COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

IX.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 22 LUGLIO 1959

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE COTELLESSA

INDICE

PAG.

Proposta di legge (*Discussione e approvazione*):

LUCIFREDI ed altri: Norme sull'approvazione di progetti per la costruzione di opere igieniche. (*Modificato dalla XI Commissione permanente del Senato*). (1000-*B*) 65

PRESIDENTE 65, 66
BARTOLE, *Relatore* 65
MESSINETTI 66
DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 66

Proposte di legge (*Rinvio*):

ERMINI e DE MARIA: Modifiche degli articoli 41, 66 e 67 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265. (860);

COLITTO: Modificazione degli articoli 41, 66 167 del testo unico delle leggi sanitaire approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265. (465) 68

PRESIDENTE 68, 70
ANGELINI LUDOVICO 68, 70
BARTOLE 68
FERRARI GIOVANNI 68
MESSINETTI 69
DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 69, 70
ANDREUCCI, *Relatore* 70, 72
GENNAI TONIETTI ERISIA 72

Votazione segreta:

PRESIDENTE 72

La seduta comincia alle 10.

BARTOLE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Discussione delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati Lucifredi ed altri: Norme sull'approvazione dei progetti per la costruzione di opere igieniche (Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato) (1000-B).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati Lucifredi, Bartole, Tozzi Condivi, Villa Ruggero, Gaspari, Bisantis, Viale, Marenghi, Bima, Riccio: « Norme sull'approvazione di progetti per la costruzione di opere igieniche.

La proposta di legge, già approvata da questa Commissione nella seduta del 17 luglio scorso, è stata modificata dalla XI Commissione permanente del Senato.

Il relatore, onorevole Bartole, ha facoltà di riferire sulle modificazioni apportarte dal Senato.

BARTOLE, *Relatore*. Va, anzitutto, precisato che il Senato, nel restituire alla Presidenza della Camera il testo che noi avevamo approvato, ha voluto opportunamente distinguere le opere sanitarie in due categorie: gli ospedali, gli ististuti di cura in genere, i mattatoi e i cimiteri, per i quali ha confer-

mato la competenza primaria del Ministero della sanità; gli acquedotti, le fognature e le altre opere igieniche, per i quali la competenza primaria è del Ministero dei lavori pubblici, di concerto con quello della sanità.

Nel testo da noi approvato si stabiliva la competenza degli organi decentrati per i progetti delle opere fino all'importo di 200 milioni; al di sopra dei 200 milioni, la competenza era attribuita al Ministero della sanità di concerto con quello dei lavori pubblici, mentre per i progetti di opere inferiori a 50 milioni la competenza spettava al medico provinciale o al veterinario provinciale, secondo le rispettive attribuizioni, di concerto con l'ingegnere capo del Genio civile. Inoltre, sui predetti progetti, la nostra Commissione aveva stabilito l'obbligatorietà del parere del Consiglio provinciale di sanità e di quello del Comitato tecnico amministrativo presso i Provveditorati alle opere pubbliche per le spese fra i 50 e i 200 milioni, e quelli del Consiglio superiore di sanità e del Consiglio superiore dei lavori pubblici per le spese superiori ai 200 milioni.

Il nuovo testo, lasciando al Ministro della sanità, di concerto col Ministro dei lavori pubblici, la competenza per l'approvazione dei progetti di opere di valore superiore a 200 milioni,attribuisce al medico provinciale e al veterinario provinciale, a seconda dei casi, di concerto col provvedimento alle opere pubbliche, la competenza per le opere di importo non superiore ai 200 milioni. Sui progetti delle predette opere è richiesto il parere dell'ingegnere capo del Genio civile se la spesa totale non supera i 30 milioni; del Consiglio provinciale di sanità e del comitato tecnico amministrativo presso i Provveditorati alle opere pubbliche, se la spesa totale è compresa fra i 30 e i 200 milioni; del Consiglio superiore di sanità e del Consiglio superiore dei lavori pubblici, se la spesa supera i 200 milioni.

Per quanto riguarda questo primo articolo, a me pare che esso risulti più snello rispetto al nostro.

L'articolo 2 stabilisce, invece, che i progetti per la costruzione, il completamento, l'ampliamento, il miglioramento e la sistemazione di acquedotti, fognature e altre opere igieniche sono approvati: *a*) dal Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, se l'intera opera è di importo superiore a 200 milioni; *b*) dal Provveditore alle opere pubbliche, di concerto con il medico provinciale, se l'intera opera è d'importo non superiore a 200 milioni. Per i predetti progetti, i pareri debbono esser dati dall'ingegnere capo del Genio civile e dal medico provinciale se la spesa non supera 30 milioni; dal comitato tecnico amministrativo presso i Provveditorati alle opere pubbliche e dal Consiglio superiore di sanità, se la spesa è compresa fra i 30 e i 200 milioni; dal Consiglio superiore dei lavori pubblici e dal Consiglio superiore di sanità se la spesa supera i 200 milioni.

L'articolo 3, poi, riprende il testo del nostro articolo 2.

Quindi sembra che il testo del Senato, che non porta alcuna modifica per quanto riguarda l'attuale competenza degli organi periferici, cioè del Genio civile, in sostanza si dimostri più favorevole e faciliti maggiormente la sollecita approvazione in sede decentrata dei progetti di edilizia sanitaria.

Per questa considerazione sostanziale, e anche perché urge l'approvazione del progetto di legge, prego gli onorevoli di volerlo approvare senz'altro nel testo modificato dal Senato.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole relatore e dichiaro aperta la discussione generale.

MESSINETTI. Dato che il Senato ha preso le sue vacanze e quindi una eventuale modificazione da parte nostra della proposta di legge passerebbe al vaglio dell'altro ramo del Parlamento soltanto alla ripresa autunnale, noi siamo favorevoli all'approvazione del testo modificato dal Senato, in modo da rendere immediatamente operante la legge che è molto attesa sia dagli ambienti del Ministero dei lavori pubblici che da quelli del Ministero della sanità; anche perché le modificazioni apportate dal Senato al primitivo testo da noi approvato non toccano la sostanza del provvedimento, ma prevedono solamente degli spostamenti di competenza.

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

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole all'approvazione del provvedimento nel testo approvato dal Senato.

PRESIDENTE. Passiamo agli articoli.

L'articolo 1 nel testo approvato dalla nostra Commissione era il seguente:

« I progetti per la costruzione, l'ampliamento, il miglioramento e la sistemazione di ospedali, istituti di cura in genere, e altre opere igieniche sono approvati:

a) dal Ministro della sanità, di concerto col Ministro dei lavori pubblici, se l'intera

opera è di importo superiore a lire 200 milioni;

b) dal medico provinciale, o dal veterinario provinciale secondo le rispettive attribuzioni, di concerto col provveditore alle opere pubbliche, se l'intera opera è di importo compreso fra 50 milioni e 200 milioni;

c) dal medico provinciale, o dal veterinario provinciale secondo le rispettive attribuzioni, di concerto con l'ingegnere capo del Genio civile ,se l'intera opera è di importo inferiore a 50 milioni.

Sui progetti di massima o esecutivi delle opere suddette devono esprimere parere:

a) il Consiglio provinciale di sanità e il Comitato tecnico amministrativo presso i Provveditorati alle opere pubbliche, se la spesa totale è compresa fra i 50 e i 200 milioni;

b) il Consiglio superiore di sanità e il Consiglio superiore dei lavori pubblici, se la spesa totale è superiore a 200 milioni ».

La XI Commissione permanente del Senato nella seduta del 18 luglio lo ha approvato nel seguente testo:

I progetti per la costruzione, il completamento, l'ampliamento, il miglioramento e la sistemazione di ospedali, istituti di cura in genere, mattatoi e cimiteri sono approvati:

a) dal Ministro della sanità, di concerto col Ministro dei lavori pubblici, se l'intera opera è di importo superiore a lire 200 milioni;

b) dal medico provinciale, o dal veterinario provinciale secondo le rispettive attribuzioni, di concerto con il provveditore alle opere pubbliche, se l'intera opera è di importo non superiore a lire 200 milioni.

Sui progetti delle opere indicate nel precedente comma devono esprimere parere:

a) l'ingegnere capo del Genio civile se la spesa totale non supera lire 30 milioni;

b) il Consiglio provinciale di sanità e il comitato tecnico amministrativo presso i provveditorati alle opere pubbliche, se la spesa totale è compresa tra lire 30 milioni e lire 200 milioni;

c) il Consiglio superiore di sanità e il Consiglio Superiore dei lavori pubblici, se la spesa totale è superiore a 200 milioni.

Nessuno chiedendo di parlare sugli emendamenti apportati dal Senato, pongo in votazione il primo comma nel testo emendato dal Senato.

(*È approvato*).

Pongo in votazione il secondo comma nel testo emendato dal Senato.

(*È approvato*).

Pongo in votazione l'articolo nel suo complesso.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 2. Il testo approvato dalla nostra Commissione era il seguente:

« Il Ministro della sanità, il medico provinciale o il veterinario provinciale, nell'ambito delle rispettive competenze ad approvere i progetti di cui al precedente articolo, dichiarano la pubblica utilità e, quando occorre, l'indifferibilità ed urgenza delle relative opere, anche ai fini dell'articolo 71 della legge 25 giugno 1865, n. 2359, e successive modificazioni ».

Il Senato ha sostituito l'intero articolo col seguente:

I progetti per la costruzione, il completamento, l'ampliamento, il miglioramento e la sistemazione di acquedotti, fognature ed altre opere igieniche sono approvati:

a) dal Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità se l'intera opera è di importo superiore a lire 200 milioni;

b) dal Provveditore alle opere pubbliche, di concerto con il medico provinciale, se l'intera opera è di importo non superiore a lire 200 milioni.

Sui progetti delle opere indicate nel precedente comma devono esprimere parere:

a) l'ingegnere capo del Genio civile e il medico provinciale se la spesa totale non supera lire 30 milioni;

b) il comitato tecnico amministrativo presso i Provveditorati alle opere pubbliche e il Consiglio provinciale di sanità, se la spesa totale è compresa tra lire 30 milioni e lire 200 milioni;

c) il Consiglio superiore dei lavori pubblici e il Consiglio superiore di sanità se la spesa totale è superiore a lire 200 milioni.

Nessuno chiedendo di parlare, pongo in votazione l'articolo 2 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

Il Senato ha anche approvato un articolo aggiuntivo, articolo 3 il cui testo è il seguente:

L'approvazione dei progetti a norma dei precedenti articoli implica la dichiarazione di pubblica utilità nonché di indifferibilità de urgenza delle relative opere ai sensi e per gli effetti dell'articolo 71 della legge 25 giugno 1865, n. 2359, e successive modificazioni.

Nessuno chiedendo di parlare, lo pongo in votazione.

(*È approvato*).

La proposta di legge sarà posta in votazione a scrutinio segreto alla fine della seduta.

Discussione delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati Ermini e De Maria: Modifiche degli articoli 41, 66 e 67 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (860) e del deputato Colitto: Modificazione degli articoli 41, 66 e 67 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 (465).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle proposte di legge nn. 860 e 465, d'iniziativa rispettivamente degli onorevoli deputati Ermini e De Maria, e Colitto, relative a modifiche degli articoli 41, 66 e 67 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

ANGELINI LUDOVICO. Signor Presidente, credo che l'approvazione di queste due proposte di legge che, almeno dal loro titolo, appaiono come analoghe, comporti una notevole responsabilità da parte della Commissione e richieda quindi un esame approfondito da parte dei suoi membri.

I motivi di questa responsabilità appaiono chiari dal fatto che oneri che noi non conosciamo nella loro reale entità verrebbero a ricadere sugli enti locali – e peserebbero particolarmente nei confronti dei piccoli comuni – soprattutto per quanto riguarda i medici condotti.

Noi non siamo sfavorevoi all'applicazione del principio di cui alla proposta di legge: vorremmo solamente avere un po' di tempo disponibile per esaminarle a fondo, tanto più che la parte che presenterebbe maggiori difficoltà per il suo volume è proprio quella dei sanitari condotti, in quanto si tratta della classe più numerosa. Infatti in ogni comune c'è il sanitario condotto, mentre non tutti hanno l'ufficale sanitario.

Ritengo che non pregiudicherebbe notevolmente l'*iter* della legge il fatto che ci sia data la possibilità di esaminarla con un po' più di calma, in quanto anche una affrettata approvazione della legge da parte nostra nella seduta odierna non impedirebbe una sosta di due mesi almeno davanti al Senato, che ha ormai preso le sue ferie. Quindi pregherei l'onorevole Presidente di voler rimandare l'esame delle due proposte di legge alla prima seduta dopo le ferie, in modo di vedere nel frattempo di esaminare la possibilità di giungere ad un accordo.

BARTOLE. Mi rendo perfettamente conto come, alla fine di luglio, col Senato chiuso, la proposta di rinvio dell'onorevole collega Angelini, abbia un suo fondamento perché praticamente questa legge nella migliore delle ipotesi non potrà apparire che in autunno sulla *Gazzetta Ufficiale*. Do anche atto all'onorevole Angelini della dichiarazione che anche la sua parte politica è mossa dal desiderio di risolvere al più presto questo problema.

Però, debbo ricordare a me stesso ed agli onorevoli colleghi quanto ho già detto nel corso della discussione del bilancio in sede referente: che cioè ci sono tali sperequazioni nel trattamento dei sanitari – medici condotti, ostetriche, ecc. – fra comune e comune in relazione al conglobamento, per cui bisogna assolutamente addivenire ad una regolamentazione.

Ed a questo proposito vorrei rilevare che vi sono parecchi sanitari che attendono da un mese all'altro il collocameno in pensione e cercano, anche con la comprensione dei singoli sindaci, di procrastinare il provvedimento in attesa che il Parlamento si esprima in modo definitivo sul loro trattamento che, con l'approvazione delle proposte di legge all'esame, sarebbe senza dubbio migliore di quello di cui fruirebbero attualmente.

Ora, mi rendo conto che la legge non potrà essere approvata che in autunno, ma è altresì vero che se oggi la Camera si pronunciasse in via preliminare sul testo delle proposte di legge 860 e 465, esisterebbero sufficienti indicazioni per gli interessati nel prendere le loro decisioni in attesa della definitiva approvazione del provvedimento legislativo che li interessa.

Per questo mi oppongo al rinvio e chiedo che la Commissione discuta oggi stesso sulle due proposte in modo da fornire al più presto un orientamento agli interessati, nonché una ulteriore prova di quel senso di solidarietà che la Camera ha sempre dimostrato nei confronti dei sanitari.

FERRARI GIOVANNI. Riconosco la validità dei motivi addotti dall'onorevole Angelinifi, non solo per queste proposte di legge, ma anche per le altre che ci vengono affidate dopo l'esame già fatto dalla competente Commissione del Senato e che giungono a noi con un certo ritardo, in modo che spesso non abbiamo tempo di dedicare ad esse un esame approfondito.

Però, pare a me che la posta in gioco qui sia grave ed importante. Non voglio neanche fare il caso limite, precisato dall'onorevole collega Bartole, dei medici che sono collocati in pensione; mi limiterò soltanto ad accennare alla questione del conglobamento, che è lasciato all'iniziativa, alla liberalità, all'arbitrio (e non lo chiamo neanche arbitrio, in relazione alle scarse finanze dei comuni italiani), al giudizio, quanto meno, delle amministrazioni dalle quali i medici dipendono. Per cui si verifica il caso di comuni più grandi aventi maggiori disponibilità – e nei quali il medico ha maggiori possibilità di esercitare la sua professione – i quali concedono il conglobamento; mentre in altri – come in certi piccoli comuni appenninici della mia provincia – il medico ha scarse possibilità di esercitare la professione ed il comune non ne ha alcuna di riconoscergli il conglobamento, col risultato che tutti conoscono.

Questa situazione non può ulteriormente essere prorogata, ed almeno una indicazione degli orientamenti del legislatore si impone con urgenza. Mi dichiaro, quindi, contrario alla richiesta di rinvio.

MESSINETTI. Il nostro gruppo è sempre favorevole al rinvio perché il provvedimento, quand'anche fosse approvato da noi questa mattina, non potrebbe completare il suo *iter* prima della ripresa autunnale e quindi non avrebbe alcuna efficacia. Non mi pare che si possa accogliere l'osservazione dell'onorevole Bartole, perché il nostro voto favorevole, senza quello del Senato, non avrebbe efficacia alcuna, mentre è vero che le Amministrazioni comunali sono sempre state comprensive verso i loro vecchi dipendenti, al punto che più volte si son verificati casi in cui medici o altri dipendenti, già raggiunti dal limite di età, sono stati trattenuti in servizio ancora per qualche anno. Posso citare il comune del quale sono sindaco.

Anche a me pare che non sia giusto che oggi, in uno scorcio di seduta alla vigilia della chiusura, si discuta su un argomento che riguarda non soltanto la finanza locale ma l'autonomia stessa dei comuni; il nostro giudizio deve essere, invece, molto ponderato. Aspettando la ripresa autunnale, ognuno di noi potrà studiare a fondo la questione, tanto più che, ripeto, il rinvio non danneggerà i medici che dovrebbero essere collocati in pensione in agosto o in settembre.

Inoltre, ritengo che questa materia vada elaborata in sede molto più ampia, se non vogliamo perdere di vista quel criterio unitario da tutti auspicato, al fine di raggiungere una vera riforma dell'istituto dell'ufficiale sanitario, il quale dovrebbe essere in certo qual modo modificato particolarmente nelle sue competenze.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La Commissione è libera di rinviare o di cominciare subito la discussione.

Per quanto riguarda il motivo della chiusura del Senato, esso non è preclusivo; anzi, l'approvazione del provvedimento da parte della Camera farebbe concludere allo stesso la prima tappa del suo *iter*. Mi meraviglia poi la richiesta di approfondire il problema, perché la proposta di legge è stata presentata dal 16 febbraio. Per di più, si tratta di questioni umane, alle quali i colleghi della sinistra si sono dimostrati sempre molto sensibili, mentre oggi mi pare che assumano un atteggiamento opposto: si preoccupano della situazione dei bilanci e non di quella di tanti colleghi medici. La prossima volta porterò qui almeno una quindicina di lettere di vecchi medici condotti, 7-8 delle quali provenienti dall'Emilia, i quali mi domandano se la legge sarà approvata presto, o meno, perché, dovendo essere collocati in pensione, vorrebbero sperare in quel poco di miglioramento che basti a sollevarli dalla miseria nera che li attende.

Fatte queste premesse, entro nel merito. La legge – sia chiaro – non vuole innovare nulla; essa tende solo a rendere uniforme il trattamento...

MESSINETTI. Noi non siamo entrati nel merito dell'argomento. Noi ci siamo limitati a discutere la pregiudiziale; per quanto riguarda il merito, non ci siamo pronunciati, perciò nessuno può dire se siamo o meno favorevoli...

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Proprio lei, onorevole Messinetti, non si è limitato a trattare della pregiudiziale, ma ha finanche detto che l'argomento va trattato in modo molto più ampio. Ora, questa è una maniera elegante per insabbiare in eterno la questione. Lei, onorevole Messinetti, ha proposto di rinviare la questione al dispositivo governativo che fisserà i compiti d'istituto dell'ufficiale sanitario. Sulla fissazione di questi compiti il Governo è d'accordo, e vi provvederà. Ma la questione non ha alcun nesso con l'argomento che stiamo trattando, che è poi l'oggetto del provvedimento: la retribuzione economica. Il compito d'istituto dell'ufficiale sanitario sarà determinato indipendentemente dal trattamento economico. Noi, con questa legge, vogliamo riformare il trattamento economico, garantendo un minimo a tutti i sanitari condotti e ostetriche condotte.

Fatte queste premesse, mi permetto di dire che il Governo – e questo indipendentemente dal fatto che il sottoscritto è presentatore di una delle due proposte di legge – è favorevole in quanto le eventuali difficoltà di contrasto col parere della Direzione generale possono essere superate nell'interesse della categoria.

PRESIDENTE. Prima di decidere sulla richiesta formula di rinvio fatta dall'onorevole Angelini, vorrei sottoporre alla Commissione – in seguito alle considerazioni pro e contro che sono state fin qui fatte – da una parte, la effettiva impossibilità di ottenere prima dell'autunno l'approvazione definitiva della legge, in quanto il Senato si trova nell'impossibilità di decidere in questo scorcio di tempo trovandosi in ferie; dall'altra, la necessità di dare anche la sensazione dell'interesse che la Camera porta alla questione, prendendo subito in esame le proposte di legge relative.

Mi permetterei, quindi, di proporre agli onorevoli colleghi di ascoltare la relazione dell'onorevole relatore prima di rinviare la discussione a dopo le ferie. Se gli onorevoli colleghi sono d'accordo, così può rimanere stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

ANGELINI LUDOVICO. Siamo d'accordo anche noi. Tuttavia non vorrei che una discussione iniziata e poi sospesa per qualche mese, come quella delle proposte di legge in esame, invogliasse qualche amministrazione a liberarsi, cioè a collocare in pensione in questo lasso di tempo qualche medico finora in benevola attesa. Faccio presente anche questa ipotesi perché se ne consideri giustamente il suo aspetto umano.

DE MARIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Io penso che sia vero il contrario, onorevole Angelini, perché quando vi sono provvedimenti legislativi in corso, in genere si invitano le prefetture a soprassedere da quei provvedimenti che potrebbero assumere una diversa fisionomia con l'approvazione della nuova legge.

PRESIDENTE. L'onorevole Andreucci, relatore, ha facoltà di svolgere la sua relazione.

ANDREUCCI, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, le due proposte di legge, nn. 465 e 860, al nostro esame tendono ambedue a dare una soluzione ad un problema che riguarda il trattamento economico degli ufficiali sanitari e dei medici condotti.

I testi degli articoli delle due proposte di legge sono pressoché identici e mi pare si possa poi, nell'esame dei singoli articoli scegliere or l'uno or l'altro per formare un testo il più completo possibile.

Come è noto, il problema dei servizi sanitari è oggetto di studi e di proposte varie, che non attengono tuttavia – ad avviso dei proponenti e del vostro relatore – alle proposte che sono presentate oggi all'esame della Commissione le quali hanno delle prospettive molto più modeste che non la visione generale dei servizi sanitari. Esse hanno come obiettivo quello di dare un migliore e più equo riconoscimento all'importanza dei compiti affidati ai sanitari, dando ad essi una maggiore tranquillità in relazione al trattamento economico loro spettante, e ponendo lo stesso trattamento in una posizione più equa nei confronti degli altri dipendenti comunali. Vorrei tra parentesi ricordare che normalmente sono i sanitari – almeno a quanto mi consta – che non riescono ad ottenere quel conglobamento che invece è stato riconosciuto a tutti gli altri dipendenti degli Enti locali.

Le modificazioni agli articoli 41, 66 e 67 del testo unico delle leggi sanitarie proposte da questi due provvedimenti sono in realtà molto gravi. In base all'articolo 41 e all'articolo 67 del testo unico la fissazione del minimo di stipendio per gli ufficiali sanitari, veterinari e medici condotti è attribuita alla Giunta provinciale amministrativa in modo che gli enti seguono nella fissazione dello stipendio i criteri fissati dalla Giunta stessa. In particolare l'articolo 41 stabilisce che gli stipendi minimi degli ufficiali sanitari nominati in seguito a concorso sono determinati, tenuto conto dell'importanza del servizio, dalla Giunta provinciale di sanità.

Importante è il capoverso che dice: « tali stipendi minimi non possono comunque essere superiori a quelli già attribuiti per il posto di ufficiale sanitario, risultanti dopo l'applicazione delle riduzioni sancite dai regi decreti 20 novembre 1930, n. 1491, e 14 aprile 1934, n. 561 » e pertanto con questo articolo si fissano i criteri massimi di stipendio per gli ufficiali sanitari; non quelli minimi. Proprio questo tendono a stabilire le due proposte di legge in esame.

Dal canto suo l'articolo 67 stabilisce che la Giunta provinciale amministrativa, sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità, fissa lo stipendio minimo dei sanitari condotti distribuendo i comuni in speciali categorie in relazione all'importanza del servizio sanitario, al numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, alle condizioni topografiche della condotta e alle presumibili fonti di reddito professionale di essi. Tali stipendi minimi

non possono essere superiori a quelli già attribuiti ai posti di sanitario condotto risultanti dall'applicazione delle norme già citate all'articolo 4. Anche qui, come si vede, si rende libera la Giunta provinciale amministrativa di fissare lo stipendio minimo e si stabilisce solamente che detto stipendio minimo non può essere superiore a quello attribuito al posto di sanitario.

Faccio notare ancora che l'articolo 67 stabilisce il criterio secondo il quale la Giunta provinciale amministrativa fissa gli stipendi minimi dei sanitari distribuendo i comuni in speciali categorie. Invece le proposte in esame – e dopo le esamineremo – raggruppano le condotte in speciali categorie, con un criterio che esula dal riferimento territoriale al comune per riferirsi qualitativamente alle condotte.

Le proposte al nostro esame tendono: all'articolo 1 a vincolare le Giunte nel fissare il minimo, stabilendo che detto minimo non può essere inferiore allo stipendio degli impiegati della carriera direttiva dello Stato, ruolo con coefficiente 271, già corrispondente al grado IX. Questo articolo modifica dunque l'articolo 41 del testo unico in cui, come ho detto, veniva limitato il massimo ma non fissato il minimo.

All'articolo 2 le proposte in esame mirano a fissare l'obbligo, da parte delle amministrazioni comunali e consorziali, ad estendere al personale sanitario i miglioramenti che esse siano autorizzate a concedere al proprio personale, quando provvedano a farne concessione agli altri dipendenti di ruolo.

L'articolo 3 fissa, a modificazione dell'articolo 67 del testo unico delle leggi sanitarie, il criterio che la Giunta provinciale fissa gli stipendi minimi, non più distribuendo i comuni in speciali categorie, ma distribuendo in tal modo le condotte, in una visione e considerazione unitaria della provincia e delle condotte della provincia, piuttosto che in una visione frazionata dei singoli comuni. E a me pare che questo criterio sia molto più logico del precedente, atteso il fatto che in realtà ove la Giunta provinciale amministrativa segua il criterio di distribuire in speciali categorie le condotte secondo l'importanza del servizio sanitario, il numero degli aventi diritto all'assistenza sanitaria gratuita, le condizioni topografiche e le presumibili fonti di reddito professionale, viene fissato in tutta la provincia un criterio più uniforme che mira a realizzare il principio: a uguale, o presumibilmente uguale prestazione, corrisponde uguale stipendio.

Lo stesso articolo fissa ancora il criterio che per le condotte ostetriche sia considerato il coefficiente 180 (gruppo *C*, grado XII) come limite minimo per lo stipendio delle ostetriche, mantenendo per i medici ed i veterinari condotti il coefficiente 271.

Da ultimo – e questa è la proposta Ermini e De Maria – si riconosce ai sanitari, a tutti gli effetti di carriera ed economici, il servizio prestato presso altri Enti locali.

Non sfugge certamente agli onorevoli colleghi il fatto che la proposta può incontrare due obiezioni, e cioè: 1°) apparentemente stabilisce una deroga al principio generale sancito dall'articolo 228 del testo unico della legge comunale e provinciale, per il quale nella determinazione del trattamento economico di tutti i dipendenti comunali, e così dei sanitari, si debba considerare una equa proporzione con lo stipendio dei segretari. Ora è evidente che con questa proposta si stabilisce un criterio diverso, la cui legittimazione – e non solo a mio avviso – trova la sua necessità nella logica delle cose. In effetti il segretario comunale può anche non essere laureato e anche le sue funzioni e responsabilità differiscono notevolmente da quelle del medico le quali, in ogni caso e senza alcuna differenziazione di importanza di condotta, debbono essere esercitate con quella competenza e quel corredo di cognizioni che sono indispensabili per l'esercizio dell'arte sanitaria.

Tuttavia, tale deroga è già consentita dagli articoli 67 e 41 del testo unico delle leggi sanitarie, perché dove è sancito il criterio con il quale il minimo dello stipendio viene stabilito dalla Giunta provinciale non è richiamata alcuna relazione fra lo stipendio del medico condotto e quello del segretario comunale, ma viene anzi detto che il limite è posto solo agli stipendi non superiori a quelli già attribuiti per il posto di sanitario condotto risultanti dall'applicazione della legge. Fa poi obbligo ai comuni di estendere ai sanitari i miglioramenti concessi agli altri dipendenti.

Ho già illustrato la logicità di questo criterio; essa cozza un po' contro il problema dell'onere che i comuni possono avere dall'approvazione di questa legge. Ma è difficile avere i dati, perché per fare una ricerca in questo senso sarebbe necessario innanzitutto riordinare i criteri con i quali vengono stabilite le varie categorie delle condotte mediche. Comunque, il compito della nostra Commissione è quello di esaminare l'equità del provvedimento per quanto riguarda la materia di nostra competenza; più in là non possiamo andare. Argomenti che non siano di nostra

competenza possono essere trattati da altre Commissioni, se queste saranno richieste del parere. Per quanto riguarda il provvedimento, dal punto di vista della nostra competenza, mi pare che non vi dovrebbero essere dissensi su un giudizio favorevole.

Se, comunque, volessimo fare un sondaggio molto generale, dovremmo dire che alcuni comuni avranno certamente un onere dall'applicazione di questa legge perché non hanno applicato il conglobamento; però, sappiamo che molti non lo hanno applicato più per una presa di posizione che per le conseguenze finanziarie; sappiamo anche che molti comuni non hanno applicato il conglobamento perché hanno ritenuto di dover mantenere un certo rapporto con lo stipendio del segretario comunale...

GENNAI TONIETTI ERISIA. Non si può prescindere dal fatto che il medico è libero nell'esercizio della sua professione!

ANDREUCCI, *Relatore*. Però va detto in termini molto chiari che se gli altri dipendenti comunali, quali gli ingegneri e i geometri, rispettassero l'obbligo di non esercitare in privato la loro professione, non avremmo le proteste dei vari Ordini degli ingegneri, dei Collegi dei geometri e così via, i quali, per ragioni che sono certamente umane, protestano contro l'esercizio della libera professione da parte dei dipendenti comunali.

In sostanza, il vostro relatore è favorevole alla proposta di legge Ermini e De Maria, dopo aver fatto due osservazioni: una, di diritto, e cioè che il trattamento dei dipendenti sanitari comunali non deve essere in alcun modo equiparato a quello percepito dal segretario comunale; l'altra, che riguarda l'obbligo ai comuni di estendere ai sanitari i miglioramenti applicati nei confronti degli altri dipendenti.

L'altra difficoltà potrà essere risolta solo dopo l'applicazione della legge, perché solo allora potremo conoscere l'entità degli oneri che deriveranno ai comuni.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione ad altra seduta.

Votazione segreta.

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

(*Segue la votazione*).

Comunico il risultato della votazione sulla proposta di legge:

LUCIFREDI ed altri: « Norme sull'approvazione di progetti per la costruzione di opere igieniche » (*Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (1000-*B*):

Presenti e votanti	30
Maggioranza	16
Voti favorevoli	30
Voti contrari	0

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Andreucci, Angelini Ludovico, Azimonti, Barbaccia, Barberi Salvatore, Barbieri Orazio, Baroni, Bartole, Borellini Gina, Caponi, Cengarle, Ceravolo Domenico, Ceravolo Mario, Cortese Giuseppe, Cotellessa, De Pascalis, Ferrari Giovanni, Forlani, Gennai Tonietti Erisia, La Penna, Lattanzio, Messinetti, Minella Molinari Angiola, Montanari Otello, Quintieri, Re Giuseppina, Romano Bruno, Santarelli Ezio, Scarongella, Sorgi.

La seduta termina alle 11,30.

IL DIRETTORE
DELL'UFFICIO COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. FRANCESCO COSENTINO

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI