COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

XXXII.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 1° APRILE 1965

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **DE MARIA**

INDICE

PAG.

Comunicazione del Presidente:

PRESIDENTE 351

Proposte di legge (*Seguito della discussione*):

DE LORENZO ed altri: Nuove disposizioni sulla sospensione dei termini per la cessazione dal servizio dei sanitari e delle ostetriche ospedalieri di cui al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e dei medici condotti, ufficiali sanitari, veterinati condotti ed ostetriche condotte, di cui al testo unico 27 luglio 1934, n. 1265 (211);

DE LORENZO ed altri: Disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari e veterinari condotti, degli ufficiali sanitari e delle ostetriche condotte (273)

Proposta di legge (*Discussione e approvazione*):

Senatore D'ERRICO ed altri: Disposizioni sul collocamento a riposo degli ufficiali sanitari medici condotti e veterinati condotti (*Approvata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (2084) 352

PRESIDENTE 352, 353, 356, 358
SORGI, *Relatore* 352, 353, 356, 357
DE LORENZO 353, 354
GENNAI TONIETTI ERISIA 354
BARBERI 354, 355
LATTANZIO 355, 357, 358
BEMPORAD 355
ALBONI 355, 356
USVARDI 356
PERINELLI 356
SPINELLI 356
MARIOTTI, *Ministro della sanità* . . 357, 358

Proposta di legge (*Discussione e rinvio*):

SPINELLI: Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani. (1956) 358

PRESIDENTE 358, 361
BEMPORAD, *Relatore* . . 358, 359, 360, 361
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 361

Votazione segreta:

PRESIDENTE 361

La seduta comincia alle 10.

BARTOLE, *Segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Comunicazione del Presidente.

PRESIDENTE. Comunico che l'onorevole Cruciani, sostituisce, per l'esame dei provvedimenti all'ordine del giorno della seduta odierna, l'onorevole Cucco Alfredo.

Seguito della discussione delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati De Lorenzo ed altri: Nuove disposizioni sulla sospensione dei termini per la cessazione dal servizio dei sanitari e delle ostetriche ospedalieri, di cui al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e dei medici condotti, ufficiali sanitari, veterinari condotti ed ostetriche condotte, di cui al testo unico 27 luglio 1934, n. 1265 (211); De Lorenzo ed altri: Disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari e veterinari condotti, degli ufficiali sanitari e delle ostetriche condotte (273); e discussione della proposta di legge d'iniziativa dei senatori D'Errico ed altri: Disposizioni sul collocamento a riposo degli ufficiali sanitari, medici condotti e veterinari condotti (Approvata dalla XI Commissione permanente del Senato) (2084).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati De Lorenzo Cassandro e Pierangeli: Nuove disposizioni sulla sospensione dei termini per la cessazione dal servizio dei sanitari e delle ostetriche ospedalieri, di cui al regio decreto 30 settembre 1938,n. 1631, e dei medici condotti, ufficiali sanitari, veterinari condotti ed ostetriche condotte di cui al testo unico 27 luglio 1934, n. 1265; De Lorenzo, Cassandro e Pierangeli: Disposizioni sul collocamento a riposo dei sanitari e veterinari condotti, degli ufficiali sanitari e delle ostetriche condotte; nonché la discussione della proposta di legge d'iniziativa dei senatori D'Errico, Sellitti Picardo, Maccarrone, Cassese, Veronesi, Cataldo, Rovere, Cassini: Disposizioni sul collocamento a riposo degli ufficiali sanitari, medici condotti e veterinari condotti, già approvata dalla XI Commissione permanente del Senato nella seduta del 10 febbraio 1965.

Il relatore, onorevole Sorgi, ha facoltà di svolgere la sua relazione, particolarmente su quest'ultimo provvedimento, che è stato messo per la prima volta all'ordine del giorno.

SORGI, *Relatore*. La proposta di legge dei senatori D'Erico ed altri costituisce – mi si perdoni il termine – il rilancio di un argomento che la nostra Commissione ha esaminato già due volte; e che, anzi, la prima volta sarebbe stato addirittura risolto, se il Senato non avesse bloccato il suo ulteriore *iter* legislativo. Parlo della proposta di legge Ceravolo ed altri da noi esaminata nella passata legislatura ed approvata il 7 dicembre 1960; questa proposta era molto più estensiva di quella recentemente approvata dal Senato e sottoposta oggi al nostro esame; e, inoltre, non costituiva, come questa, una norma transitoria destinata ad esaurirsi nel giro di pochi anni, ma era una norma di carattere generale, che fissata nuovi termini per il collocamento a riposo di tutti i sanitari condotti.

Nella presente legislatura l'argomento è stato riportato all'attenzione della Camera dal collega onorevole De Lorenzo. Nella seduta del 16 ottobre 1963 della nostra Commissione noi iniziammo l'esame delle due proposte che recano la sua firma, contrassegnate dai numeri 211 e 273; ma in Commissione si manifestarono degli orientamenti diversi, per cui si ritenne opportuno rinviare l'esame delle proposte stesse. Ora, l'argomentoè stato riproposto dai colleghi del Senato, con la iniziativa del senatore D'Errico, che ha già avuto l'approvazione della competente Commissione di quel consesso, ed il cui contenuto si intreccia con quello delle due proposte già citate dell'onorevole De Lorenzo.

A questo proposito, ritengo, che la proposta di legge n. 211 debba essere considerata del tutto superata, in quanto l'articolo 1 si riferiva al trattenimento in servizio dei sanitari ospedalieri, problema questo risolto prima, in via transitoria, con la legge 4 agosto 1963, n. 1011 e, successivamente, in via definitiva con la legge 10 maggio 1964, n. 336, sullo stato giuridico dei sanitari ospedalieri. D'altra parte l'articolo 2 della stessa proposta di legge n. 211 è ricompreso ed assorbito dall'articolo unico della successiva iniziative legislativa dello stesso onorevole De Lorenzo n. 273.

La proposta D'Errico prende in considerazione la situazione degli ufficiali sanitari, medici condotti e veterinari condotti, e, con le disposizioni contenute nell'articolo unico in cui essa si compendia, stabilisce dei benefici per il collocamento a riposo analoghi a quelli già esistenti per altre categorie di sanitari comunali, provinciali, ospedalieri o dei consorzi antitubercolari. Si tratta, in sostanza, di un provvedimento dettato da ragioni di equità, al fine di ristabilire parità di condizioni fra tutti i medici.

Il precedente legislativo indiretto, cui i proponenti si richiamano, è la legge 24 luglio 1954, n. 596, con la quale si stabilì il trattenimento in servizio oltre il 65° anno di età dei sanitari entrati in carriera anteriormente all'entrata in vigore del testo unico delle leggi sanitarie e che non avessero ancora raggiunto i 40 anni di servizio utile a pensione.

Va, inoltre, tenuto presente che c'è stato un periodo di carenza nel funzionamento del meccanismo dei concorsi per i sanitari dipendenti dagli enti locali, carenza dovuta al periodo bellico. Tutti gli onorevoli proponenti, infatti, fanno notare che i concorsi per sanitari comunali sono stati banditi dopo una interruzione di quasi dieci anni e, nello stesso tempo, fanno presente che, anche se la ripresa dei bandi di concorso è avvenuta recentemente, l'espletamento dei concorsi medesimi richiede un certo numero di anni. È questo il motivo per il quale l'onorevole De Lorenzo preferirebbe avere come termine fisso il 31 dicembre 1950, mentre il senatore D'Errico quello del 31 dicembre 1952, e ciò proprio in considerazione del fatto che la normalizzazione della situazione di questi dipendenti degli enti locali si è avuta soltanto alla fine del 1952.

Un'altra differenza tra la proposta di legge De Lorenzo e quella D'Errico consiste nel fatto che la prima contempla anche il problema delle ostetriche condotte, proprio perché, come si ricorderà, sono stati fissati limiti diversi di età per i medici condotti e per le ostetriche.

Continuando il confronto tra le due proposte di legge, occorre dire che quella D'Errico parla semplicemente del collocamento a riposo al compimento dei 40 di servizio utili a pensione (e comunque non oltre il settantesimo anno di età), mentre la proposta di legge De Lorenzo prevede la possibilità di collocamento in pensione anticipato per motivi di invalidità riconosciuti d'ufficio. Ritengo, però, che ciò rientri nelle norme di carattere generale.

Una novità assoluta è contenuta nella proposta D'Errico. Infatti il secondo comma dell'articolo unico del provvedimento prevede il richiamo in servizio di quei sanitari che, già collocati a riposo, abbiano pendenti ricorsi presentati in sede giurisdizionale contro il provvedimento di collocamento in pensione. Il Senato ha discusso ampiamente in ordine a questo secondo comma, riconoscendo l'opportunità di mantenerlo.

Concludendo, mi permetto di invitare la Commissione ad un esame benevole delle proposte di legge, assumendo come testo base la proposta già approvata dal Senato.

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

DE LORENZO. La proposta di legge D'Errico, già approvata dall'altro ramo del Parlamento, si presenta come un provvedimento a carattere transitorio, perché non intacca il principio generale del collocamento a riposo al raggiungimento dei 65 anni di età, così come è stabilito per tutti gli altri dipendenti dalle pubbliche amministrazioni e, per i sanitari, dal testo unico delle leggi sanitarie del 1934.

Premesso questo carattere transitorio, la proposta di legge mi sembra opportuna, in quanto cerca di sanare in via equitativa una situazione del tutto negativa, creatasi a causa degli eventi bellici che, non consentendo di bandire regolari concorsi, costrinsero numerosi medici condotti ad entrate in carriera molto tardi, senza la possibilità, quindi, di essere collocati a riposo non dico con 40 anni di servizio, ma talvolta neppure con il minimo della pensione. Se poi si considera che il trattamento pensionistico di questa benemerita categoria di dipendenti è assolutamente insufficiente e che il sacrificio del trattenimento in servizio fino a 70 anni è stato già concesso ai primari ospedalieri, si deve convenire che l'approvazione della proposta di legge si impone senz'altro sul piano dell'equità.

Si è detto, poi, da qualche parte che il mantenimento in servizio oltre i limiti potrebbe impedire alle giovani leve sanitarie di partecipare a nuovi concorsi; ma anche questo argomento si è dimostrato infondato, perché tutti sanno che in molti comuni, specie nell'Italia settentrionale, spesso i concorsi vanno deserti. Si consideri, inoltre, che, secondo i principî della programmazione in campo sanitario, sono necessari numerosi medici condotti, cifra che è ben lontana da quella attuale per cui si rende auspicabile il mantenimento in servizio di medici che sono passati attraverso il vaglio di una lunga esperienza, dopo aver superato un regolare concorso.

Potrei qui leggere diecine e diecine di lettere scritte da questi benemeriti medici condotti (credo che un po' tutti ne abbiamo ricevute, specie l'onorevole ministro), nelle quali vengono illustrate le giuste aspettative della categoria. E aggiungerei, che consimili istanze provengano non soltanto da parte degli interessati, ma anche dall'opinione pubblica, dalla stampa che si è schierata unanime a favore di questi medici.

Sono state formulate alcune osservazioni in merito al trattenimento in servizio dei sanitari comunali, i quali verrebbero ad usufruire di condizioni diverse da quelle di cui fruiscono gli altri dipendenti dello stesso ente. Vorrei, in proposito, far rilevare che esistono attualmente notevoli sperequazioni fra i dipendenti di uno o di altro comune. Basta ricordare che

alcuni grandi capoluoghi, come Napoli, Milano ed altre città, hanno un regolamento che fissa ai 70 anni il limite di età, non solo per i sanitari ma anche per gli altri dipendenti comunali !

Per tutte queste considerazioni, mi auguro che la Commissione vorrà approvare senz'altro il provvedimento nel testo varato dall'altro ramo del Parlamento.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Mi dispiace molti dissentire dal collega De Lorenzo, ma credo che, approvando questa proposta di legge, la nostra Commissione apporterebbe una ulteriore deroga ad un principio ritenuto sempre fondamentale, circa il collocamento a riposo per limiti di età. Ricordo che una prima deroga è stata apportata per i medici ospedalieri; ora si vuol fare lo stesso per i medici condotti e per gli ufficiali sanitari. È vero, come si dice, che si tratta di una legge a carattere transitorio, ma noi tutti sappiamo che queste disposizioni transitorie finiscono sempre con il diventare definitive.

Io ritengo che, così facendo, noi creiamo delle discrepanze, perché parliamo di equità mentre la stiamo violando; perché tra i dipendenti comunali non vi è soltanto l'ufficiale sanitario o il medico condotto, ma vi sono anche altri dipendenti, non sanitari – primo fra essi il segretario comunale – che, al compimento del 65° anno di età vengono collocati a riposo. Abbiamo un recente esempio: quello di un direttore generale del Ministero della sanità, che è stato collocato a riposo al compimento del 65° anno di età: non vedo perché i sanitari condotti debbano rimanere in servizio fino a 70 anni. Mi rendo conto anche della diversità del trattamento di quiescenza della Cassa dei sanitari e della Cassa dipendenti enti locali; ma bisogna anche rilevare che la Cassa sanitaria percepisce i contributi in base agli stipendi corrisposti ai sanitari.

Dovremmo perciò, a mio avviso, risolvere meglio il problema della quiescenza di questi benemeriti collaboratori, ma non attraverso la violazione di un principio generale. Spostando il limite di età ai 70 anni, sia pure in modo transitorio e limitato nel tempo, noi creiamo il diritto per altri dipendenti dello Stato di chiedere lo stesso trattamento, probabilmente per gli stessi motivi.

Mi dichiaro pertanto contraria, per ragioni di principio, al provvedimento, senza voler fare con ciò torto a questa benemerita categoria, alla quale sono particolarmente riconoscente; ma non si devono assolutamente perdere di vista i principî generali della politica dello Stato in materia, per operare delle concessioni che sono sempre particolari e limitate a determinate categorie di cittadini.

BARBERI. La questione di principio sollevata dall'onorevole Gennai Tonietti Erisia mi trova pienamente consenziente. Queste leggi per singole categorie, che obbediscono a ragioni particolari, non sono dettate da motivi di pubblico interesse; tutt'altro ! Ciò nonostante, in attesa che si possa modificare quello che è il trattamento pensionistico dei sanitari condotti, io sarei favorevole alla proposta del senatore D'Errico.

Altra ragione di ordine pratico che milita a favore dell'accoglimento della proposta, è che, approvando oggi la legge, noi veniamo incontro alle esigenze di una particolare categoria, anche se non si può negare che ci sono altre categorie che attendono i concorsi per entrare in carriera. (E non è vero che i concorsi per i sanitari vanno sempre deserti; forse ciò è accaduto in qualche concorso per sedi disagiate dell'Italia settentrionale, ma nel meridione si verifica quasi sempre il caso che i tre quarti dei concorrenti rimangono delusi per non essere entrati nella graduatoria !).

Queste ragioni mi inducono ad esprimere il mio consenso alla proposta di legge del senatore D'Errico, augurandomi un sollecito svolgimento del suo *iter*, affinché si possa venire incontro alle richieste di questi sanitari, il cui trattamento pensionistico è mortificante, fino a quando le relative norme non verranno modificate.

Pur concordando nelle conclusioni con quanto ha detto il collega onorevole De Lorenzo, non mi pare sia sufficiente la giustificazione del periodo di carenza dei concorsi che sarebbero stati banditi soltanto nel 1948 ed espletati nel 1951-52. Dico questo perché sono convinto che nessun sanitario locale potrà mai raggiungere, entro il limite dei 65 anni di età, i quarant'anni di servizio utile a pensione. Infatti, è difficile trovare un sanitario che sia entrato in carriera a 25 anni. È vero, ci sono dei medici che si laureano a 24 anni; ma poi il tempo richiesto per il conseguimento dell'abilitazione professionale e per il servizio militare fa sì che essi possano presentarsi al concorso come minimo a 27 anni. Altri due ne richiede l'espletamento del concorso: così il sanitario inizia la carriera a 29 anni. Come è possibile che a 65 anni abbia 40 anni di servizio utile ? L'onorevole De Lorenzo afferma che c'è il periodo riscattabile; ma non bisogna dimenticare che il Consiglio di Stato, con una serie di sentenze, ha costantemente affermato il principio che il pe-

riodo utile per la pensione è il servizio effettivo, escluso quello riscattabile.

Per quanto riguarda la norma di cui al secondo comma dell'articolo unico della proposta D'Errico, osservo che i ricorsi dinanzi al Consiglio di Stato non sono mai sospensivi, a meno che non intervenga il Consiglio di Stato stesso quando esistono motivi gravissimi, che richiedono la sospensione dell'efficacia dei provvedimenti impugnati: Una clausola, come quella proposta, di richiamare in servizio coloro che, già collocati a riposo, abbiano pendenti ricorsi presentati in sede giurisdizionale contro il provvedimento di collocamento a riposo creerebbe, quindi, una sperequazione tra coloro che hanno inoltrato ricorso e quelli che si sono acquetati senza ricorrere, sperequazione assolutamente inaccettabile.

Tuttavia, nonostante tutte queste considerazioni, mi dichiaro favorevole all'approvazione della proposta di legge D'Errico nel testo già approvato dal Senato.

LATTANZIO. Il mio intervento sarà breve in quanto molte delle considerazioni che mi proponevo di sviluppare sono già state svolte dal collega onorevole Barberi.

È stato detto che, dal momento che per i primari ospedalieri era stato stabilito il limite di età di 70 anni, sembrava quanto meno strano che per altri sanitari fosse previsto invece il collocamento a riposo al compimento dei 65 anni. Io ho sempre sostenuto la tesi dei 70 anni per i primari; ma, quando si invoca questo principio anche per altre categorie di sanitari, ritengo che il discorso non regga più: ci troviamo, infatti, di fronte ad una situazione sostanzialmente diversa.

Desidero, perciò, dire con chiarezza per quali motivi esprimerò parzialmente il mio parere favorevole a questa proposta di legge: io non faccio riferimento alla analogia con i primari, ma solo esclusivamente al fatto, rilevato già dal relatore e dall'onorevole De Lorenzo, che per molti anni, a causa degli eventi bellici e post-bellici, i concorsi per sanitari locali non sono stati svolti. Si sa, infatti, che un notevole numero di ufficiali sanitari e di medici condotti è riuscito a vincere il concorso soltanto nel 1952; in tal modo è stato loro impossibile maturare, non dico i 40 anni di servizio, ma nemmeno il minimo della pensione. Trattandosi appunto di sanitari entrati in servizio in età non più giovane e non per causa loro imputabile, ritengo che il primo comma dell'articolo unico della proposta n. 2084 possa essere approvato nel testo trasmessoci dal Senato.

Ma vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi, ed in particolare del Governo, sull'opportunità di non approvare anche il secondo comma, perché questo introduce un principio nuovo. Infatti la norma in questione vorrebbe significare che sarebbe sufficiente fare ricorso per bloccare il bando dei nuovi concorsi, per poi tentare, con una norma transitoria, di essere richiamati in servizio. Se così fosse, mi pare davvero che si introdurrebbe un principio che verrebbe a ledere quella impostazione cui si è attenuta l'amministrazione sia dello Stato che degli enti locali.

Per queste considerazioni, mentre per il primo comma esprimo senz'altro il mio consenso, per quanto concerne il secondo comma mi permetto di richiamare l'attenzione della Commissione sulla modifica sostanziale che esso verrebbe a determinare di un principio generale, qualora venisse approvato, e sulle pericolose conseguenze di ordine giuridico e morale che potrebbe implicare.

BEMPORAD. Molto brevemente, anche per non ripetere le considerazioni dei colleghi che mi hanno preceduto.

Concordo in via di principio con le osservazioni dell'onorevole Gennai Tonietti Erisia per ciò che concerne il collocamento a riposo al compimento del sessantacinquesimo anno di età; e ciò anche per evitare il sorgere di discriminazioni tra dipendenti di uno stesso ente. Comunque, darò il mio voto favorevole alla proposta di legge del senatore D'Errico per le ragioni già richiamate da altri colleghi, compreso l'onorevole relatore, e in particolare per il fatto che i concorsi per sanitari condotti sono stati sospesi per un lungo periodo di tempo e per i rilievi sul trattamento di quiescenza riservato a tale categoria di sanitari, su cui si è soffermato particolarmente l'onorevole Barberi.

L'osservazione sul secondo comma dell'articolo unico della proposta n. 2084 fatta dal collega Lattanzio mi trova pienamente consenziente. Si tratta effettivamente della violazione di un principio rigorosissimo che può creare situazioni veramente assurde: il richiamo in servizio di elementi già in pensione mi sembra, da un punto di vista giuridico, una cosa abnorme.

Pur condividendo queste preoccupazioni, darò tuttavia, con queste riserve, voto favorevole alla proposta di legge.

ALBONI. Il mio gruppo è, in linea di principio, coerente con le posizioni assunte in passato rispetto al problema sottoposto oggi alla nostra attenzione ed è quindi contrario a qualsiasi deroga circa il collocamento a riposo al

65° anno di età, anche per le considerazioni che altri colleghi hanno svolto in questa discussione, ma in particolare perché ritiene che a 65 anni sia giusto e doveroso che il sanitario goda il meritato riposo. In questi giorni si parla di numerosi casi di infarto che avrebbero colpito i medici condotti per l'ansiosa attesa – si dice – di questo provvedimento; noi invece riteniamo che ciò sia accaduto per l'eccessiva attività alla quale sono sottoposti, in età anche notevolmente avanzata. Per queste considerazioni, riteniamo che quello dei 65 anni sia il limite invalicabile ai fini della pensione. Inoltre noi siamo favorevoli al principio dell'avvicendamento e desideriamo che i giovani abbiano una prospettiva e siano chiamati, il più presto possibile, a sostituire i sanitari che hanno raggiunto il limite di età massimo che non consente loro di svolgere con efficacia la loro funzione.

D'altro canto condividiamo l'opinione del collega Barberi secondo cui, anche, con il mantenimento in servizio fino a 70 anni dei medici condotti e degli altri sanitari, non si creano situazioni di pensionabilità decisamente migliori di quelle di cui godrebbero a 65 anni.

Del resto esiste il problema della revisione del sistema pensionistico: noi auspichiamo una soluzione tale da creare le premesse perché il sanitario possa godere di una pensione adeguata alla sua funzione. Ci troviamo di fronte – e dobbiamo ammetterlo a malincuore – ad una serie di deroghe che hanno già interessato quasi tutte le categorie dei sanitari, per cui al mio Gruppo sembra che derogare da una situazione che si è ormai generalizzata nei confronti dei medici condotti significherebbe commettere un atto di ingiustizia.

Noi riaffermiamo che i 65 anni di età rappresentano il limite massimo per i medici ospedalieri ed extra ospedalieri e riteniamo che questa linea di principio dovrà essere riaffermata in sede di discussione della riforma ospedaliera anche in forza di quanto è sancito nella legge n. 336 del 1964.

Per le considerazioni sopra esposte, pur confermando le perplessità che il collega Lattanzio ha espresso in ordine al secondo comma, perplessità che sono veramente notevoli e che implicano la opportunità di chiarirne meglio il contenuto per le prospettive che l'applicazione della norma in questione verrebbe a creare per gli interessati, dichiariamo il nostro favorevole orientamento sulla proposta di legge D'Errico così come ci è stata trasmessa dal Senato.

USVARDI. Dichiaro subito che darò il mio voto favorevole a questa proposta di legge già approvata dal Senato, perché la considero un atto di giustizia nei confronti di quei sanitari che non hanno avuto la possibilità di partecipare ai concorsi prima del 1948-49, per i motivi che sono stati chiariti così ene dal relatore.

Condivido, però, le preoccupazioni del collega Lattanzio specie in relazione al contenuto del secondo comma, perché effettivamente si rischia di rendere ancora più difficile la già critica situazione dei bilanci degli enti locali, richiamando in servizio personale già collocato a riposo con la conseguenza di creare, in alcuni così, situazioni insostenibili.

PERINELLI. Mi associo a quanto è stato detto dai colleghi sia per quanto riguarda la questione di principio sul collocamento a riposo dei sanitari a 65 anni, sia in merito all'approvazione della proposta di legge numero 2084. Anche io nutro notevoli perplessità in ordine al secondo comma, poiché si viene a creare una situazione difficile tra medici condotti che hanno presentato ricorso e coloro che non l'hanno presentato. Sarò percio grato all'onorevole ministro se vorrà chiarire questo punto.

SPINELLI. Vorrei parlare brevemente a favore della deroga in ordine al principio generale del limite massimo di età per il collocamento a riposo, riallacciandomi ai casi, già citati, di alcuni alti funzionari, che hanno lasciato il servizio nelle più perfette condizioni di preparazione e capacità. Del resto, tutti sanno che ormai l'età media della vita non è più quella di venti anni or sono. Questi motivi mi inducono a dichiarare che non sarei affatto contrario ad una norma generale, che spostasse a 70 anni il limite massimo di età per il collocamento a riposo di tutti i sanitari.

Per quanto riguarda il primo comma non mi sembra che vi siano stati dissensi. Ma non condivido nemmeno le perplessità affacciate da alcuni colleghi circa il secondo comma. Sono favorevole a questa proposta di legge nel suo complesso, perché si tratta di un provvedimento molto atteso da questi vecchi medici condotti oltre che dall'opinione pubblica.

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

SORGI, *Relatore*. Mi sembra che la discussione si sia svolta in modo abbastanza ampio sui vari aspetti del problema; e mi pare di poter dire che c'è un orientamento

generale favorevole alla proposta D'Errico. Gli appunti principali si incentrano sul secondo comma dell'articolo unico, in particolare per le situazioni che verrebbero a crearsi nell'ambito delle amministrazioni comunali e per la questione del richiamo in servizio limitato soltanto a coloro che hanno inoltrato ricorso in sede giurisdizionale.

Sarebbe opportuno chiarire, fin d'ora, le modalità per queste riassunzioni in servizio. Il timore principale avanzato è che, avendo i comuni già sostituito i sanitari collocati a riposo, non si conosce quale situazione si verrà a creare con questa riassunzione in servizio. Avremo due sanitari? In tal senso gradiremmo avere assicurazioni da parte del ministro Mariotti.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Innanzitutto mi sembra estremamente pertinente l'osservazione fatta dal relatore che, in realtà, fino al 1948 non sono stati fatti concorsi a causa degli eventi bellici. E non bisogna dimenticare che si trattò di un periodo che presentava condizioni particolari: fra l'altro, c'era una percentuale piuttosto alta di medici condotti che non vollero piegarsi al fascismo; c'era da liquidare tutto uno strascico di ingiustizie del vecchio regime, che non poteva non essere notevole, specialmente nelle professioni di un certo rilievo. Quindi ci si è orientati verso una sanatoria, in modo che finalmente coloro che erano stati sacrificati dagli eventi politici potessero trovare un giusto assestamento. Questa è stata indubbiamente una delle ragioni che hanno indotto il Governo ad accogliere la proposta di legge n. 2084; ma non c'è dubbio che il principio che qui si afferma possa essere invocato in futuro anche da altre categorie. Bisognerebbe inserire in un concetto statico le organizzazioni amministrative e burocratiche del Paese, mentre in pratica, se si dovesse entrare in pieno nell'ordine di idee prima accennato, avremmo una sanatoria ogni due o tre mesi, scendendo fino a tutta una serie di casi e di situazioni che, in fondo, abbiamo ereditato da un lontano passato e che lo Stato italiano non ha ancora saputo sanare.

Effettivamente non è che non si comprenda che queste disposizioni possono creare domani un precedente; ma si tratta di situazioni obiettive che vanno sanate. In questo quadro iniziale va considerato il fatto che questo personale non ha una pensione adeguata, anche se in parte si può ascrivere questa carenza alla mancanza di concorsi o alla modificazione nel tempo di istituti preesistenti. Circa il secondo comma, le perplessità non mi sembrano sufficientemente fondate; coloro che, collocati a riposo a 65 anni, hanno inoltrato ricorso in sede giurisdizionale, sentivano, evidentemente, che una nuova legge poteva essere approvata dal Parlamento a loro favore, che una sanatoria sarebbe prima o poi giunta e quindi contro questo provvedimento hanno fatto ricorso al Consiglio di Stato, pur sapendo che il Consiglio di Stato avrebbe bocciato il ricorso, perché, una volta giunti all'età di 65 anni, non si può dare una interpretazione diversa alla legge. Tuttavia, se si tiene a riallacciare un rapporto tra medici condotti ed enti locali, ciò è possibile in base alla legge e non al ricorso che gli interessati hanno presentato. In altri termini, se il medico condotto ritorna in servizio fino all'età di 70 anni, ritorna solo in quanto esiste una legge che lo consente (e non per il ricorso a suo tempo inoltrato).

LATTANZIO. Ma questa legge lo consente solo a coloro che abbiano un ricorso pendente, onorevole ministro!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ella sa benissimo, onorevole Lattanzio, che, ad esempio, numerosi contribuenti, pur avendo pagato una tassa non dovuta e annullata in forza di una legge sopravvenuta, non hanno tuttavia diritto al rimborso. In altri termini, ci sono situazioni in cui chi ha pagato... Poiché gli strumenti legislativi non sono sempre perfetti, esistono situazioni dalle quali c'è chi ne esce svantaggiato. Mi limito sostanzialmente alle preposizioni contenute nella iniziativa legislativa approvata dal Senato per fugare le perplessità che sono state sollevate e per affermare che il ricorso sarebbe stato, comunque, respinto in sede giurisdizionale. La legge in discussione consente a tutti di rientrare in servizio fino a 70 anni e, non essendo possibile una interpretazione diversa, ovviamente non si sono potuti produrre effetti e conseguenze invocabili in futuro.

Per queste considerazioni, ma soprattutto in vista di una riforma della struttura dello Stato, nell'ambito della quale i soggetti attivi, a qualunque attività umana essi siano legati, dovranno trovare una regolamentazione definitiva adeguata ai nostri tempi, il Governo ha fugato alcune perplessità sempre che non concorrano condizioni obiettive, legate a persecuzioni ed a periodi assai turbolenti della nostra storia.

In altri termini, il Governo è fermo sulla necessità della rigida osservanza delle leggi che regolano i rapporti tra il cittadino e lo Stato, e proprio per questi motivi s'è atteg-

giato favorevolmente verso la proposta di legge D'Errico nella speranza che altrettanto voglia fare la Commissione. Il rilievo circa la paventata possibilità di avere una situazione irregolare, conseguente al richiamo in servizio dei medici condotti che hanno proposto ricorso, mi sembra infondato. Tuttavia le amministrazioni si regoleranno in via pratica e, nel caso limite, vuol dire che si serviranno di due medici condotti.

LATTANZIO. Ma come potranno far fronte alla situazione, se hanno già un bilancio tanto gravato?

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli. Se non vi sono osservazioni, allora può rimanere stabilito che la Commissione sceglie come testo base per la discussione la proposta di legge n. 2084.

(*Così rimane stabilito*).

Do lettura dell'articolo unico della proposta di legge n. 2084.

« Gli ufficiali sanitari ed i sanitari condotti, comunque in servizio all'entrata in vigore della presente legge, entrati in carriera fino al 31 dicembre 1952, qualora al compimento del 65° anno di età non abbiano raggiunto i 40 anni di servizio utile agli effetti della pensione, sono trattenuti in servizio per il tempo necessario al raggiungimento dei 40 anni di servizio utile a pensione e comunque non oltre il 70° anno di età.

Sono richiamati in servizio e trattenuti per il tempo necessario al raggiungimento dei 40 anni di servizio e comunque non oltre il compimento del 70° anno di età, quando non abbiano raggiunto i 40 anni di servizio utile agli effetti della pensione, gli ufficiali sanitari e i sanitari condotti che, collocati a riposo per aver raggiunto il 65° anno di età, abbiano pendenti ricorsi presentati in sede giurisdizionale contro il provvedimento di collocamento a riposo ».

Pongo in votazione il primo comma per il quale non è stato presentato alcun emendamento.

(*È approvato*).

Comunico che da parte degli onorevoli Lattanzio, Usvardi e Bemporad, è stato presentato un emendamento interamente soppressivo del secondo comma.

Pongo in votazione il mantenimento del secondo comma.

(*Non è approvato*).

Il secondo comma dell'articolo unico si intende, pertanto, soppresso.

Pongo allora in votazione, nel suo complesso, l'articolo unico, che risulta così formulato.

« Gli ufficiali sanitari ed i sanitari condotti, comunque in servizio all'entrata in vigore della presente legge, entrati in carriera fino al 31 dicembre 1952, qualora al compimento del 65° anno di età non abbiano raggiunto i 40 anni di servizio utile agli effetti della pensione, sono trattenuti in servizio per il tempo necessario al raggiungimento dei 40 anni di servizio utile a pensione e comunque non oltre il 70° anno di età ».

(*È approvato*).

La proposta di legge n. 2084 sarà votata a scrutinio segreto al termine della seduta.

Discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Spinelli: Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani (1956).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge di iniziativa del deputato Spinelli: Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani.

Il relatore, onorevole Bemporad, ha facoltà di svolegere la relazione.

BEMPORAD, *Relatore*. Signor Presidente onorevoli colleghi, la proposta di legge n. 1956 presentata dal collega onorevole Spinelli è una modifica, un aggiornamento della legge istitutiva del servizio di anestesia negli ospedali che, come è noto, è quella del 9 agosto 1954, n. 653.

Ritengo sia utile richiamare alcuni punti fondamentali di quella legge. Essa stabiliva, all'articolo 1, l'obbligo per gli ospedali di prima categoria, specializzati in branche chirurgiche, e di seconda categoria con non meno di cento posti letto chirurgici, di istituire adeguati posti in organico di anestesista, in modo da assicurare un efficiente servizio di anestesia.

All'articolo 2, si afferma che è facoltà delle amministrazioni ospedaliere istituire una pianta organica « in relazione alle esigenze di servizio ». Si aggiunge che le qualifiche dei medici anestesisti, che possono essere primari, aiuti o assistenti, sono disposte dalle amministrazioni in relazione alle esigenze e all'effettiva consistenza del servizio, da disciplinarsi da parte degli enti con speciali regolamenti. In altri termini, esiste solo l'obbligo per le amministrazioni di istituire il servizio, ma non si precisano il numero e le qualifiche dei me-

dici anestesisti che sono affidati al giudizio delle amministrazioni interessate.

Non credo si possa fare carico al legislatore di aver formulato la legge con questa indeterminatezza. Infatti il servizio modernamente concepito era allora agli inizi, le scuole di specializzazione erano poche e da poco esistenti e non fornivano (neanche oggi forse lo forniscono) personale sufficiente, tanto che all'articolo 5 di quella legge base si consentiva la partecipazione ai concorsi per cinque anni anche ai sanitari che, pur essendo sprovvisti del titolo di specialista, dimostrassero di essersi dedicati ininterrottamente al servizio di anestesista da almeno quattro anni. Credo perciò sia importante sottolineare che si tratta di un servizio nuovo che deve essere gradualmente inserito negli organi degli ospedali.

La proposta Spinelli, come è detto chiaramente nella relazione, intende, a distanza di dieci anni dall'istituzione del servizio, definire con precisione gli organici, in rapporto alle reali esigenze ospedaliere. Dico subito che concordo pienamente con i principî che ispirano la proposta perché i servizi anestesistici e di rianimazione hanno assunto una tale importanza da giustificare in pieno un organico adeguato, in tutto analogo a quello degli altri reparti.

Si tratta però di stabilire se l'organico proposto sia proporzionato alle reali esigenze del servizio. Mi chiedo in primo luogo se sia sempre giustificata la presenza di un primario anestesista. Credo che per gli ospedali di prima categoria questa presenza sia sempre giustificata: si tratta di ospedali che debbono avere oltre 600 giornate medie di degenza, cioè un numero di malati tale da giustificare in ogni caso la presenza di un primario.

Vorrei aprire una parentesi: poiché nella relazione si cita la carenza del primario anestesista in alcuni grandi ospedali, tra cui quello di Milano e quello, che io stesso presiedo, di Genova, vorrei ricordare che all'origine di questa carenza vi è uno stato di necessità. Prima il servizio anestesistico era considerato una specie di servizio subordinato rispetto a quello chirurgico e sembrava, secondo una opinione diffusa tra gli stessi medici, che la presenza di un primario potesse dar luogo a qualche inconveniente. Lo stesso collega onorevole Spinelli ha ricordato i tempi in cui questo servizio, oggi con ragione considerato delicatissimo, era affidato agli infermieri. Si spiega così una certa lentezza nel prendere atto di una nuova necessità. Ma vi era anche un'altra ragione: la mancanza di personale preparato, e con una certa anzianità e perciò poteva sembrare imprudente bandire un concorso per primario, quando si avevano solo a disposizione giovani medici, appena usciti dalla scuola di specializzazione.

Oggi tutti questi motivi sono stati superati e mi sembra che si ponga piuttosto il problema di stabilire un rapporto valido tra il numero degli assistenti, degli aiuti e dei primari e il numero delle giornate medie di degenza negli ospedali. Ho raccolto una serie di dati circa il numero degli interventi fatti, in rapporto al numero dei malati, anche per stabilire l'effettivo carico di lavoro che grava sui singoli anestesisti.

Non si tratta di dati scientificamente esatti, perché sono stati raccolti con una certa approssimazione, sulla base di alcune verifiche operate negli ospedali di Genova e in qualche altro grande ospedale, ma si tratta pur sempre di dati significativi. Sulla scorta di questi dati credo sarebbe opportuno chiarire, all'articolo 1, che, quando ci si riferisce ad « ogni singolo ospedale di prima e seconda categoria », si debba intendere che l'ospedale debba avere le caratteristiche previste dalla legge del 1938.

Per quanto riguarda il secondo comma dell'articolo 1 relativo all'organico degli anestesisti, mi sembra che porre sullo stesso piano gli ospedali di prima e di seconda categoria, sia pericoloso e possa dar luogo ad una inopportuna inflazione di primariati, poiché vi sono ospedali di seconda categoria che possono raggiungere il limite minimo di 200 giornate di degenza media.

Ora, mi sembra che il proporre un primario un aiuto e uno o due assistenti anche per un ospedale di queste dimensioni porti effettivamente ad un numero eccessivo di primariati; non solo, ma ci troveremmo probabilmente anche di fronte alla difficiltà di trovare elementi già preparati e che abbiano anche l'anzianità di servizio necessaria per ricoprire questo posto. Per questo mi sembra che una limitazione debba essere posta, per quanto riguarda gli ospedali di seconda categoria: al di sotto di un certo numero di giornate medie di degenza chirurgica o specialità chirurgiche non è opportuno, e neppure giusto istituire un primariato. Io proporrei il limite minimo necessario in 150 giornate medie di degenza.

Per quanto riguarda gli aiuti, la proposta di legge parla di un aiuto ogni tre assistenti. Rilevo che, secondo le note norme di legge, l'aiuto ha il compito di collaborare col primario e di sostituirlo durante la sua assenza, e mi sembra che il dare ad un primario un

aiuto ogni tre assistenti, determini anche una inflazione dei posti di aiuto. Proporrei pertanto di modificare il secondo comma dell'articolo 1 nel senso di stabilire che l'organico di un ospedale, per quanto riguarda gli anestesisti, deve essere il seguente: un primario, un aiuto e un certo numero di assistenti, in rapporto alle degenze. Se poi si vuole assolutamente stabilire il numero degli aiuti in proporzione a quello degli assistenti, a me sembra che il rapporto non dovrebbe essere al di sotto di un aiuto ogni quattro assistenti.

E veniamo al numero degli assistenti. Ho svolto una indagine in un certo numero di ospedali, applicando ad essi l'organico previsto dalla proposta Spinelli, e sono giunto alla conclusione che la proporzione di un assistente ogni 100 giornate di degenza o frazione non inferiore a 40 sarebbe la più ragionevole. Però, per quanto riguarda gli assistenti, ho ancora qualche perplessità e dico al collega Spinelli che anche se c'è un assistente in più non guasta, perché assicurerà meglio sostituzioni e turni di guardia mentre sono contrario all'inflazione dei primari e degli aiuti.

Riassumendo, mi sembrerebbe giusta la proposta di un primario per ogni ospedale di prima o di seconda categoria (quest'ultimo con almeno 150 giornate di degenza media), di un aiuto e un assistente ogni 100 giornate medie di degenza. L'organico minimo per un ospedale di seconda categoria con meno di 150 giornate di degenza media potrebbe essere di un aiuto e due assistenti. Mi sembra potrebbe, essere inoltre, giustificata la proporzione di un aiuto per ogni quattro assistenti e prego gli onorevoli colleghi di voler considerare l'eventualità di approvare un emendamento in tal senso, perché le proporzioni indicate nella proposta di legge Spinelli mi sembrano eccessive.

Per quanto riguarda l'articolo 2, proporrei di aggiungere, alla fine del primo capoverso le parole « che assicuri il servizio ». La frase sembra pleonastica, ma non lo è in quanto rende automatica l'applicazione delle quote capitarie aggiuntive previste dal decreto del ministro della sanità, dando agli anestesisti la possibilità di percepire quelli che sono i compensi mutualistici previsti dalle disposizioni vigenti.

Mi si consenta di esprimere qualche perplessità per quanto riguarda il secondo capoverso dell'articolo 2. In effetti la presenza continua dell'anestesista in ospedale è troppo necessaria per una buona organizzazione del servizio, che è delicatissimo. Mi domando quindi come esso possa essere organizzato da primari che vagano da un ospedale all'altro e come possa essere raggiunto in tale modo il necessario affiatamento fra medici, cioè un vero lavoro di *equipe*.

L'ultimo articolo fissa le norme per la determinazione delle degenze giornaliere, nonché l'obbligo di attuazione delle disposizioni di cui alla legge, entro un anno dalla data di pubblicazione della legge stessa. Non ho osservazioni particolari da fare su questo articolo; però vorrei aggiungere qualche argomento che questa proposta di legge non prevede. Prima di tutto la legge vigente, quella del 1954, è piuttosto imprecisa nello stabilire quelli che sono i compiti degli anestesisti primari, aiuti e assistenti. Penso di chiedere ai colleghi se non ritengano opportuno cogliere l'occasione di questa legge per determinarli meglio. Secondo una relazione tecnica fatta da esperti in materia i compiti degli anestesisti potrebbero essere così determinati: « Il primario anestesista predispone, in accordo con i primari operatori, la preparazione del malato, gli esami fisiopatologici indispensabili, il tipo di anestesia che deve essere adottato caso per caso e distribuisce, in quei casi in cui non ritenga di agire in proprio, fra l'aiuto e gli assistenti le varie operazioni in programma nelle diverse divisioni. Gli anestesisti sono responsabili dei vari apparecchi e della loro perfetta efficienza e funzionalità e provvedono alla manutenzione quotidiana degli stessi. Spetta all'anestesista l'assistenza pre-operatoria (prenarcosi), operatoria e post-operatoria fino a rianimazione perfettamente avvenuta. Gli anestesisti compiono la intubazione, quando sia necessaria, per le anestesie a circuito chiuso; provvedono alla tracheotomia, quando sia necessario, prima, durante e dopo l'operazione; presiedono alle ibernazioni, alle perfrigerazioni e ai congelamenti territoriali (chirurgia vascolare periferica); partecipano alla terapia *antischok* e la seguono fino a risultato raggiunto; hanno la responsabilità dei reparti di rianimazione post-operatoria, di pronto soccorso e degli speciali servizi di rianimazione respiratoria; sono, a turno, assegnati alla guardia di pronto soccorso e devono essere reperibili, a turni, per qualsiasi evento eccezionale ».

Ispirandosi a questi concetti, si potrebbe formulare un articolo che riassuma e stabilisca meglio quelli che sono i compiti del'anestesista.

Infine, nella legge 9 agosto 1954, n. 650, si stabilisce, all'articolo 4, come si devono svolgere i concorsi per i posti di anestesista ospe-

daliero. È noto che si tratta di norme diverse da quelle vigenti per tutti gli altri concorsi per medici ospedalieri. Chiedo pertanto se non sia il caso di cogliere questa occasione per rendere la composizione e la nomina delle commissioni esaminatrici dei concorsi per i postoi di primario, di aiuto, di asistente anestesista, in tutto simile alle norme generali in vigore per tutti gli atri concorsi medici ospadalieri in base alla legge del 1938.

PRESIDENTE. Ringrazio il collega Bemporad per la precisa, lucida e chiara relazione che ha dimostrato con quanta passione e con quanta capacità egli si dedichi ai problemi ospedalieri.

Se i colleghi non hanno nulla da obiettare, mi permetterei di proporre di rinviare ad altra seduta l'inizio della discussione generale della proposta di legge, in considerazione del fatto che l'onorevole Bemporad si è addentrato in certi problemi, la cui soluzione può essere più facilmente trovata mediante contatti con il Ministero della sanità..

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Sono grato per la proposta di rinvio, perché le direzioni generali del Ministero non hanno ancora avuto la possibilità di approfondire il problema. Le considerazioni esposte dall'onorevole relatore mi sembrano molto giuste. L'anestesia è una specialità che è sorta relativamente da poco tempo, ma è già assurta a notevole importanza, tanto che si rende ormai necessario estenderla a tutti gli ospedali di una certa consistenza. Considerata la delicatezza del compito che devono assolvere gli anestesisti, è necessario che la commissione giudicatrice sia severa negli esami, anche perché è da prevedere che ci sarà una specie di assalto ai concorsi relativi a questa specialità.

PRESIDENTE. Il seguito dell'esame della proposta di legge è allora rinviato ad altra seduta.

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 proposta di legge

Senatori D'ERRICO ed altri: « Disposizioni sul collocamento a riposo degi ufficiali sanitari, medici condotti e veterinari condotti » (*Approvata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (2084):

Presenti e votanti	23
Maggioranza	12
Voti favorevoli	20
Voti contrari	3

(*La Commissione approva*).

A seguito dell'approvazione dell'articolo unico della proposta di legge n. 2084, dichiaro assorbite le proposte di legge nn. 211 e 273 le quali saranno, pertanto, cancellate dall'ordine del giorno.

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Barba, Barberi, Bartole, Bemporad, Biagini, Capua, Cruciani, De Lorenzo, De Maria, Fada, Gasco, Gennai Tonietti Erisia, Giorgi, Lattanzio, Messinetti, Monasterio, Perinelli, Pierangeli, Sorgi, Spinelli, Urso e Usvardi.

La seduta termina alle 11,30.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Dott. ANTONIO MACCANICO

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI