto, del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 per cui sono farmacie rurali tutte quelle situate in

iv legislatura — quattordicesima commissione — seduta del 26 settembre 1963

comuni o centri abitati con popolazione inferiore ai cinquemila abitanti. Di conseguenza viene ripristinato anche l'altro concetto basilare per l'erogazione della indennità di residenza, per cui la determinazione delle farmacie aventi il diritto — fermo restando il presupposto generale per cui tutte debbono essere rurali — è stabilita in base ai criteri del reddito di ricchezza mobile il quale, per la legge 12 agosto 1962, n. 1352, non può essere, per ciascuna farmacia, superiore alle 800.000 lire annue.

Una innovazione, di carattere strettamente procedurale, preveduta dalla nuova proposta di legge, è quella di rendere agevole e spedito l'accertamento del reddito di ricchezza mobile che delimita il diritto a richiedere l'indennità. Com'è noto, l'articolo 32 del' testo unico delle leggi sulle imposte dirette approvato con decreto del Presidente della Repubblica 29 gennaio 1958, n. 645, stabilisce testualmente: « Alla rettifica dei redditi compresi nelle dichiarazioni presentate tempestivamente e, nei casi di mancata presentazione della dichiarazione, di quelli precedentemente accertati, deve procedersi, a pena di decadenza, entro il 31 dicembre del terzo anno successivo a quello in cui la dichiarazione fu presentata o doveva essere presentata. All'accertamento d'ufficio dei rediti non dichiarati, che non abbiano formato oggetto di dichiarazione o accertamento per il precedente periodo d'imposta, deve procedersi, a pena di decadenza, entro il 31 dicembre del quarto anno successivo a quello in cui la dichiarazione doveva essere presentata».

In riferimento alle predette norme fiscali, viene pertanto stabilito che il reddito di ricchezza mobile, valido ai fini della determinazione di quali farmacie rurali possano ottenere l'indennità di residenza, deve riferirsi all'ultimo dei cinque anni antecedenti alla domanda per ottenere l'indennità, per il quale il reddito sia stato definitivamente accertato.

Infine il provvedimento prevede la esenzione dell'importo dell'indennità di residenza dal pagamento dell'imposta di ricchezza mobile e dall'imposta generale sull'entrata.

Tale norma ha, prevalentemente, carattere interpretativo dell'articolo 83, lettera e), del testo unico sulle imposte dirette, in base al quale non sono soggetti all'imposta... « i contributi d'ogni genere pagati dallo Stato o da altri enti pubblici che non costituiscano concorso in spese di produzione o passività detraibili ».

Orbene, è noto che l'indennità in parola si riferisce alla residenza disagiata del farmacista, alle sue particolari esigenze personali e familiari, e corrisponde a tutte le indennità di cui usufruiscono gli impiegati dello Stato e degli enti pubblici obbligati ad esercitare la propria attività in luoghi disagiati. Pertanto appare giusto che la predetta norma del testo unico sulle imposte sia resa applicabile per l'indennità ai farmacisti rurali.

A conforto di questa soluzione v'è anche il fatto che è da tutti riconosciuta la necessità che questo servizio di assistenza farmaceutica periferica venga favorito e incrementato, anche attraverso le agevolazioni economiche, e sarebbe assurdo che, mentre si riconosce la necessità di questi sussidi a titolo di indennità di residenza, li si gravasse, poi, con imposizioni fiscali. In tale ordine di idee è già intervenuto il Governo, con la legge delegata 1º marzo 1961, n. 121, riguardante le tasse di concessione, che stabilisce l'esenzione delle farmacie rurali, il cui titolare abbia diritto all'indennità di residenza, dal pagamento della tassa di concessione.

Il Relatore non può, quindi, che esprimere il giudizio pienamente favorevole all'approvazione della proposta di legge. Solo rileva l'opportunità che, al primo comma dell'articolo 1, il termine « frazione » sia sostituito dalle parole « centro abitato », onde conformare la dizione alla formulazione dell'articolo 104, comma quinto, del testo unico delle leggi sanitarie.

Prima di concludere questa esposizione ritengo doveroso sottolineare il fatto che questo provvedimento ha prevalentemente lo scopo di perfezionare la legge del 12 agosto 1962; ma il problema della farmacia rurale deve essere affrontato con provvedimenti ben più consistenti. Ancora recentemente il presidente dell'Associazione nazionale farmacisti rurali ed unici d'Italia, che, in collaborazione con gli Ordini provinciali e la Federazione nazionale dei farmacisti, ha la cura di questo settore, faceva presente che vi sono tre motivi fondamentali che rendono sempre più precaria la vita delle farmacie rurali: 1) la mancanza di una disciplina organica della produzione e dei rifornimenti alle farmacie delle specialità medicinali, per cui ogni farmacia deve operare a mosca cieca nella ricerca dei medicinali con cui rifornire il proprio esercizio: fenomeno tanto più grave quanto più lontana è la farmacia dalle aziende produttrici e grossiste; 2) la rarefazione della clientela a causa dello sfollamento delle campagne; 3) l'attrazione dei farmacisti verso l'attività di propagandista, che è molto più

remunerativa e infinitamente meno impegnativa della vita nella farmacia rurale.

Mi sono già reso interprete di questo disagio, con la elaborazione della proposta di legge n. 1637, presentata alla Presidenza della Camera il 16 ottobre 1959, che decadde per la fine della legislatura e che mi riprometto quanto prima di ripresentare. Data, peraltro,. l'urgenza di interventi diretti, almeno per il lato economico, a favore di questa categoria di farmacisti, ritengo doveroso rinnovare al Governo l'invito (già rivolto dalla Commissione Igiene e sanità nella seduta del 7 ottobre 1960 con l'ordine del giorno dell'onorevole Barberi Salvatore) perché venga istituito un apposito capitolo nel bilancio del Ministero della sanità per la integrazione dei contributi a favore delle farmacie rurali. Ciò spianerà la via alla adozione dei provvedimenti legislativi di carattere generale riguardanti questo speciale settore dell'assistenza farmaceutica.

Il parere della Commissione Bilancio mi pone tuttavia nell'obbligo di chiedere un rinvio della discussione della proposta di legge, poiché io non sono in grado, onestamente, di presentare alla Commissione una indicazione precisa di quello che sarà l'onere finanziario relativo. D'altra parte ci troviamo di fronte alla legge 12 agosto 1962, n. 1352 che, come ricorderete, aveva esteso il beneficio della indennità di residenza alle farmacie rurali dei comuni con popolazione fino a tremila abitanti. Oggi, per ragioni di obiettività, intendiamo ripristinare la dizione più chiara e più rispondente alle esigenze di fattò dell'articolo 104 del testo unico delle leggi sanitarie, che parla di comuni e di centri abitati con popolazione inferiore ai cinquemila abitanti. Non sono in grado di precisare ora -- e nessuno è in grado di farlo — quale sarà l'onere derivante dall'applicazione del provvedimento in esame, modificato nel senso da me proposto. Il contributo che noi abbiamo già avuto a carico delle farmacie urbane non copre l'intero onere. Io chiedo, pertanto, la solidarietà della Commissione perché, comunque, l'orientamento del legislatore sia questo: ritornare · allo spirito del testo unico, riconoscere il diritto dell'indennità ai farmacisti rurali residenti in comuni o centri abitati con popolazione inferiore ai cinquemila abitanti. Per il resto, se l'onorevole Ministro non sarà in grado di fornirci dei dati precisi per quanto concerne l'onere finanziario, io dovrei chiedere, signor Presidente, un rinvio, in attesa che il Ministero faccia conoscere tali dati.

LATTANZIO. È bene un rinvio, se non altro per chiarirci le idee. Io temo che facciamo

un passo indietro nei confronti della precedente legislatura.

BARTOLE, Relatore. Onorevole Lattanzio, ciò che deve essere positivo è questo: la Commissione, oggi, ritornando sulla vecchia proposta Bontade Margherita, in questa sede, riconosce la necessità pratica di ripristinare lo spirito dell'articolo 104 del testo único delle leggi sanitarie, ove non si parla di frazioni, ma di comuni e centri abitati. Perché il problema sorge non in relazione alle frazioni, ma in relazione ai centri abitati. Ci sono, infatti, molte frazioni di comuni i quali, nel loro complesso ambito territoriale, superano i 5.000 abitanti, ma si trovano così dislocate rispetto al capoluogo che hanno assoluta necessità, per ragioni economiche disagiate, di avere il godimento di questo beneficio che oggi non viene riconosciuto. La legge stabilisce che i comuni rurali sono quelli fino a 5.000 abitanti. Ma se io parlo di comuni fino a 5.000 abitanti e non parlo anche di centri abitati, potrei implicitamente escludere un centro abitato di cinquecento anime che si trova sperduto in cima a un monte, ma che non è giuridicamente una frazione!

Per questi motivi prego i colleghi della nostra Commissione di riconoscere a questo servizio così disagiato i benefici dell'indennità di residenza; ma debbo contemporaneamente chiedere un rinvio perché non sono onestamente in grado di fornire i necessari dati statistici circa la maggiore spesa conseguente dall'applicazione del provvedimento che probabilmente i colleghi di tutte le parti vorrebbero avere.

JERVOLINO, Ministro della sanità. Concordo pienamente con la proposta del Relatore circa il rinvio ad altra seduta della discussione della proposta di legge in esame. Infatti, in questo momento, dovrei esprimere parere contrario alla approvazione del provvedimento stesso, soprattutto per quanto riguarda l'ultimo comma dell'articolo 1, che è di una rilevante importanza. In tale comma è detto, infatti, che l'importo dell'indennità di residenza è esente dalla imposta di ricchezza mobile e dall'imposta generale sull'entrata. Su tale punto devo necessariamente conoscere il parere del ministro delle finanze.

Devo aggiungere altresì che molte farmacie non sempre pagano regolarmente i contributi che costituiscono il fondo dal quale, poi, si prelevano le somme necessarie per distribuire le indennità di residenza. Per tali motivi ho dovuto interessare il ministro delle finanze ed i prefetti, affinché, attraverso le

IV LEGISLATURA -- QUATTORDICESIMA COMMISSIONE -- SEDUTA DEL 26 SETTEMBRE 1963

intendenze di finanza, sollecitassero il pagamento dei contributi arretrati da parte di quei farmacisti che non li hanno ancora corrisposti. Pertanto, il capitolo relativo a tale fondo indicato nel bilancio del Ministero della sanità ha più carattere formale che sostanziale.

Concludendo, per le ragioni espresse dal relatore e per quelle da me aggiunte, sono d'accordo per il rinvio della discussione del provvedimento ad altra seduta.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, può rimanere stabilito che la discussione della proposta di legge è rinviata ad altra seduta

(Così rimane stabilito).

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indico la votazione a scrutinio segreto della proposta di legge oggi esaminata.

(Segue la votazione).

Comunico il risultato della votazione segreta della seguente proposta di legge:

DE MARIA: « Modifiche al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei comuni e delle provincie » (190):

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Balconi Marcella, Barba, Barberi, Bartole, Bemporad, Berretta, Biagini, Buffone, Cappello, Cattaneo Petrini Giannina, De Maria, Di Mauro Ado Guido, Fada, Lattanzio, Messinetti, Pasqualicchio, Pierangeli, Romano, Savio Emanuela, Sorgi, Spinella, Tantalo, Urso, Zanti Tondi Carmen.

La seduta termina alle 10,25.

IL DIRETTORE
DELL'UFFICIO COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. Francesco Cosentino

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI