COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

IV.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 23 GENNAIO 1964

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

Comunicazioni del Presidente:

PRESIDENTE 53
MANCINI, *Ministro della sanità* 54

Proposte di legge (*Discussione e approvazione*):

Senatori SAMEK LODOVICI ed altri: Norme interpretative per l'applicazione delle disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari contenute nella legge 20 dicembre 1962, n. 1751, ai sanitari dei consorzi provinciali antitubercolari. (*Approvata dalla XI Commissione permanente del Senato*). (619);

MIGLIORI: Estensione al personale tecnico dipendente dai consorzi provinciali antitubercolari delle disposizioni previste dalla legge 24 luglio 1954, n. 596. (435) 54

PRESIDENTE 54, 55, 59
SORGI, *Relatore* 54, 58
DE PASCALIS 55, 58
BERLINGUER 55
PASQUALICCHIO 55
LATTANZIO 56, 58
CATTANEO PETRINI GIANNINA 56
SPINELLI 56
SCARPA. 57
ROMANO 58, 59
URSO 58
MANCINI, *Ministro della sanità* 59
MESSINETTI 59

Proposta di legge (*Seguito della discussione e rinvio*):

BONTADE MARGHERITA: Norme integrative della legge 12 agosto 1962, n. 1352, recante provvidenze a favore dei farmacisti rurali. (152) 59

PRESIDENTE 59, 60, 62
BARTOLE, *Relatore* 59, 61

PAG.

MONASTERIO 60
MANCINI, *Ministro della sanità* 60
SORGI 61
LATTANZIO 61
DE PASCALIS 61
SCARPA. 61
DELFINO 61

Proposta di legge (*Rinvio*):

DE MARIA ed altri: Modificazioni delle norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, relative alla disciplina del servizio farmaceutico. (484) 63

PRESIDENTE 63, 64
LATTANZIO 63
SCALIA 63
BARBERI, *Relatore* 63
BERLINGUER 64
MANCINI, *Ministro della sanità* 64

Votazione segreta:

PRESIDENTE 64

La seduta comincia alle 9,55.

ZANTI TONDI CARMEN, *Segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Comunicazioni del Presidente.

PRESIDENTE. Comunico che, a norma dell'articolo 28, primo comma del Regolamento della Camera, il deputato Delfino sostituisce, per l'esame dei provvedimenti all'ordine del giorno della seduta odierna, il deputato Cucco Alfredo.

Sono sicuro d'interpretare il sentimento dei colleghi rivolgendo un saluto e l'augurio più fervido al nuovo Ministro della sanità, onorevole Mancini. Posso assicurare che, anche al di sopra delle divisioni di parte, è intendimento dei colleghi di collaborare con lui nella migliore maniera possibile per la tutela della salute del popolo italiano.

Ella, onorevole Ministro, sa quali gravi problemi urgono nel campo della sanità. Vedremo quindi quali di questi problemi dovremo affrontare con una certa priorità. Spero che, da parte del Governo e da parte della Camera, almeno qualcuno di questi problemi possa essere avviato a soluzione.

MANCINI, *Ministro della sanità*. Ringrazio il Presidente della Commissione per le cortesi parole che ha avuto nei miei riguardi e ricambio il saluto a lui e a tutti i componenti della Commissione. So che in questa sede problemi di particolare importanza e rispondenti alle esigenze della collettività debbono essere affrontati e risolti. Per parte mia desidero assicurare i colleghi della Commissione che il mio impegno nel lavoro sarà pari al loro impegno e che cercherò di fare del mio meglio per portarmi al livello della competenza e del valore dei colleghi della Commissione Igiene e sanità.

Discussione delle proposte di legge d'iniziativa dei senatori Samek Lodovici ed altri: Norme interpretative per l'applicazione delle disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari contenute nella legge 20 dicembre 1962, n. 1751, ai sanitari dei Consorzi provinciali antitubercolari (Approvata dalla XI Commissione permanente del Senato) (619); e del deputato Migliori: Estensione al personale tecnico dipendente dai Consorzi provinciali antitubercolari delle disposizioni previste dalla legge 24 luglio 1954, n. 596 (435).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge di iniziativa dei senatori Samek Lodovici, Tessitori, Pignatelli, Ajroldi e Perrino: « Norme interpretative per l'applicazione delle disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari contenute nella legge 20 dicembre 1962, n. 1751, ai sanitari dei consorzi provinciali antitubercolari », già approvata dalla XI Commissione permanente del Senato nella seduta del 18 ottobre 1963; e della proposta di legge di iniziativa del deputato Migliori: « Estensione al personale tecnico dipendente dai consorzi provinciali antitubercolari delle disposizioni previste dalla legge 24 luglio 1954, n. 596 ».

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

SORGI, *Relatore*. Abbiamo dinanzi a noi due proposte di legge di identico contenuto, anche se formalmente differenziate, in quanto la proposta di legge dei senatori Samek Lodovici ed altri parla di norme interpretative per l'applicazione delle disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari, contenute nella legge 20 dicembre 1962, n. 1751, ai sanitari dei consorzi provinciali antitubercolari, mentre la proposta di legge dell'onorevole Migliori parla di estensione delle norme di cui alla legge 20 luglio 1954, n. 596.

Ritengo quindi che la proposta Migliori possa considerarsi assorbita nella proposta Samek Lodovici ed altri, la quale, essendo già stata approvata dall'altro ramo del Parlamento, se oggi verrà approvata anche dalla nostra Commissione, potrà senz'altro divenire operante.

Per entrare nel merito di questa proposta di legge, ricordo che il testo unico delle leggi sanitarie del 1934, agli articoli 47 e 76, stabiliva un limite massimo di età per il servizio dei sanitari comunali, ufficiali sanitari e sanitari condotti, mentre precedentemente gli ufficiali sanitari restavano in servizio *sine die*, cioè fino a quando glielo permettessero le loro condizioni di salute. Questa nuova norma veniva a creare delle situazioni di disagio per alcune categorie di interessati, che ritenevano di avere acquisito un diritto per essere entrati in servizio con delle norme che creavano una loro legittima aspettativa.

C'era già nel testo unico all'articolo 364 una norma transitoria che apriva la strada a delle deroghe, perché abbinava due criteri, quello dell'età e quello del servizio. Si dava infatti facoltà ai prefetti e alle amministrazioni comunali di collocare a riposo i sanitari abbinando i 65 anni di età e i 40 anni di servizio oppure i 70 anni di età e i 35 anni di servizio.

Ad ogni modo la materia non era ben definita. Perciò con legge 24 luglio 1954, n. 596, si disponeva che gli ufficiali sanitari e i sanitari condotti che fossero stati assunti in servizio di ruolo prima dell'entrata in vigore del testo unico delle leggi sanitarie erano mantenuti in servizio fino a raggiungere i 40 anni di servizio, anche oltre i 65 anni di età, comunque non oltre il 70° anno di età. Con successiva legge 20 dicembre 1962, n. 1751, questa deroga veniva estesa anche agli altri sanitari dipendenti dai comuni e dalle pro-

vince e, precisamente, ai medici ed ai veterinari addetti agli uffici sanitari comunali, ai direttori di macello, ai medici dei servizi comunali di ispezione all'assistenza sanitaria, ai veterinari dei servizi comunali di ispezione veterinaria, ai medici ed ai chimici dei laboratori provinciali di igiene e profilassi, ai medici addetti ai servizi di assistenza e vigilanza igienica e profilassi istituiti stabilmente dalla provincia.

Forse il legislatore intendeva includere con questa dizione anche i sanitari dei consorzi provinciali antitubercolari; senonché in pratica questa norma non ha avuto tale interpretazione, anche perché da parte di qualcuno si era opposto che la figura di tali sanitari fosse diversa da quella degli altri sanitari provinciali, in quanto la legge particolare che riguardava i sanitari dei consorzi antitubercolari prevedeva che la nomina era fatta nella persona del vincitore del concorso per la durata di un quinquennio e poteva essere confermata per successivi quinquenni. Peraltro quest'ultima norma è stata modificata con la legge 22 novembre 1962, n. 1709, la quale conferiva la stabilità dopo il biennio di prova anche a questo personale sanitario.

A questo punto la categoria torna alla carica per dire: adesso che la nostra condizione è perfettamente uguale a quella degli altri sanitari dipendenti dagli enti locali, chiediamo che il beneficio del ritardo nel collocamento a riposo sia esteso anche a noi.

Mi sembra pertanto che la proposta di legge possa essere accolta. Non vi sono altre spese per l'erario o per gli enti locali e si tratta, in definitiva, della estensione di beneficî già concessi ad altre categorie di sanitari degli enti locali per cui ritengo che sarebbe equo comprendere in questi beneficî anche i sanitari dei consorzi provinciali antitubercolari.

PRESIDENTE. Ringrazio il Relatore e dichiaro aperta la discussione generale.

DE PASCALIS. Sono d'accordo con quanto detto dal Relatore. Tuttavia vorrei esprimere un dubbio che deriva dalla stessa esposizione, peraltro chiara e perspicua, fatta dall'onorevole Sorgi. Il dubbio è questo: se sia giusto o meno che l'estensione sia da considerare già compresa nella legge 20 dicembre 1962, n. 1751, o se non sia più esatta la formulazione della proposta Migliori che parla di estensione di quei beneficî anche ai dipendenti dei consorzi provinciali antitubercolari. È più esatto anche da un punto di vista giuridico-formale intendere « sono valide » oppure « sono estese » ? Personalmente, propendo per questa seconda interpretazione e cioè per l'estensione. Ma sento di dover chiedere lumi ai colleghi perché non vorrei che questa modifica di forma potesse eventualmente ritardare o bloccare l'*iter* del provvedimento che, in sostanza, io condivido, trattandosi di affermare un principio di equità.

BERLINGUER. Non è la prima volta che, sia in Aula che in Commissione, qualora si sia manifestato qualche dubbio interpretativo (anche se non è questo proprio il caso), il Presidente possa fare inserire a verbale una esplicita dichiarazione di interpretazione autentica, quale quella cui ha fatto cenno il collega De Pascalis. Sarà poi questa interpretazione che servirà da guida a chi dovrà applicare la norma in concreto.

PASQUALICCHIO. Noi non siamo propriamente contrari a questa proposta di legge ma quello che ci trova nettamente contrari è il continuo proliferare di provvedimenti parziali e settoriali. Per venire al merito del provvedimento, mi permetto di rilevare innanzi tutto che occorre risalire alla legge, diciamo così, base che risale al 1934. Quella legge contemplava agli articoli 47 e 76 la posizione giuridica degli ufficiali sanitari e dei medici condotti, i quali in precedenza non avevano un rapporto stabile di lavoro. Con il testo unico del 1934 i sanitari locali ebbero un rapporto stabile di lavoro e il limite massimo per il servizio venne fissato ai 65 anni di età. Ma i sanitari, di cui trattasi in questa proposta di legge, e cioè i sanitari degli ospedali sanatoriali dipendenti dai consorzi antitubercolari, non hanno avuto un rapporto stabile di lavoro, essendo noto che gli assistenti e gli aiuti anche oggi hanno un rapporto di lavoro a termine che in genere non supera i tre o i quattro anni, anche se rinnovabile.

Non vedo, quindi, in che modo questi sanitari possano usufruire della estensione normativa di cui si è parlato, poiché si tratta, ripeto, di un rapporto di lavoro configurato giuridicamente in modo diverso. Chi saranno, in definitiva, i beneficiari di questo provvedimento? Soltanto i primari, mentre gli altri ospedalieri non trarranno beneficio alcuno. Consentite, onorevoli colleghi, che faccia questa ovvia osservazione: la legge è legge in quanto abbia un contenuto generale ossia possa essere invocata da tutti e non soltanto da un numero limitato di cittadini. Sembra invece che con queste leggi parziali altro non facciamo se non dare certi privilegi a determinati gruppi, che in questo caso specifico si identificano con i sanitari degli enti locali e dei consorzi provinciali, e nemmeno

tutti, poiché solo alcuni, pochi in verità, hanno un rapporto di lavoro stabile: cioè solo i primari.

Del resto, il limite di 65 anni di età non venne stabilito arbitrariamente, né scaturì da considerazioni metafisiche, bensì si rese necessario da una situazione di fatto e cioè dalla pletora del personale medico o, se meglio credete, dalla disoccupazione nella quale si trovano molti medici.

Credete che questa situazione di fatto sia stata superata anche se è alquanto attenuata (apparentemente) dai servizi sociali di assistenza? Io credo di no.

Come possiamo allora favorire una stabilizzazione di lavoro a persone che invece dovrebbero andare in pensione per lasciare il posto ai giovani? Senza contare poi che i beneficiari di questo provvedimento sarebbero, ripeto, un numero limitato di primari senza alcun beneficio per gli altri sanitari.

Per tutte queste ragioni noi esprimiamo parere contrario all'approvazione di queste proposte di legge.

LATTANZIO. Dichiaro pregiudizialmente di essere d'accordo con quanto detto dal Relatore. Però desidero affermare che in questo caso più che altro si tratta di un provvedimento perequativo. Non c'è dubbio, infatti, che tra i sanitari dei consorzi provinciali antitubercolari debbano essere compresi anche i primari, gli aiuti e gli assistenti che lavorano negli ospedali sanatoriali.

Mi rendo conto della giusta osservazione fatta dal collega Pasqualicchio per quanto riguarda il problema della disoccupazione dei medici. Tengo però a sottolineare ancora una volta in questa sede quello che fu sempre l'orientamento della Commissione Igiene e sanità. Qui non si tratta di assicurare l'occupazione dei medici o di fare la lotta alla disoccupazione; la preoccupazione principale della Commissione mi pare debba essere quella di tutelare la salute dei cittadini: ce lo ha ricordato ancora una volta il Presidente questa mattina e ce lo ha sottolineato il Ministro della sanità; noi ne prendiamo atto con piacere. E quando noi sosteniamo la possibilità per determinate categorie di sanitari, altamente specializzati e qualificati, di andare in pensione con quaranta anni di servizio, non lo facciamo soltanto per andare incontro alle esigenze della categoria, ma soprattutto ed innanzitutto per assicurare alla tutela della salute pubblica una esperienza già acquisita da tali sanitari. Ciò è maggiormente da tenere presente perché, come è stato ricordato più volte in quest'aula, la vita media dell'uomo si è allungata e pertanto trattenere in servizio sanitari altamente qualificati fino al settantesimo anno di età non pregiudica e non contrasta con quelle che sono le esigenze di funzionalità del servizio stesso, cui tante volte abbiamo fatto riferimento.

In conclusione, noi siamo d'accordo con questa proposta di legge; però riteniamo che, pur trattandosi di un provvedimento parziale che favorisce tutti coloro che sono stati assunti prima della legge del 1934 per i motivi che opportunamente il Relatore ha voluto ricordare, in sostanza, andiamo a sottolineare un aspetto di cui abbiamo discusso altre volte e sul quale i pareri furono controversi. Questa mattina però mi sembra che ci stiamo orientando in una determinata direzione che mi auguro – per il mio punto di vista e per quelle che sono state le mie esperienze in materia – possa essere tenuto presente dalla Commissione anche in altre analoghe circostanze.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Devo dichiarare che sono favorevole ad entrambe le proposte di legge; ritengo però che la proposta di legge dei senatori Samek Lodovici ed altri sia più rispondente allo scopo che ci prefiggiamo, in considerazione del fatto che essa ha carattere interpretativo della legge che ha concesso determinate agevolazioni ai sanitari dipendenti dagli enti locali. Ritengo che, al momento dell'approvazione della legge del 1962, n. 1751 si intendeva, con ogni probabilità, comprendere sia i sanitari dipendenti dagli enti locali territoriali sia quelli dipendenti da enti non territoriali: il che mi pare sia il caso dei Consorzi antitubercolari.

SPINELLI. Mi dichiaro senz'altro d'accordo con l'onorevole Relatore e con il collega Lattanzio per la prima parte. Non sono d'accordo invece con l'onorevole Lattanzio quando afferma, a sua volta, di essere d'accordo con il collega Pasqualicchio per quanto riguarda la pletora esistente nel campo medico.

LATTANZIO. Per la verità, non ho affermato niente di simile nel corso del mio intervento.

SPINELLI. Se così è, tanto meglio. Ma se di pletora deve parlarsi, bisogna dire che essa effettivamente c'è stata ed ha costituito la piaga peggiore del nostro settore subito dopo la fine della seconda guerra mondiale. Infatti a quell'epoca avevamo un numero di medici elevato e non sapevamo come impiegarli; invece oggi stiamo osservando un fenomeno completamente opposto. Contro una popolazione di quasi 51 milioni di abitanti esistono, è vero, 86 mila e forse oggi 87 mila medici;

però bisogna dire che non tutti questi medici esercitano la professione. Inoltre bisogna tener conto di un altro fenomeno: gli ammalati oggi fanno ricorso al medico molto facilmente, grazie all'assistenza mutualistica. che senza dubbio costituisce una conquista magnifica della nuova società italiana. Attualmente ci troviamo di fronte ad università che sono assolutamente carenti di allievi ed hanno subìto una flessione nelle iscrizioni alla facoltà di medicina dell'ordine di circa il 50 per cento, come è avvenuto, per esempio nell'università di Modena.

Questo fenomeno, che già si verifica in altre nazioni d'Europa, comincia a preoccupare anche l'Italia e, se non vi porremo rimedio, rischieremo di trovarci nella condizione in cui si trova oggi l'Inghilterra, la quale è costretta a cercare all'estero medici specializzati per la carriera ospedaliera.

Tutto questo dovevo dire per togliere qualsiasi dubbio e qualsiasi preoccupazione alla Commissione circa il problema della cosiddetta pletora e della mancanza di lavoro per i medici. Devo dire che questo è un concetto superato da almeno 3 o 4 anni e forse più.

Per quanto si riferisce alla estensione della efficacia del provvedimento al periodo antecedente l'entrata in vigore del testo unico del 1934, devo dire che da quell'epoca fino al 1938 c'è stata una carenza assoluta di concorsi sia per cause di guerra che per altre ragioni. In altri termini, i sanitari dal 1934 al 1938 non hanno potuto raggiungere una stabilità e non per causa loro. Come dobbiamo quindi regolarci? Io ritengo che quello del 1934 non dovrebbe essere il limite massimo per beneficiare del provvedimento; penso che tale limite dovrebbe essere spostato almeno al 1938, cioè all'epoca in cui sono stati nuovamente banditi i concorsi e quindi c'è stata la possibilità della immissione in ruolo dei medici.

Sono disposto a sostenere questa proposta sempre che essa non costituisca ostacolo ed impedimento all'approvazione delle proposte in discussione. Il problema è molto importante, considerato che molti sono i medici che si trovano in queste condizioni.

SCARPA. Quando nel luglio dello scorso anno la nostra Commissione approvò la proroga della cessazione dal servizio dei sanitari ospedalieri, un effetto secondario – si disse – di quel provvedimento fu il mantenimento in servizio oltre il sessantacinquesimo anno di età dei primari. In questa Commissione vi furono allora non pochi colleghi i quali tennero ad assicurare la Commissione che si trattava di un effetto secondario e non del principale desiderio dei colleghi della maggioranza. Volendo garantire la stabilità degli aiuti e degli assistenti, non si poteva fare a meno di mantenere in servizio oltre il sessantacinquesimo anno di età anche i primari. Rimane però ferma la nostra opinione, espressa nella precedente legislatura, e cioè l'utilità di un diverso impiego dei primari dal sessantacinquesimo al settantesimo anno di età in una posizione di esperti e di consulenti, trattandosi di personalità che hanno acquisito una notevole esperienza in tanti anni di professione e che possono anche giovare allo istituto presso cui prestano servizio.

A questo punto dobbiamo constatare che quelle espressioni dei colleghi non erano molto sincere, perché all'indomani di quel provvedimento di proroga abbiamo assistito ad uno stillicidio di minori e parziali provvedimenti, che invece assicurano il mantenimento in servizio dal 65° al 70° anno di età di questi sanitari.

Noi abbiamo il maggiore rispetto per questi sanitari che sono sovente illustri personalità, e proprio per questo fummo favorevoli a mantenerli in servizio per un maggior numero di anni – secondo la posizione prescelta dalla Commissione nella passata legislatura – ma in posizione di collaborazione; in tal modo non si disperdono le loro energie e la loro esperienza e, contemporaneamente, si favorisce il ringiovanimento dei quadri, che ha importanza anche dal punto di vista scientifico. Si consente infatti l'accesso di forze giovani, di sanitari che hanno 44 o 45 anni di età, i quali possono accedere a posti di primaria importanza, mentre la permanenza ai vertici della carriera di sanitari, sia pure importanti ed illustri, ma che hanno più di 65 anni, non può non frenare il rinnovamento, l'introduzione di metodi nuovi e quindi di nuove pratiche nella concezione e direzione dell'attività sanitaria.

Per queste ragioni crediamo che sia opera di giustizia collocare in posizione di collaboratori quei sanitari che possono essere ancora utili dal 65° al 70° anno di età e aprire spazi nuovi a forze giovani che possono dare un maggior contributo.

Noi abbiamo ripetutamente fatto in precedenza ai colleghi di questa Commissione una proposta, che ripetiamo ancora oggi. Ci viene detto che sostanzialmente i sanitari che non hanno potuto raggiungere i 40 anni di servizio effettivo non arrivano a fruire di un trattamento di quiescenza equo, rapportato alla natura del loro servizio, cioè non giungono ai

limiti massimi della pensione. Ma questo trattamento può essere garantito soltanto in sede previdenziale; si dovrebbe cioè consentire ai sanitari che non abbiano raggiunto i 40 anni di servizio di fruire del trattamento massimo per la loro categoria. Noi non possiamo che ribadire questa nostra posizione che una volta suggerimmo di tradurre in un ordine del giorno, mentre manifestiamo voto contrario ai provvedimenti in esame.

ROMANO. Mi pare che i rilievi fatti dal collega Lattanzio e adesso dal collega Scarpa siano essenziali per una nostra decisione. Noi abbiamo sempre espresso il convincimento che i primari non dovessero superare il 65° anno di età. Se noi approvassimo una legge che dà ancora questa possibilità, indubbiamente creeremmo un principio che poi ci impegnerebbe anche su altri problemi maggiori che verranno. Io non desidero esprimere un atteggiamento preciso su queste proposte di legge, perché se attraverso questa formulazione potessimo considerare risolto, per lo meno in linea di massima, il problema che turba la vita dei nostri ospedali, in omaggio a questa possibilità sarei del parere che venisse accettato il principio di questa legge. Mi riservo quindi di esprimere il mio parere dopo avere ascoltato le dichiarazioni del rappresentante del Governo.

DE PASCALIS. Il collega Lattanzio ha fatto una considerazione di fondo, che riguarda il personale sanitario assunto dopo il 1934, cioè dopo l'approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. Noi siamo di fronte oggi a un provvedimento perequativo del trattamento dei sanitari che hanno raggiunto la stabilità prima del 1934. Da allora a oggi, attraverso provvedimenti settoriali e parziali, è stato consentito il mantenimento in servizio fino a 70 anni di età dei sanitari dipendenti dagli enti locali, che avevano raggiunto la stabilità prima del 1934. Ora ci si è accorti che alcuni sanitari, come quelli dipendenti dai consorzi antitubercolari, erano stati esclusi da questo trattamento, solo se la stabilità era stata raggiunta prima del 1934, perché per quelli che hanno raggiunto la stabilità successivamente il termine della carriera è fissato al compimento del 65° anno di età. Il mio parere su questa legge prescinde quindi dalla disciplina del futuro trattamento del personale ospedaliero. I provvedimenti in discussione riguardano una situazione del passato e non possono in alcun modo impegnarci per quanto riguarda l'avvenire, giacché si sa che il nostro gruppo è favorevole a fissare a 65 anni di età il limite massimo della carriera per il personale sanitario.

L'unica mia preoccupazione era se si trattasse di un provvedimento interpretativo ovvero della estensione dei benefici già concessi ad altre categorie di sanitari dipendenti dagli enti locali. Quindi, mi pare che non si possa accettare il terreno di discussione del collega Lattanzio, ma bisogna riportarci alle considerazioni del Relatore.

LATTANZIO. Io intendevo richiamare il voto precedente per chiarezza.

URSO. Vorrei chiarire soltanto che le due proposte di legge, sia quella di iniziativa dei senatori Samek Lodovici ed altri, sia quella del deputato Migliori, parlano di sanitari di consorzi provinciali antitubercolari. Anzi, la proposta Migliori specifica ancora meglio, poiché si riferisce al personale tecnico addetto ai consorzi provinciali antitubercolari. L'articolo 277 del testo unico delle leggi sanitarie dice infatti che il personale addetto ai servizi tecnici del consorzio è costituito del direttore del consorzio cui può essere affidata la direzione del dispensario provinciale, del personale medico del dispensario provinciale e delle sezioni dispensoriali e delle assistenti sanitarie visitatrici. I sanitari ospedalieri non vengono affatto chiamati in causa.

SORGI, *Relatore*. Le osservazioni fatte mi sembra che, in maggioranza, si siano appuntate sul problema dei sanitari ospedalieri. Mi permetto dire che concordo con quanto ha precisato testé il collega Urso per restringere e delimitare il significato di questo provvedimento. È vero che con una interpretazione estensiva si potrebbero comprendere anche i sanitari ospedalieri; però mi sembra che non manchino gli argomenti validi per escludere una simile interpretazione.

Ad ogni modo possiamo chiarire che noi intendiamo proprio i sanitari dei consorzi antitubercolari e non altri. In altri termini si tratta proprio di quel personale, cui si è riferito l'onorevole Urso, considerato dall'articolo 277 del testo unico delle leggi sanitarie. Più chiari di così credo che non si possa essere: con il termine sanitari si intendono i medici che prestano la loro opera nei consorzi antitubercolari o nelle sezioni dipendenti dal consorzio antitubercolare e non già i sanitari ospedalieri sia pure appartenenti ad ospedali sanatoriali dipendenti da questi consorzi perché questi ultimi hanno sempre seguìto la sorte amministrativa dei sanitari degli ospedali civili.

Con questa precisazione mi sembra che certe, sia pure giustificabili, perplessità do-

vrebbero venir meno, essendo del tutto chiaro che la parzialità consisterebbe nel non approvare questo provvedimento e non già nell'approvarlo, onorevole Pasqualicchio. Infatti, ove non l'approvassimo, manterremmo in vita la situazione attuale che vede certe norme più vantaggiose applicate alla generalità dei sanitari con una esclusione assolutamente ingiustificata per un gruppo di essi.

Ecco perché mi permetto di insistere per l'approvazione.

PRESIDENTE. Soltanto per una maggiore chiarezza ed intelligenza dei provvedimenti in discussione: essi riguardano i medici dipendenti dai consorzi, assunti anteriormente al 1934. Questa deroga non riguarda assolutamente il problema dei limiti di età dei sanitari ospedalieri che andrà discusso in altra sede.

MANCINI, *Ministro della sanità*. Vorrei ricordare alla Commissione che la proposta Samek Lodovici è già stata approvata dal Senato, con il parere favorevole del Governo, in epoca anteriore alla formazione dell'attuale compagine ministeriale. Personalmente, quindi, potrei anche non sentirmi impegnato e ciò nonostante, in tutta sincerità, sento di dovermi esprimere in senso favorevole, pur confermando la mia avversione alla presentazione di « leggine » destinate a risolvere problemi particolari.

Esprimo quindi parere favorevole per l'approvazione con le precisazioni fatte sia dal Relatore che dal Presidente; ma, nell'esprimere questo parere, desidero dire al collega Romano che, per quanto riguarda i problemi da lui posti, il Governo è pienamente consenziente e in modo particolare è consenziente nel senso che, con l'approvazione di questo provvedimento, non vi è un'affermazione di principio nei confronti di altri problemi che saranno trattati a tempo e a luogo.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Se non vi sono obiezioni, proporrei di scegliere come testo base per la discussione la proposta di legge n. 619.

(*Così rimane stabilito*).

Do lettura dell'articolo unico della proposta di legge:

« Le norme contenute nell'articolo unico della legge 20 dicembre 1962, n. 1751, sono valide anche nei confronti dei sanitari dei Consorzi provinciali antitubercolari ».

ROMANO. Per dichiarazione di voto, dopo aver ascoltato i chiarimenti dell'onorevole Ministro – fermo restando che i problemi da me sollevati dovranno essere esaminati nella opportuna sede – dichiaro di votare a favore di questo provvedimento.

MESSINETTI. È necessario che sia chiaro che noi del gruppo comunista non siamo contrari semplicemente ed unicamente al problema dei primari. Noi vogliamo affermare in linea generale il principio che tutti i sanitari (primari, aiuti ed assistenti) e quindi non soltanto coloro che appartengono alla categoria degli ospedalieri, siano sottoposti al limite di età dei 65 anni.

È bene che questo sia chiaro. Noi siamo contrari quindi per un principio di carattere generale anche per evitare – come giustamente affermava poco fa l'onorevole Ministro – di trovarci di fronte a leggine successive, che magari interessano dieci o venti persone, attraverso le quali si finisce per ribadire un determinato concetto o principio. È proprio questa la ragione per la quale noi siamo decisamente contrari.

Nelle precedenti discussioni il nostro gruppo ha affermato la propria opinione in merito a questo problema, che in sostanza è un problema di natura previdenziale e che avrebbe dovuto essere risolto in quel campo.

Per tutte queste considerazioni il nostro gruppo voterà contro il provvedimento.

PRESIDENTE. Trattandosi di articolo unico, la proposta di legge sarà votata direttamente a scrutinio segreto al termine della seduta.

Seguito della discussione della proposta di legge di 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 il seguito della discussione della proposta di legge di iniziativa del deputato Bontade Margherita: « Norme integrative della legge 12 agosto 1962, n. 1352, recante provvidenze a favore dei farmacisti rurali ».

BARTOLE, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, non è il caso di ritornare sulla relazione svolta nella precedente seduta. Mi limito solamente a ricordare che la proposta di legge n. 152 mira ad ottenere: 1) la concessione della indennità di residenza ai titolari delle farmacie rurali situate nei comuni e nei centri abitati con popolazione in-

feriore ai tremila abitanti; 2) la esenzione della indennità medesima dalla imposta di ricchezza mobile e dalla imposta generale sulla entrata.

Occorre tenere presenti le indicazioni degli articoli 104 e 151 del testo unico delle leggi sanitarie che parlano di farmacie istituite in comuni o centri abitati cono popolazione inferiore ai cinquemila abitanti. Invero, nella legge n. 1352, del 1962 il numero degli abitanti era stato ridotto a 3 mila, fermo restando la concorrenza di un determinato reddito al di sopra del quale il farmacista non aveva il diritto alla indennità. Ma quella legge era equivoca in quanto affermava che ai farmacisti può spettare una indennità di residenza: è evidente che la parola « può » è una discrezionalità lasciata ai comuni.

Non mi soffermerò in questo momento su quello che è il meccanismo della legge perché lo abbiamo esaminato tante volte. Il pagamento della indennità dovrebbe essere effettuato dai comuni interessati salvo rivalsa a carico di un fondo nazionale al quale concorrono i titolari di farmacie urbane. Come si sa, però, gli enti locali si trovano in difficoltà di bilancio, sicché nella maggioranza dei casi si può dar luogo *obtorto collo* da parte del sindaco del comune ad un diniego o quanto meno ad una riduzione della indennità medesima.

D'altra parte occorre rilevare che, negli ultimi anni, si è verificato il fenomeno dell'esodo dei farmacisti dalle zone di campagna; di conseguenza è venuta a crearsi una situazione di disagio, vorrei dire di grave disagio, proprio in quelle zone dove è più necessaria l'opera del farmacista.

La proposta avanzata da me e dal collega Scarpa nella precedente seduta era la seguente: trascuriamo per ora il resto, ma stabiliamo la certezza del diritto alla indennità almeno per le situazioni di disagio. Di qui la necessità di migliorare la dizione della legge del 1962 parlando non più di comuni, ma di comuni e centri abitati. La realtà è che, se vogliamo fare qualcosa di utile per questa benemerita categoria, dobbiamo far riferimento alla situazione di reale disagio esistente per le farmacie rurali. Quindi la necessità di affermare il principio, lasciando poi al legislatore le modalità di ripartizione e di erogazione dell'indennità medesima.

Ora io sono andato a vedere quanti sono i centri abitati al di sotto dei 3.000 abitanti. Abbiamo il censimento del 1951, ma esso rappresenta ormai una cosa arcaica; non esistono, putroppo, dati più aggiornati. Il Governo si era impegnato a fornire dati precisi relativi ai centri abitati, perché solo quando conosceremo quali sono i centri abitati in cui ricorrono quelle condizioni economiche, potremo stabilire le modalità e la misura della indennità. Teniamo presente che ci sono discordanze tra i dati raccolti dall'Istituto centrale di statistica e quelli che ha il Governo. Pregherei, pertanto, il rappresentante del Governo di metterci in condizioni di proseguire questo dibattito.

PRESIDENTE. Ella aveva chiesto al Ministro Jervolino i dati dei centri abitati fino a 3.000 abitanti e l'onere che derivava dall'estensione di questa proposta di legge ai centri abitati fino a 5.000 abitanti.

MONASTERIO. A me premerebbe conoscere la consistenza delle somme versate dai farmacisti non rurali, ai fini dei contributi di solidarietà per le farmacie rurali.

MANCINI, *Ministro della sanità*. Sono iscritti in bilancio 130 milioni. Sono questi che si ricavano.

PRESIDENTE. Questa legge ha anche un altro aspetto, cioè l'esenzione dall'imposta di ricchezza mobile e dall'imposta generale sull'entrata. Su questo punto i dicasteri del tesoro e delle finanze esprimono pareri molto differenti da quello dato dalla Commissione Bilancio. Chiedo quindi all'onorevole Ministro se ritiene che si prosegua nella discussione.

MANCINI. *Ministro della sanità* Allo stato della documentazione debbo chiedere il rinvio della discussione. A parte i dati che non conosciamo (perché sono noti soltanto quelli relativi ai comuni e non quelli concernenti le frazioni o i centri abitati) c'è sempre una questione preliminare di cui bisogna tener conto, poiché la proposta di legge Bontade Margherita estende il beneficio senza preoccuparsi di indicare la copertura della maggiore spesa derivante da tale estensione. Anche se il numero dei comuni aumentasse soltanto di una unità, dovremmo essere in grado di dire come provvediamo alla copertura del maggior onere implicato. Secondo il testo unico delle leggi sanitarie, le farmacie urbane pagano una certa quota, che viene distribuita fra i farmacisti rurali. Nel momento in cui il numro dei farmacisti beneficiari aumenta, è chiaro che la legge in tanto può avere applicazione, in quanto si aumenta il contributo dei farmacisti urbani; altrimenti si dovrebbe indicare un'altra fonte di copertura del nuovo onere.

È quindi necessario rinviare l'esame della proposta di legge, per reperire idonei mezzi di copertura. Bisogna scegliere: o aumentare la quota che pagano i farmacisti urbani, o

invitare il tesoro ad erogare la maggiore somma necessaria; oppure ricorrendo a un mezzo e all'altro. A parte poi le considerazioni che vengono fatte dal Ministero delle finanze per quanto riguarda l'esenzione dall'imposta di ricchezza mobile e dall'imposta generale sull'entrata. Quindi mi trovo costretto a chiedere quanto meno un rinvio della discussione.

SORGI. Secondo me non è interessante conoscere il numero dei comuni e dei centri abitati con popolazione non superiore ai 3.000 abitanti, perché non è detto che l'esistenza di queste frazioni comporti una maggiore spesa per questa legge. Invece l'indagine da condurre è quella delle farmacie esistenti in tali comuni o centri abitati: in altre parole si dovrebbe conoscere esattamente il numero delle farmacie considerate rurali ai sensi dell'articolo 104 del testo unico delle leggi sanitarie.

LATTANZIO. I dati debbono riguardare più precisamente soltanto le farmacie rurali, il cui reddito di ricchezza mobile non ecceda le 800.000 lire. Ora in questi ultimi anni il problema della ricchezza mobile ha assunto un nuovo aspetto, perché quelle 800.000 lire che una volta sembravano una cifra ragguardevole, oggi non lo sono più.

BARTOLE, *Relatore*. Rispondo ai colleghi Sorgi e Lattanzio e a tutti coloro che sono intervenuti. Ovviamente non è qui soltanto questione di accertamento statistico puro e semplice: si tratta piuttosto di sapere quante farmacie, oltre a quelle attualmente esistenti, dovrebbero rientrare in questa previsione. Da un accertamento, privo peraltro di valore ufficiale in quanto i dati mi sono stati forniti in via personale dall'Associazione nazionale farmacisti rurali, risulta che le farmacie rurali aventi diritto potenziale all'indennità di residenza di lire 400 mila annue sono circa un migliaio. Il che presupporrebbe uno stanziamento di 400 milioni all'anno. Essendovi in bilancio finora solo 130 milioni, occorrerebbe reperire altri 270 milioni di lire.

DE PASCALIS. Sono d'accordo con la proposta di rinvio, anche perché ci troviamo di fronte ad una proposta di legge campata, per così dire, in aria e per la quale il parere espresso dalla Commissione Bilancio è inattendibile.

La proposta di legge poi coinvolge tutta una serie di principî sui quali sarebbe necessario un giudizio preliminare di merito, tanto che mi permetto di rivolgere la preghiera al ministro di esaminare l'opportunità di collegare il problema delle farmacie rurali a quello più vasto della disciplina farmaceutica in Italia.

SCARPA. Mi dispiace dover dissentire dal collega De Pascalis, ma temo che una legge organica per risolvere il problema farmaceutico italiano, contrariamente a quanto egli spera, richiederà parecchio tempo. Io mi auguro di no. Ma, si sa, gli auguri non bastano. Colgo perciò l'occasione per rilevare che si trova depositata agli atti della Camera un'altra proposta di legge riguardante i farmacisti rurali che pure non è stata abbinata a questa in discussione.

Insomma, io credo che il problema generale delle farmacie condurrà ad una discussione molto ampia e di non breve durata per cui sarebbe forse opportuno demandare l'elaborazione di un testo ad un Comitato ristretto. Meglio forse sarebbe se il Relatore, in collaborazione con il Governo, predisponesse un nuovo testo del provvedimento che tenesse conto degli elementi emersi nel corso delle discussioni.

Per ora quindi non entro nel merito della questione, limitandomi a ricordare che l'ultima volta che abbiamo discusso di questa questione la nostra Commissione si mostrò alquanto preoccupata e con essa l'allora ministro Jervolino, in ordine alla situazione in cui versavano le farmacie in quei comuni rurali di cui ci ha parlato ora il collega Bartole, costrette via via a chiudere a causa dell'esodo che si verifica nei campi.

Per dimostrare quanto la questione gli stava a cuore in quell'occasione il ministro Jervolino ci assicurò che avrebbe fatto raccogliere dagli uffici del suo dicastero il più rapidamente possibile tutti gli elementi necessari per giungere all'auspicata soluzione del problema. Non vogliamo certamente sollevare ora l'obiezione che il nuovo ministro, onorevole Mancini, non sia in grado di sciogliere quella promessa, ma è chiaro che il nostro giudizio politico rimane fermo a quel punto, ed è grave che il Parlamento nato il 28 aprile dell'anno scorso non abbia potuto nemmeno cominciare a legiferare.

Appare pertanto del tutto indispensabile che il ministro Mancini ci precisi non soltanto se intende portare all'esame della Commissione gli elementi e i dati che gli sono stati richiesti, ma anche quando e cioè, in considerazione della situazione che assume aspetti talvolta drammatici, da qui a non oltre una o due settimane.

DELFINO. Secondo me, le osservazioni fatte dal collega De Pascalis hanno una loro validità obiettiva. Le farmacie rurali che sono

costrette a chiudere in numero sempre maggiore per la massima parte non sono farmacie prive di contributo, ma piuttosto farmacie che, a causa del funzionamento burocratico ed amministrativo difettoso, non riescono materialmente a percepire il contributo a tempo e nella misura necessaria.

Quindi, mi sembra che il punto essenziale sia quello di riuscire a modificare un meccanismo che attualmente non funziona o funziona male, dando certezza agli aventi diritto che quanto loro dovuto possa essere effettivamente riscosso.

Nella proposta di legge De Maria ed altri, che, in definitiva, è la stessa approvata all'unanimità da questa stessa Commissione nella precedente legislatura, si affrontano anche altri problemi che tendono a favorire la installazione di farmacie rurali ed a stimolare i giovani professionisti ad iniziare in campagna il primo periodo della professione.

Uno dei principali motivi che inducono a sostenere il provvedimento è costituito dal fatto che oggi, onorevoli colleghi, noi assistiamo non soltanto alla fuga dalle campagne da parte dei lavoratori dei campi, ma alla corsa in città da parte di tutti.

Di qui la nostra preoccupazione non solo di garantire le entrate per il finanziamento del provvedimento, ma anche di assicurare ai farmacisti rurali una possibilità di carriera, dando loro certezza e garanzia per i concorsi. Quindi non mi pare, obiettivamente, che la preoccupazione dell'onorevole De Pascalis di negare l'affermazione di certi principi e l'allargamento di certi criteri generali che dovranno dare una sistemazione definitiva o comunque nuova e moderna a seconda delle esigenze italiane alle farmacie sia una impostazione giusta.

Nella passata legislatura abbiamo presentato una proposta di legge in materia e, se le cose dovessero andare in questa maniera, saremmo costretti a ripresentare le nostre tesi. A questo punto, se si procede su questo piano, la discussione veramente andrebbe per le lunghe. In altri termini, se esigenze particolari dovessero spingere a ricominciare da capo, non ci resterebbe altro da fare che prenderne atto, ma di conseguenza saremmo costretti a ripresentare la nostra proposta di legge o quanto meno di entrare a far parte di quel comitato ristretto, che, come si è detto, dovrebbe affrontare e coordinare un nuovo testo.

Ma poiché tutta la materia farmaceutica dovrà essere presa in esame, evidentemente il problema della indennità ai farmacisti rurali non può che essere considerato come una parte della visione organica di tutto il problema.

Voglio infine ricordare che la nostra proposta di legge prevedeva particolari facilitazioni per la soluzione del problema dei farmacisti rurali in quanto stabiliva la quintuplicazione del contributo dei farmacisti urbani a favore del fondo nazionale. Detta quintuplicazione avrebbe fatto salire il fondo nazionale a 700 milioni, ossia avrebbe garantito la copertura completa della spesa per la erogazione della indennità di residenza.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, in sostanza mi pare che tutti siamo d'accordo nella richiesta di rinvio.

Le proposte fatte sono due. Una prima proposta, che chiameremo De Pascalis-Delfino, tende a conglobare il problema delle farmacie rurali a quello della nuova disciplina che dovremo dare a tutto il settore farmaceutico. Questa proposta – chiedo scusa se sono costretto ad entrare nel merito – si presenta sotto due diversi profili: mentre per la sistemazione di tutta la materia farmaceutica è prevalente la fisionomia giuridica, per questo particolare problema prevale la fisionomia economica. In altri termini, anche se i due problemi non sono interdipendenti, è logico che quello delle farmacie rurali dovrebbe essere visto nel più ampio quadro della intera materia che si riferisce al settore farmaceutico.

Una seconda proposta è quella del collega Scarpa. A questo proposito comunico che lo stesso onorevole Scarpa ha inviato alla Presidenza della Commissione la seguente lettera, firmata anche dagli onorevoli Messinetti, Alboni, Balconi, Di Mauro, Fanales, Giorgi, Monasterio, Pasqualicchio, Sacchi, Zanti Tondi Carmen e Biagini: « I sottoscritti deputati membri della XIV Commissione chiedono la convocazione della Commissione a norma e nei termini fissati dall'articolo 44 del Regolamento della Camera, essendo urgenti le discussioni relative ai miglioramenti attesi dai tubercolotici assistiti dal Ministero della sanità e dai consorzi antitubercolari, alle questioni ospedaliere (proposta di legge n. 444) ed alle farmacie rurali ».

Poiché il collega Scarpa nel suo intervento ha fatto cenno a queste questioni, sono costretto a rispondere subito, anche se era mio intendimento farlo al termine della discussione.

Come i colleghi hanno potuto già constatare, mi sono affrettato a porre all'ordine del giorno le proposte di legge riguardanti i tubercolotici; per quel che riguarda i problemi

ospedalieri, trattandosi di argomento molto più delicato e vasto, mi riservo di porlo all'ordine del giorno di una prossima seduta.

Per quanto riguarda la proposta di nominare un comitato ristretto, non sarei di questo avviso. Piuttosto inviterei il Relatore a predisporre un nuovo testo, sulla base degli eventuali dati e chiarimenti forniti dal Governo.

Se non vi sono osservazioni, allora può rimanere stabilito che il seguito della discussione della proposta di legge è rinviato ad altra seduta, anche al fine di considerare il provvedimento insieme con l'altra iniziativa del deputato Dosi, che tratta materia analoga.

(*Così rimane stabilito*).

Se non vi sono osservazioni, può rimanere altresì stabilito che il Relatore, onorevole Bartole, in collaborazione con il Governo, redigerà un nuovo testo del provvedimento, che tenga conto degli elementi emersi nel corso della discussione e che formuli un più idoneo sistema di copertura della maggiore spesa implicata.

(*Così rimane stabilito*).

Discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati De Maria ed altri: Modificazioni delle norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, relative alla disciplina del servizio farmaceutico (484).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge di iniziativa dei deputati: De Maria, De Pascalis, Bartole e Lattanzio: « Modificazioni delle norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, relative alla disciplina del servizio farmaceutico ».

Onorevoli colleghi, proporrei il rinvio della discussione di questa proposta di legge, perché mi è stato richiesto da numerosi membri della Commissione.

LATTANZIO. Signor Presidente, per la verità stavo per prendere la parola per esprimere il mio compiacimento per il fatto che, finalmente, la proposta di legge veniva posta all'ordine del giorno dei nostri lavori. Evidentemente la richiesta di rinivio mi delude profondamente, anche perché gli onorevoli colleghi sanno che si tratta di un problema che si trascina ormai da molti anni, nonostante l'impegno delle passate legislature.

Tuttavia non sono contrario al rinvio di qualche giorno o di una settimana. Non posso non ricordare, però, che su questo problema nel corso del recente dibattito svoltosi in Aula in occasione della discussione del bilancio della sanità tutti si sono dichiarati d'accordo – così come il sottoscritto nella sua veste di relatore – sulla opportunità di porlo subito all'ordine del giorno per affrontare finalmente le questioni sul tappeto da diversi anni.

Io direi che non si passi a discutere altri problemi di fondo senza aver prima risolto quelli che andranno in discussione. Se vogliamo davvero risolvere il problema delle farmacie, direi di continuare la discussione finché non avremo concluso. Questa non è solo una questione di forma, ma anche di sostanza, perché abbiamo delle tristi esperienze legislative. Pertanto vorrei conoscere i motivi di rinvio, perché se si tratta di motivi sostanziali, il rinvio può essere accordato; se si tratta invece di accantonare ancora una volta il problema delle farmacie, sarei di parere contrario.

SCALIA. Anche io concordo con le dichiarazioni del collega Lattanzio. Credo che risulti implicito nel pensiero del nostro Presidente, quando ha annunciato la proposta di rinvio, l'accoglimento della richiesta di abbinamento per affinità di materia del provvedimento in discussione con la proposta di legge di iniziativa dei colleghi Storti ed altri, n. 665.

PRESIDENTE. Il Presidente, essendo il moderatore, deve osservare lui stesso la legge, per chiedere ai colleghi di osservarla. Ora per il regolamento della Camera, abbiamo abbinato delle proposte di legge che riguardano lo stesso argomento. In questo caso, però, il Presidente non poteva abbinarle, perché non è ancora pervenuto il parere della Commissione Bilancio che è vincolante. Non appena sarà pervenuto detto parere ovvero saranno scaduti i termini previsti dal regolamento, la Presidenza della Commissione provvederà all'abbinamento delle due proposte.

BARBERI, *Relatore*. Sono d'accordo col Presidente per il rinvio ma solo di pochi giorni, perché sono convinto che il problema delle farmacie va affrontato e risolto rapidamente. È un problema su cui si appuntano le ansie di una larga categoria e soprattutto un pubblico interesse proteso ad essere ragionevole assistenza farmaceutica. Il rinvio di pochi giorni deve puntare alla ricerca, se si può contemporanea o a breve scadenza, di una soluzione del problema delle farmacie rurali, abbinando nella discussione anche la proposta di legge Dosi, per quello che riguarda le farmacie rurali, e la proposta di legge Storti, per quello

che riguarda il problema generale delle farmacie.

Per queste ragioni, ai fini di metterci nelle migliori condizioni per affrontare l'intero problema, sono favorevole alla proposta del Presidente per un breve rinvio.

BERLINGUER. Si è parlato della categoria dei farmacisti; ma questa è una legge che riguarda specialmente quei comuni che non hanno ancora una farmacia e i cui abitanti sono costretti a percorrere lunghi tratti di strada per arrivare alla più vicina farmacia.

PRESIDENTE. Quale è il pensiero del Governo in merito al rinvio?

MANCINI, *Ministro della sanità*. Io sono d'accordo per il rinvio.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, allora può rimanere stabilito che la discussione del provvedimento è rinviata ad altra seduta, anche al fine di procedere ad un esame congiunto delle proposte 484 e 665.

(*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:

Senatori SAMEK LODOVICI ed altri: « Norme interpretative per l'applicazione delle disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari contenute nella legge 20 dicembre 1962, n. 1751, ai sanitari dei Consorzi provinciali antitubercolari » (*Approvata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (619):

Presenti e votanti	33
Maggioranza	17
Voti favorevoli	23
Voti contrari	10

(*La Commissione approva*).

A seguito dell'approvazione della proposta di legge n. 619, la proposta di legge Migliori: « Estensione al personale tecnico dipendente dai consorzi provinciali antitubercolari delle disposizioni previste dalla legge 24 luglio 1954, n. 596 » (435) risulta assorbita e sarà pertanto cancellata dall'ordine del giorno.

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Balconi Marcella, Baldani Guerra, Barba, Barberi, Bartole, Bemporad, Berretta, Biagini, Cappello, Capua, Cattaneo Petrini Giannina, Cortese Giuseppe, Delfino, De Lorenzo, De Maria, De Pascalis, Di Mauro Ado Guido, Gasco, Giorgi, Lattanzio, Messinetti, Monasterio, Pasqualicchio, Perinelli, Romano, Savio Emanuela, Scarpa, Sorgi, Spinelli, Urso, Usvardi, Zanti Tondi Carmen.

La seduta termina alle 11,30.

IL DIRETTORE
DELL'UFFICIO COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. FRANCESCO COSENTINO

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI