

COMMISSIONE XIV
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

33.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 MAGGIO 1971

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GRAZIOSI

INDICE

	PAG.
Disegno di legge (Discussione e rinvio):	
Tutela sanitaria delle attività sportive (Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato) (3238)	391
PRESIDENTE	391, 393, 396, 398
ALBONI	395, 396, 397
DE MARIA, <i>Relatore</i>	392, 393, 395, 397
LA PENNA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	393, 394, 396, 397
SORGI	393, 396
VENTUROLI	393, 394, 395, 398
Proposta di legge (Seguito della discussione e approvazione):	
FOSCHI: Provvedimenti a favore del personale sanitario profugo e rimpatriato dalla Libia (2842)	399
PRESIDENTE	399, 400
CATTANEO PETRINI GIANNINA	400
FOSCHI, <i>Relatore</i>	399, 400
LA PENNA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	399, 400
Proposta di legge (Discussione e rinvio):	
FOSCHI: Disposizioni particolari a favore degli aiuti dirigenti di servizi ospedalieri di diagnosi e cura (1734)	401
PRESIDENTE	401, 402
ALBONI	402
CATTANEO PETRINI GIANNINA	402

	PAG.
DE LORENZO FERRUCCIO	402
DE MARIA	402
FOSCHI	401, 402
LA PENNA, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	402
Votazione segreta:	
PRESIDENTE	402

La seduta comincia alle 11,15.

FOSCHI, *Segretario f.f.*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

Discussione del disegno di legge: Tutela sanitaria delle attività sportive (Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato) (3238).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Tutela sanitaria delle attività sportive », approvato dalla XI Commissione permanente del Senato della Repubblica nella seduta del 10 marzo 1971 e trasmesso alla Presidenza della Camera il 24 marzo 1971. Sul disegno di legge hanno espresso parere favorevole la II, la IV e la V Commissione.

L'onorevole De Maria ha facoltà di svolgere la relazione.

DE MARIA, *Relatore*. Sull'argomento in esame, particolarmente interessante anche perché in Italia il problema dello sport è trascurato, ci sarebbe molto da dire e potrebbe indurre in tentazione. Vorrei anzitutto sottolineare l'opportunità di distinguere due aspetti nella tutela sanitaria delle attività sportive, connessi a due diversi modi di operare dello sport: lo sport individuale e quello collettivo.

Vi è uno sport collettivo, che ha spiccati profili sociali, ed uno sport agonistico che ha caratteristiche più individuali e soggettive. Per quanto riguarda il primo, e cioè l'attività sportiva che tutti i giovani dovrebbero fare, dobbiamo particolarmente considerare i provvedimenti di medicina preventiva e sociale; per il secondo e cioè l'attività agonistica, dovremmo considerare la medicina sportiva.

Ovviamente, lo sport collettivo riguarda anche l'attività educativa, mentre l'altro riguarda l'attività essenzialmente agonistica degli atleti. Questo senza voler considerare l'altro aspetto dello sport, quello dell'efficacia terapeutica, e che è praticabile a tutte le età: pensiamo ad alcune malattie per le quali lo sport diventa un efficiente mezzo di profilassi.

Dunque, lo sport collettivo e lo sport agonistico. Per il primo dobbiamo adottare una medicina preventiva di massa, quindi necessità di un controllo per la totalità della gioventù che deve essere posta in condizione di svolgere un'attività sportiva. E qui debbo fare dei rilievi che riguardano noi stessi per non aver curato questo aspetto dell'educazione dei giovani. Sta di certo che di centri di attività sportiva ne dovremmo creare in tutta la comunità italiana e dobbiamo al momento lamentarne la carenza.

Innegabilmente, in passato l'attività sportiva era rivolta a tutti i giovani; purtroppo, adesso, nelle scuole se si vuole che gli allievi svolgano attività sportiva, ci si deve rivolgere al CONI. Per cui preferiremmo che ci fosse una disciplina per tutti i giovani d'Italia, con specifico riguardo, poi, a quella che deve essere una indicazione particolare per determinate attività sportive.

Sia chiaro: noi per tutti i giovani proporremo una selezione attitudinale e una idoneità per tutti gli sport o per determinati sport; ed anche dopo la visita attitudinale, chiamiamola pure psicoattitudinale, accanto a questa visita iniziale, dei controlli periodici. Questo lo diciamo sia per quanto riguarda la attività ricreativa sia per quanto riguarda la attività agonistica. Per l'attività agonistica il discorso diventa più grave, perché non vi è una indicazione alla attività sportiva in gene-

re, ma una indicazione del singolo soggetto per quella attività sportiva.

Quindi, qualunque giovane che vuol fare un'attività atletica per una vocazione soggettiva, per un capriccio, deve essere sottoposto ad una visita medica (medicina preventiva); si tratta di vedere quelle che sono le caratteristiche del suo stato di salute e la sua determinante inclinazione naturale per quello sport anziché per un altro. Quindi una visita attitudinale iniziale per vedere se quel giovane è indicato per quello sport.

Noi questa mancanza di centri selettivi la scontiamo amaramente. La scontiamo per quanto riguarda gli infortuni dello sport, la cui colpa, spesso, è attribuita alla carenza di attrezzature, o alla mancanza di cautela, mentre, assai più frequentemente non si nota che gli infortuni derivano proprio dal non avere sufficientemente valutato quella particolare attitudine dell'atleta per quella certa attività. Vi è anche un elemento nocivo nello sport, quale quello di esaurire le proprie energie attraverso un'attività che dovrebbe essere opportunamente dosata: non possiamo, infatti, sforzare un organismo oltre un certo limite. Anche per quanto riguarda il muscolo cardiaco, se ad un giovane gli facciamo fare una attività sportiva al di là delle sue possibilità, in maniera abnorme, gli creiamo una ipertrofia. Possiamo avere forme di cardiopatie dovute allo sport. C'è tutto un campo di studio che riguarda il fattore uomo, che noi non siamo in condizioni di valutare. E questa è una carenza molto grave.

Il provvedimento al nostro esame riguarda soprattutto le sostanze che danneggiano l'organismo. Naturalmente, qui c'è tutta una attrezzatura *ad hoc* per controllare quello che è stato l'uso del tossico per una prestazione abnorme dell'atleta. Per me il *doping* è un esempio di malcostume, oltre che di dolo e di illecito sportivo. Quindi si rileva la necessità di creare centri di medicina dello sport, con riguardo all'attività sportiva intesa tanto nei suoi termini fisiologici (ricreazione e agonismo), quanto nei suoi termini patologici. Qui ci si riallaccia al problema della riforma sanitaria, che verrà attuata attraverso l'istituzione delle unità sanitarie locali. È innegabile, infatti, che i menzionati centri ricadranno nell'ambito delle competenze degli organismi di assistenza sanitaria locale che dovranno essere creati nel prossimo futuro. In tal senso, il provvedimento in esame può assumere la configurazione di una legge-cornice, volta ad inquadrare e disciplinare la futura attività degli enti locali in questo settore.

Svariati, quindi, sono gli aspetti presi in considerazione dal disegno di legge in discussione. Oltre all'indicazione dei criteri da seguire per l'istituzione, su iniziativa del CONI, dei centri provinciali di medicina dello sport, viene sancito il principio dell'accertamento dell'idoneità a svolgere attività agonistiche e sportive (demandandosi al ministro della sanità il compito di stabilire, di concerto con il ministro del turismo e dello spettacolo, l'elenco delle attività da sottoporre a controllo sanitario). Viene poi trattato il problema del *doping*, stabilendo le sanzioni per gli atleti che ingeriscono sostanze vietate e per coloro che glielo somministrano: tali sanzioni sono inasprite nel caso che a somministrare dette sostanze agli atleti siano i dirigenti, gli allenatori o i commissari tecnici. L'elenco delle sostanze proibite è compilato a cura del ministro della sanità, di concerto con il ministro del turismo e spettacolo, sentiti il CONI ed il Consiglio superiore di sanità.

Un altro aspetto della normativa al nostro esame, che riveste un carattere del tutto incidentale rispetto all'oggetto del provvedimento, e sul quale quindi non mi sembrerebbe opportuno sviluppare un dibattito approfondito, riguarda l'attività professionale dei medici e dei massaggiatori sportivi. Ora, soprattutto per questi ultimi, si pongono problemi delicati. A me, ad esempio, sono pervenute richieste da parte di taluni esponenti di questa categoria: essi vorrebbero che il provvedimento prevedesse una particolareggiata disciplina della loro attività, l'eventuale istituzione di albi professionali, lo svolgimento di corsi, ecc. Nel testo trasmessoci dal Senato, in realtà, si parla di questi corsi, che dovranno essere istituiti non solo per i massaggiatori, ma anche per i medici sportivi: è previsto pure (articolo 9) che i medici in possesso dell'attestato di medico sportivo e i massaggiatori sportivi forniti dell'apposita licenza dovranno, entro due anni, sostenere l'esame — previsto in via ordinaria dall'articolo 6 al termine di detti corsi — per il conseguimento del relativo diploma.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. In realtà questi professionisti sono già qualificati, ma debbono adeguare la loro preparazione secondo i nuovi criteri posti a base del provvedimento.

DE MARIA, *Relatore*. Ma le sollecitazioni che ho ricevuto erano volte ad ottenere anche una disciplina particolare dell'attività professionale. Io ritengo che non sia il caso di ad-

dentrarsi in questa materia, che potrà essere eventualmente e più opportunamente disciplinata con separato provvedimento. Il disegno di legge in esame, infatti, considera problemi del tutto distinti, quali il controllo sanitario delle attività sportive, i provvedimenti contro il *doping*, e così via, e solo incidentalmente tratta alcuni aspetti attinenti all'attività dei medici e dei massaggiatori sportivi.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali del progetto.

VENTUROLI. Ho ascoltato attentamente l'esposizione del relatore, e debbo ammettere che egli ha puntualizzato assai bene gli aspetti tecnico-funzionali dei problemi in discussione. Tutti noi sappiamo che nelle attività sportive l'uso di eccitanti è ormai una consuetudine, ed il suo limite può soltanto essere dato dal senso di responsabilità dell'atleta e dei suoi dirigenti. Questi ultimi, però, a loro volta, non sempre sono capaci di esercitare una opera di educazione sportiva nei confronti di coloro che praticano l'attività agonistica.

Ma se questo è vero, è evidente che non bastano misure del tipo di quelle contenute nel disegno di legge in esame per ovviare agli inconvenienti lamentati. Basti pensare allo aspetto caratterizzante della situazione, e cioè che l'uso di sostanze eccitanti e comunque nocive è tanto più frequente quanto più la pratica sportiva perde il carattere che gli è proprio, quello dell'agonismo, ed acquista i connotati dello « spettacolo ».

SORGI. Questo mutamento si ricollega con il fenomeno del professionismo nello sport.

VENTUROLI. Certamente !

Ora, di fronte ad una situazione del genere, che richiede un intervento incisivo ed efficace; è lecito domandarsi — anche dal punto di vista della competenza specifica della nostra Commissione — per quale motivo, nel momento in cui ci si appresta a creare un'ossatura di interventi che dovrebbe permettere di realizzare un'attività di prevenzione sul piano sanitario, non sia dato di conoscere l'opinione della scienza a proposito della distinzione tra le sostanze che possono venire somministrate agli atleti e quelle ritenute dannose e quindi da vietare. L'articolo 5 del disegno di legge demanda al ministro della sanità (di concerto con il ministro del turismo, e sentiti il CONI e il Consiglio superiore di sanità) il compito di formare l'elenco delle sostanze proibite. In questo modo, evidentemente, si rinvia la

risposta ad una assillante richiesta che proviene non soltanto dal mondo sportivo e da quello scientifico, ma anche dall'opinione pubblica. L'esperienza ci insegna che, in quei settori nei quali sono già stati mossi alcuni passi per operare un controllo in via generale (mi riferisco in particolare al calcio ed al ciclismo), grosse polemiche sono sorte proprio intorno alla definizione delle sostanze nocive, in relazione, come è ovvio, ad opinioni che, anche nel campo della scienza, sono talvolta discordanti e di non facile composizione.

Pertanto, il nostro giudizio di merito circa la specifica validità del provvedimento non può non tenere conto, anzitutto, del fatto che in questa materia esso presenta una evidente lacuna di carattere sostanziale. Una delle prime cose da fare, infatti, era indicare nel testo del provvedimento l'elenco delle sostanze considerate nocive. In tal modo il legislatore avrebbe avuto la sicurezza che le misure approntate fossero in riferimento specifico con le esigenze verificate nella realtà. Dobbiamo constatare che ciò non è avvenuto.

Mi sembra inoltre di cogliere, sempre su questo punto, un'altra discrepanza, che si ricollega alla competenza dei dicasteri interessati all'emanazione del decreto di classificazione delle sostanze nocive; e un'analoga osservazione può farsi per quanto attiene al decreto previsto per l'indicazione delle attività sportive da sottoporre a controllo sanitario. Questi decreti, infatti, dovranno venir emanati dal ministro della sanità, di concerto col ministro del turismo e dello spettacolo. Ora, se io dovessi esprimere un'opinione personale, direi che il ministro della pubblica istruzione dovrebbe essere più competente e interessato, nella materia, che non il ministro del turismo. Naturalmente comprendo le ragioni che hanno consigliato di rendere obbligatoria la consultazione e la collaborazione del dicastero del turismo: il fatto è che, in Italia, il ministro del turismo si interessa (relativamente, intendiamoci) delle questioni sportive.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La competenza di tale dicastero riguarda vari aspetti, assai importanti, come ad esempio gli impianti, l'ingegneria sportiva, ecc.

VENTUROLI. C'è una deformazione evidente rispetto a quello che dovrebbe essere un corretto orientamento a tutela della salute del cittadino, finalità in vista della quale lo sport costituisce una delle pratiche più importanti. La verità è che si è pensato ad attri-

buire la competenza primaria sulle attività sportive al Ministero del turismo e dello spettacolo proprio perché si considera lo sport come spettacolo. Si rivela, quindi, un netto contrasto tra l'orientamento che si va profilando da parte di chi seriamente si prefigge di sviluppare la pratica sportiva a fini educativi e sanitari, e le prevaricazioni poste in essere da un meccanismo di sfruttamento che anche in questo campo ha operato con grande dispiego di mezzi.

Inoltre c'è un'altra cosa ancora che mi pare vada meditata prima di passare all'esame analitico delle varie questioni, e cioè il problema della vigilanza. Se noi adottiamo una legge, sorge l'interrogativo di chi la farà applicare. Qui è previsto che l'applicazione dei regolamenti sanitari che verranno emanati per le attività sportive sarà affidata all'autorità sanitaria o al personale appositamente incaricato dal CONI previo nulla osta del Ministero della sanità.

Intanto, c'è da dire che in questo modo non si fa altro che fotografare una situazione quanto mai deleteria. Si riconosce che ci sarebbe l'esigenza di una direzione unica e poi nella pratica si sa che questo non può avvenire perché la struttura è costituita in modo tale, per cui se non c'è qualche altro che viene delegato a fare quello che dovrebbe fare la autorità sanitaria, non si farebbe nulla.

Questi compiti vengono affidati ad enti, organismi o personale impreparati o insufficientemente preparati, che non sono assolutamente idonei e che solo una unità sanitaria è in grado di effettuare.

Qui sarebbe almeno dovuto emergere quello che è un disegno più volte annunciato e che, nei fatti, si rivela sempre più come un disegno puramente utopistico: la riforma sanitaria e la sua strutturazione completa nel territorio nazionale e la sua autonomia di indirizzo e quindi di esecuzione. In questo provvedimento, invece, c'è tutto fuorché la tendenza a realizzare una struttura che non sia apertamente in contrasto con quella che sarà la riforma sanitaria.

All'articolo 3 ancora si ribadisce che i medici provinciali, gli ufficiali sanitari e gli incaricati dal Comitato olimpico nazionale italiano possono prelevare i campioni biologici o di alimenti in possesso degli atleti prima o dopo la gara. Ma noi sappiamo, alla luce della esperienza, quali contestazioni ci sono state e non si può certo dire che gli incaricati di questi prelevamenti non fossero investiti della necessaria autorità per esercitare questi prelevamenti, perché erano esponenti di quelle fe-

derazioni che organizzano le gare sportive e quindi avevano tutto il diritto di pretendere il rispetto delle norme dei regolamenti che disciplinano queste attività. Vi è da dire che qui non si ha nemmeno un accenno alla nuova istituzione, già nata e che ha già determinate competenze, e cioè la regione. Si parla del medico provinciale, ma il medico provinciale deve continuare ad esistere o è una figura ormai superata? Questo interrogativo ha già avuto una risposta nel senso che la figura giuridica del medico provinciale è destinata a scomparire.

Inoltre, sempre all'articolo 3, si dice che « le persone suindicate sono ufficiali di polizia giudiziaria ». Anche qui si attribuisce una rilevante qualifica con una leggerezza preoccupante. Bisogna preliminarmente conoscere se tale personale ha i titoli per fare l'ufficiale di polizia giudiziaria, anche perché qui nulla è detto e non possiamo non preoccuparcene.

Sempre all'articolo 3, si afferma pure che « Gli esami e le analisi dei campioni sono compiuti dai laboratori provinciali di igiene e profilassi e da altri laboratori all'uopo autorizzati con decreto del Ministro della sanità ». Quali sono questi « altri laboratori »? Tanto più che in tutte le province ci sono i laboratori di igiene e profilassi.

DE MARIA, *Relatore*. A Roma, ad esempio, non esiste il laboratorio provinciale di igiene e profilassi ma c'è soltanto l'ufficio di igiene del comune...

VENTUROLI. ... che esercita, però, le funzioni di laboratorio di igiene e profilassi del comune di Roma; però, abbiamo poi dei laboratori di igiene e profilassi nelle altre province laziali. Anche qui il discorso è tutt'altro che chiaro. La potestà su determinati strumenti di ricerca, di analisi, di profilassi oggi spetta alla regione. Quindi anche qui si vorrebbe introdurre una norma che non va che a consolidare un preesistente stato giuridico amministrativo, in contrasto con la realizzazione della regione.

Un'osservazione per quanto riguarda le penalità. Responsabili sono gli atleti che ricorrono all'uso di sostanze tossiche e soltanto nel caso in cui si tratti di minori dei 18 anni, c'è la corresponsabilità degli organizzatori. Io credo che la corresponsabilità deve essere estesa anche per gli organizzatori di gare sportive dove concorre il professionista, il quale ha le sue proprie responsabilità personali che debbono essere più pesanti del minore, ma non si può escludere la responsabilità degli orga-

nizzatori, perché spesso è proprio il tipo di organizzazione di quel dato spettacolo sportivo che induce, per la incentivazione anche del guadagno, l'atleta professionista a sottoporsi ai rischi che comporta il ricorso all'uso di sostanze nocive.

All'articolo 6 si dice che il Comitato olimpico nazionale italiano istituisce i corsi per medici sportivi e per massaggiatori. Il Ministero della sanità conferisce questo incarico al CONI, il quale a sua volta si serve della Federazione dei medici sportivi. Anche qui ci deve essere il concorso e la presenza a tutti i livelli della giurisdizione territoriale di quella che è l'autorità sanitaria competente, e quindi il compito deve essere demandato alla regione. Poi, non è detto che debba essere soltanto il CONI ad organizzare tali tipi di corsi, perché ci possono essere altre forme, scientificamente valide, che possono surrogare l'iniziativa del CONI.

Per quanto concerne la spesa, all'articolo 11 si stabilisce un onere annuo di 50 milioni che sono del tutto inadeguati agli scopi che si dovrebbe prefiggere una legge diretta a tutelare dal punto di vista sanitario l'attività sportiva.

Quindi, anche su questi punti, il provvedimento rivela il suo carattere di misura improvvisata, più propagandistica che sostanziale. A mio avviso, perciò, è opportuno procedere ad una più seria meditazione; se, invece, si deciderà di entrare nel merito, passando all'esame dei singoli articoli annuncio che il nostro gruppo presenterà una serie di emendamenti per modificare in modo radicale il disegno di legge.

Chiedo ai colleghi degli altri gruppi di voler meditare sulle osservazioni che, modestamente, mi sono permesso di esporre. Non facciamo in modo di alimentare, con un provvedimento di questa natura, delle illusioni, destinate ad essere ben presto smentite, e di accrescere lo stato di confusione già esistente nel settore. Cerchiamo, invece, di porre in essere un intervento serio e impegnato, come è nelle prerogative del Parlamento, in vista della elaborazione di una struttura che tutti riteniamo possibile.

ALBONI. Vorrei aggiungere soltanto una osservazione di natura particolare, a integrazione di quanto rilevato dal collega Venturoli intorno al presente provvedimento. Abbiamo tutti presente la necessità di dar vita ad una disciplina suscettibile di incidere in modo tempestivo ed efficace sulla situazione in atto. Ora, all'articolo 3 del disegno di legge è previsto che i prelievi del materiale biologico, ai fini

dell'anti-*doping*, vengano analizzati dai laboratori provinciali di igiene e profilassi, o da altri laboratori all'uopo autorizzati dal ministro della sanità. Non è previsto un limite di tempo entro il quale tali laboratori debbano portare a termine le analisi e trasmettere le conclusioni. È invece stabilita una possibilità di appello per gli atleti qualora le analisi diano risultati positivi, e viene disposta l'effettuazione di analisi di revisione presso l'Istituto superiore di sanità.

È chiaro che il periodo di tempo richiesto per definire la eventuale responsabilità personale (dell'atleta, dei dirigenti o degli organizzatori) è estremamente lungo, e non consente di colpire con la necessaria tempestività coloro che contravvengono alle disposizioni relative al divieto di utilizzare sostanze stimolanti nocive alla salute. È possibile, quindi, che un atleta continui ad esercitare la sua attività sportiva malgrado risulti successivamente responsabile di *doping*, senza che si provveda, con la necessaria immediatezza, alla sua esclusione dall'attività agonistica. Questa mancanza di tempestività non contribuisce certo ad attenuare i dubbi che sorgono in relazione all'efficacia del provvedimento: tale aspetto, pertanto, dovrà essere attentamente esaminato. Non è giusto, infatti, che un calciatore, o un ciclista, o altri atleti possano ricorrere tranquillamente al *doping* per vincere delle competizioni, e soltanto a distanza di mesi essere riconosciuti colpevoli e quindi multati, senza prevedere neppure l'annullamento dei risultati che sono stati ottenuti mediante una forzatura delle loro capacità energetiche.

SORGI. Le sanzioni di carattere sportivo spettano alle autorità sportive. Il provvedimento non esclude queste sanzioni.

ALBONI. Ma dovrebbe prevederle esplicitamente !

PRESIDENTE. Faccio rilevare che l'articolo 4 del disegno di legge si riferisce appunto a questa eventualità. In questo articolo vengono indicate le sanzioni che colpiscono i trasgressori delle norme in parola, « indipendentemente — è detto testualmente — dalle sanzioni di carattere sportivo ».

ALBONI. Io dicevo che, nelle more del procedimento previsto per i controlli, un atleta colpevole di *doping* può continuare ad esercitare, senza alcuna remora, la sua attività sportiva. Nelle corse ciclistiche a tappe, invece, come è ben noto, è prevista, al termine

di ogni tappa, l'effettuazione di prelievi di campioni biologici. Tali prelievi sono immediatamente sottoposti ad analisi e, nel caso diano risultati positivi, l'atleta riconosciuto colpevole viene immediatamente escluso dalla corsa.

Con il meccanismo stabilito dal provvedimento in esame, al contrario, la possibilità di una tempestiva sanzione è esclusa, poiché le risultanze delle analisi potranno essere conosciute solo a distanza di tempo. Nel frattempo, l'atleta incriminato può continuare a gareggiare; inoltre può accadere che un organizzatore o un dirigente abbia interesse a costringere, per ragioni speculative, un atleta a ricorrere al *doping*, per acquisire una vittoria di prestigio: e non importa se, a distanza di tempo, dovrà sottostare ad una multa.

Ripeto, pertanto, che questa parte della normativa in esame non offre alcuna garanzia e deve essere quindi rivista, se si vuol giungere alla definizione di un provvedimento incisivo ed efficace.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali del progetto.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero innanzitutto esprimere un vivo ringraziamento all'onorevole De Maria per la sua esauriente relazione. Passo quindi ad esporre alcune brevi considerazioni sul provvedimento al nostro esame.

La legge 28 dicembre 1950, n. 1055, mise in risalto l'interesse che, sul piano sanitario, lo Stato portava alle attività di carattere sportivo, il cui controllo veniva affidato alla Federazione nazionale dei medici sportivi. Ma, e per il fatto che lo Stato non era impegnato con un contributo finanziario, e per il fatto che la federazione non aveva personalità giuridica, il complesso di norme contenute nella legge n. 1055 è rimasto pressoché privo di ogni efficacia. D'altra parte, la legge presentava anche talune deficienze, che occorreva superare: così dicasi, ad esempio, del termine generico di quindici anni di età fissato per l'inizio di tutte le attività sportive; non era previsto, inoltre, l'intervento in caso di *doping*, e così via.

Qual è, dunque, il fine primario che si propone la nuova normativa? Innanzitutto di regolamentare meglio tutta la materia, affidando al CONI (di cui la Federazione medico-sportiva è una filiazione) la responsabilità in questo settore. E, in effetti, sembra giusto affidare tale responsabilità al massimo organi-

simo nazionale per lo sport, ente autonomo e dotato di personalità giuridica. Il provvedimento prevede, inoltre, l'organizzazione dei centri provinciali di medicina dello sport e pone le condizioni perché sia riservata allo aspetto sanitario una maggiore attenzione; indica le modalità per l'elaborazione dei regolamenti attinenti le singole discipline sportive. L'opportunità di provvedere a regolamentazioni distinte per le diverse attività sportive discende anche dal fatto che i limiti minimi di età per l'esercizio di tali attività non sono uniformi: la disciplina del nuoto, ad esempio, si può cominciare a praticare ad una età (dieci-undici anni) che è ben inferiore a quella precedentemente stabilita in via generale.

Questo, dicevo, è il fine primario che si propone il provvedimento.

Un altro fine è quello di creare sul piano del controllo sanitario un personale specializzato e, quindi, medici e massaggiatori sportivi dotati di una specifica qualificazione professionale: ciò mediante l'organizzazione di corsi da parte del CONI e della Federazione nazionale medico-sportiva.

Sono state fatte alcune eccezioni e si sono sottolineate alcune contraddizioni: innanzi tutto quella della definizione delle sostanze che possono risultare nocive all'organismo degli atleti. È stato ritenuto che nella legge non si dovesse inserire l'elenco delle sostanze tossiche. Il CONI, infatti, ha fatto presente che le sostanze, sia per il progresso scientifico, sia per la produzione, si rinnovano continuamente ed allora andare ad elencare nella legge il complesso delle sostanze, avrebbe significato che continuamente avremmo dovuto introdurre, con legge, le modifiche a tale elenco, quando invece, con un decreto a parte, si può più agevolmente e tempestivamente intervenire, a mano a mano che si individuano nuove sostanze.

Per quanto concerne le sanzioni, ci sono sanzioni sportive che vengono emesse dalle autorità sportive, ed altre sanzioni che debbono provenire da un accertamento di natura diversa. Ecco perché si vuol dare la caratteristica di pubblico ufficiale a tutto il personale incaricato di compiere certi prelievi: perché al momento in cui interviene la contestazione, proprio per l'addebito, in sede giudiziaria, dell'illecito, colui che ha compiuto l'accertamento e quindi ha fatto il prelievo, deve essere coperto da questa particolare tutela che gli deriva dal rivestire la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria.

Poiché si è fatto rilevare che questo incarico potrebbe essere dato anche a persone non

selezionate, con il foglio penale macchiato, a questo punto la Commissione igiene e sanità del Senato ha votato un ordine del giorno perché il Governo, nell'approntare il regolamento previsto dalla legge, prescriva, d'accordo con il CONI, quali debbono essere le categorie di persone che possono essere incaricate di questa operazione.

ALBONI. Non si stabilisce un termine entro cui i laboratori debbono poter dare le risultanze.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. La risposta sarà data subito; per cui, in effetti, a distanza di poche ore o, al massimo, di ventiquattro ore, abbiamo le sanzioni anche sul piano tecnico. Mercks, per esempio, due anni fa è stato escluso dalla continuazione del giro d'Italia il giorno successivo.

ALBONI. Ma l'esame *antidoping* fu fatto dallo speciale laboratorio mobile de *La Gazzetta dello Sport*, la cui attività era prevista dalle norme regolamentari relative all'organizzazione del giro d'Italia.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il contributo, che la legge prevede in 50 milioni, è un contributo soltanto per la organizzazione di questi centri, perché il CONI ha già dichiarato di poter sostenere la massima parte dell'onere per l'organizzazione di questi interventi.

Chiedo alla Commissione di arrivare quanto prima possibile all'approvazione della legge, tanto attesa dal mondo sportivo, alla quale tutte le federazioni hanno dato il loro assenso. E che lo sport abbia bisogno di questa regolamentazione e che sia urgente provvedere, è fuori discussione.

DE MARIA, *Relatore*. Il sottosegretario La Penna ha sottolineato l'incongruenza di introdurre nella legge l'elenco delle sostanze tossiche, perché la ricerca farmacologica scopre continuamente nuove sostanze. Vorrei aggiungere che queste sostanze vengono aggiornate ogni mese e quindi non sarebbe possibile provvedere se tale elenco fosse contenuto nella legge. Spesso, poi, non si tratta di qualità ma di quantità. Ogni farmaco è un veleno; qualunque sostanza può presentare caratteri tossici. Siamo in un settore in cui le sostanze, a seconda della dose e della sensibilità individuale, possono avere o meno azione tossica. Quindi non si è ritenuto di fissare nella legge qualità e quantità di tali sostanze.

L'onorevole Venturoli ha detto che questo disegno di legge risente della vecchia tendenza a legiferare tenendo conto di uno Stato che fa tutto, anziché della nuova linea nella quale bisogna muoversi che è quella della struttura regionale. Desidero affermare che quando realizzeremo la riforma sanitaria e daremo i relativi poteri alla regione e agli altri enti che andremo a creare, allora si terrà anche conto di questi aspetti della tutela sanitaria delle attività sportive.

Probabilmente, per quel che ne so, il progetto di riforma stabilirà il passaggio dei medici provinciali alle dipendenze delle regioni. In quel momento, anche questo provvedimento verrà automaticamente a subire una modificazione. Vorrei ricordare che, quando a suo tempo si provvide all'istituzione del Ministero della sanità, furono trasferiti al medico provinciale compiti ed attribuzioni che prima appartenevano al prefetto. Allo stesso modo, nel completare l'attuazione della riforma regionale, trasferiremo alle regioni diversi poteri che attualmente competono allo Stato.

Nell'effettuare detto trasferimento, verranno automaticamente soddisfatte anche quelle esigenze che sono state avanzate in ordine al decentramento dei compiti indicati nel presente provvedimento. Non è necessario, quindi, prevedere esplicitamente, nel disegno di legge, le modalità secondo le quali dovrebbe verificarsi tale evoluzione: anche perché si correrebbe il rischio di porre gravi preclusioni in ordine alla attuazione della riforma sanitaria. Meglio, dunque, elaborare un provvedimento che si ispiri al vecchio criterio centralistico, e che in futuro verrà conseguentemente modificato, piuttosto che ipotizzare il futuro, scegliendo delle soluzioni che magari non si troveranno in armonia con le decisioni che saranno prese sul piano generale. Abbiamo tutti presenti gli inconvenienti che sono derivati dal fatto di aver attuato la riforma ospedaliera prima di quella sanitaria: oggi, infatti, ci troviamo nella dolorosa necessità di modificare la legge ospedaliera, pure approvata di recente, per adeguarla ai concetti ispiratori della riforma sanitaria. Pertanto, io sarei dell'avviso di conservare l'attuale stesura del provvedimento, in ordine a questo aspetto, salvo poi modificarla in futuro quando le regioni saranno entrate nel pieno esercizio dei poteri ad esse spettanti.

A proposito dei laboratori autorizzati a compiere l'analisi dei campioni biologici degli atleti, ai fini della determinazione della presenza o meno di sostanze proibite, debbo ricordare al collega Venturoli che occorre la-

sciare in materia una certa discrezionalità al ministro della sanità. Infatti per effettuare le analisi in questione, occorrono laboratori molto attrezzati, non sempre facili da reperire. È vero che il corridore Mercks fu squalificato dopo una tempestiva analisi dei campioni biologici, effettuata nel laboratorio viaggiante al seguito della corsa cui partecipava, ma è evidente che tale laboratorio disponeva di tutte le attrezzature necessarie per condurre le analisi. Pertanto, in una materia come questa, non si può che rimettere al ministero la scelta dei laboratori (a parte quelli provinciali di igiene e profilassi) ritenuti idonei per l'espletamento dei compiti indicati.

Un ultimo punto riguarda la tempestività delle sanzioni. Non posso che ribadire il concetto per cui è necessario distinguere tra le sanzioni sportive, che spettano agli organi sportivi, e le sanzioni penali, che hanno altra natura e debbono seguire una determinata procedura.

L'onorevole Venturoli, mi sembra, ha riconosciuto il carattere di urgenza di questo provvedimento, pur insistendo sulla necessità di apportarvi delle modifiche. Io non posso che ribadire l'opportunità di procedere con sollecitudine a definire l'esame del disegno di legge, che è indubbiamente molto atteso negli ambienti medico-sportivi (come testimoniano le numerose sollecitazioni pervenutemi in questi giorni).

A questo punto, se i colleghi del gruppo comunista ritengono di dover presentare un certo numero di emendamenti, penso che sia inevitabile procedere alla costituzione di un Comitato ristretto e rinviare, nel frattempo, l'ulteriore esame del provvedimento. Se, invece, si ritiene di poter discutere in questa sede le varie disposizioni e le modifiche proposte, sono senz'altro pronto a proseguire nella discussione.

VENTUROLI. Il nostro gruppo condivide la proposta di costituire un Comitato ristretto.

PRESIDENTE. Poiché è stata preannunciata la presentazione di numerosi emendamenti appare opportuna, per facilitare il compito della Commissione, la costituzione di un Comitato ristretto per la formulazione degli articoli.

Pongo in votazione questa proposta.

(È approvata).

Comunico che ho chiamato a far parte del Comitato ristretto, oltre al relatore, onorevole

V LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 6 MAGGIO 1971

De Maria, i deputati Alboni, Ferruccio De Lorenzo, Ferrari, Foschi e Venturoli.

Il seguito della discussione è pertanto rinviato ad altra seduta.

Seguito della discussione della proposta di legge Foschi: Provvedimenti a favore del personale sanitario profugo e rimpatriato dalla Libia (2842).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Foschi: « Provvedimenti a favore del personale sanitario profugo e rimpatriato dalla Libia ».

Come i colleghi ricordano, nella seduta del 28 aprile scorso l'onorevole Foschi aveva svolto la relazione. Il seguito della discussione era stato poi rinviato ad altra seduta.

Dichiaro pertanto aperta la discussione sulle linee generali del progetto. Nessuno chiedendo di parlare, la dichiaro chiusa.

FOSCHI, *Relatore*. Non ho niente da aggiungere a quanto dissi nella precedente seduta. Il rinvio, infatti, era stato determinato da una richiesta del ministro Mariotti, il quale per altro già nel corso della settimana passata mi aveva dato assicurazione che entro pochi giorni avrebbe sciolto le sue riserve ed espresso parere favorevole all'approvazione del provvedimento.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo, infatti, esprime parere favorevole, riservandosi però di presentare due emendamenti all'articolo unico del disegno di legge.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo unico. Ne do lettura:

ARTICOLO UNICO.

Il Ministro della sanità, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge inserisce, a domanda, i sanitari che abbiano prestato servizio per almeno tre anni negli ospedali della cessata amministrazione italiana in Libia, nell'elenco degli idonei, a seconda delle rispettive qualifiche ricoperte, come dal decreto di equipollenza rilasciato a norma della legge 20 luglio 1960, n. 735.

Il personale sanitario di ruolo negli ospedali della cessata amministrazione italiana in Libia è assorbito anche in deroga alla legge 19 ottobre 1970, n. 744, negli organici degli

ospedali, a domanda degli interessati e nei limiti di disponibilità degli organici con la stessa qualifica degli ospedali di provenienza e con l'anzianità giuridica ed economica acquisita.

Al fine del conferimento dei posti si applicano le procedure indicate nei commi secondo, terzo, quarto e quinto dell'articolo 4-ter della legge 19 ottobre 1970, n. 744.

Ai concorsi di sanitario ospedaliero i connazionali rimpatriati dalla Libia possono partecipare anche in deroga alle disposizioni vigenti sui limiti di età per l'assunzione in servizio, sempre che non abbiano superato i limiti di età per il collocamento a riposo al momento dell'assunzione in servizio. Lo stesso criterio vale per la partecipazione ai concorsi a posti di esercenti professioni o arti sanitarie dipendenti dagli enti locali, dagli enti a carattere nazionale, che svolgono esclusivamente o prevalentemente compiti di assistenza sanitaria, dagli enti mutualistici e previdenziali.

Nei concorsi di assunzione presso enti ospedalieri o presso gli enti di cui al precedente comma, la qualità di connazionale rimpatriato dalla Libia ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 28 agosto 1970, n. 622, convertito nella legge 19 ottobre 1970, n. 744, dà diritto ad una maggiorazione del 40 per cento nella valutazione dei titoli di carriera computati a norma del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130.

Ai fini della valutazione, tra i titoli accademici e di studio, dell'idoneità, al personale sanitario ospedaliero di cui al precedente comma, è attribuito un punteggio fisso di 5 punti; resta salva la possibilità di ottenere una maggiore valutazione, ai sensi dell'articolo 87 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, per coloro che abbiano conseguito un punteggio più elevato partecipando al relativo esame di idoneità.

Il Governo ha presentato il seguente emendamento:

Sostituire il terzo comma con i seguenti:

« A tal fine le amministrazioni ospedaliere, entro sessanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, debbono inviare al Ministero della sanità l'elenco dei posti di sanitario vacanti negli organici degli ospedali da esse dipendenti e per i quali non è stato ancora bandito il concorso pubblico di assunzione.

« Tali elenchi saranno pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* entro sessanta giorni dalla

scadenza dei termini indicati nel comma precedente.

« Gli interessati dovranno presentare domanda di assegnazione del posto all'amministrazione ospedaliera entro sessanta giorni dalla pubblicazione degli elenchi nella *Gazzetta Ufficiale*.

« Trascorso detto termine, ove non siano state presentate domande o queste non possano essere accolte, l'amministrazione ospedaliera bandirà il regolare concorso ».

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Con questo emendamento si intende stabilire una procedura assai più spedita di quella attualmente vigente. Si cerca così di venire incontro alle esigenze del personale sanitario proveniente dalla Libia, rendendone possibile un sollecito inserimento nella struttura ospedaliera nazionale.

FOSCHI, *Relatore*. Sono sostanzialmente favorevole all'emendamento governativo. Faccio però osservare che i termini ivi previsti mi sembrano eccessivamente ampi: si arriva, infatti, complessivamente, a 180 giorni, il che non contribuisce certo a facilitare l'accesso dei nostri connazionali provenienti dalla Libia nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera, tenuto anche presente che è in corso lo espletamento dei concorsi. Ritengo, quindi, che si potrebbe accettare il testo proposto dal Governo, modificando soltanto i termini previsti rispettivamente per l'invio al ministero degli elenchi dei posti vacanti negli ospedali, la pubblicazione di detti elenchi nella *Gazzetta Ufficiale* e la presentazione delle domande di assunzione. Anziché fissare tre termini successivi di sessanta giorni ciascuno, si potrebbero fissare tre termini di trenta giorni. Il periodo di tempo che dovrà intercorrere tra la pubblicazione della legge e la scadenza del termine di presentazione delle domande, verrebbe così ridotto complessivamente da 180 a 90 giorni. La mia proposta si giustifica anche con la constatazione che i margini di tempo previsti nel testo governativo sono molto più ampi di quanto non sia richiesto per l'effettuazione delle relative incombenze: ad esempio la pubblicazione degli elenchi nella *Gazzetta Ufficiale* non richiede certo sessanta giorni.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo riteneva di proporre termini prudenziali, affinché l'applicazione del provvedimento non avesse a creare difficoltà di alcun genere; comunque, si rimette alla Commissione su questo punto.

PRESIDENTE. L'onorevole Foschi, quindi, propone il seguente *sub-emendamento* all'emendamento governativo:

Al primo, al secondo e al terzo comma dell'emendamento del Governo, sostituire le parole: « entro sessanta giorni », con le altre: « entro trenta giorni ».

Pongo in votazione il *sub-emendamento* Foschi, sul quale il Governo ha dichiarato di rimettersi alla Commissione.

(È approvato).

Pongo ora in votazione l'emendamento del Governo, sostitutivo del terzo comma della proposta di legge, quale risulta modificato dal *sub-emendamento* testé approvato.

(È approvato).

Il Governo ha presentato il seguente altro emendamento all'articolo unico della proposta di legge: *sopprimere il quarto comma*.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Questo emendamento vuole sopprimere la deroga ai limiti di età per le assunzioni, prevista dal quarto comma dell'articolo unico della proposta di legge. Tale deroga sembra infatti tale da allargare troppo i termini di applicazione del provvedimento, considerato anche che il termine di 55, 45 e 35 anni, rispettivamente per primario, aiuto ed assistente è stato già elevato di 5 anni per tutte e tre le qualifiche con legge 18 ottobre 1970, n. 744 e che per i sanitari dipendenti da altre amministrazioni è stato fissato l'elevato limite di 55 anni.

FOSCHI, *Relatore*. Sono contrario a questo emendamento, perché la particolare situazione del personale sanitario interessato consiglia di non applicare, nel caso presente, le norme relative ai limiti di età per l'assunzione in servizio.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Anche io sono contraria alla fissazione di limiti di età e quindi alla soppressione del quarto comma.

LA PENNA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo si rimette alla Commissione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il mantenimento del quarto comma dell'articolo unico della proposta Foschi di cui il Governo ha proposto la soppressione.

(È approvato).

A seguito delle modifiche approvate, l'articolo unico risulta così formulato:

ARTICOLO UNICO.

Il Ministro della sanità, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge inserisce, a domanda, i sanitari che abbiano prestato servizio per almeno tre anni negli ospedali della cessata amministrazione italiana in Libia, nell'elenco degli idonei, a seconda delle rispettive qualifiche ricoperte, come dal decreto di equipollenza rilasciato a norma della legge 20 luglio 1960, n. 735.

Il personale sanitario di ruolo negli ospedali della cessata amministrazione italiana in Libia è assorbito, anche in deroga alla legge 19 ottobre 1970, n. 744, negli organici degli ospedali, a domanda degli interessati e nei limiti di disponibilità degli organici con la stessa qualifica degli ospedali di provenienza e con l'anzianità giuridica ed economica acquisita.

A tal fine le amministrazioni ospedaliere entro trenta giorni dalla pubblicazione della presente legge debbono inviare al Ministero della sanità l'elenco dei posti di sanitario vacanti negli organici degli ospedali da essi dipendenti e per i quali non è stato ancora bandito il concorso pubblico di assunzione.

Tali elenchi saranno pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* entro trenta giorni dalla scadenza del termine indicato dal comma precedente.

Gli interessati dovranno presentare domanda di assegnazione del posto all'amministrazione ospedaliera entro trenta giorni dalla data di pubblicazione degli elenchi nella *Gazzetta Ufficiale*.

Trascorso detto termine, ove non siano state presentate domande o queste non possano essere accolte, l'amministrazione ospedaliera bandirà il regolare concorso.

Ai concorsi di sanitario ospedaliero i connazionali rimpatriati dalla Libia possono partecipare anche in deroga alle disposizioni vigenti sui limiti di età per l'assunzione in servizio, sempre che non abbiano superato i limiti di età per il collocamento a riposo al momento dell'assunzione in servizio. Lo stesso criterio vale per la partecipazione ai concorsi a posti di esercenti professioni o arti sanitarie dipendenti dagli enti locali, dagli enti a carattere nazionale, che svolgono esclusivamente o prevalentemente compiti di assistenza sanitaria, dagli enti mutualistici e previdenziali.

Nei concorsi di assunzione presso enti ospedalieri o presso gli enti di cui al precedente comma, la qualità di connazionale rimpatriato dalla Libia ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 28 agosto 1970, n. 622, convertito nella legge 19 ottobre 1970, n. 744, dà diritto ad una maggiorazione del 40 per cento nella valutazione dei titoli di carriera computati a norma del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130.

Ai fini della valutazione, tra i titoli accademici e di studio, dell'idoneità, al personale sanitario ospedaliero di cui al precedente comma, è attribuito un punteggio fisso di 5 punti; resta salva la possibilità di ottenere una maggiore valutazione, ai sensi dell'articolo 87 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, per coloro che abbiano conseguito un punteggio più elevato partecipando al relativo esame di idoneità.

Trattandosi di articolo unico, il disegno di legge sarà votato direttamente a scrutinio segreto al termine della seduta.

**Discussione della proposta di legge Foschi:
Disposizioni particolari a favore degli
aiuti dirigenti di servizi ospedalieri di
diagnosi e cura (1734).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Foschi: « Disposizioni particolari a favore degli aiuti dirigenti di servizi ospedalieri di diagnosi e cura ».

Prego l'onorevole Foschi di sostituirsi al relatore, che mi ha comunicato di non poter intervenire alla seduta odierna.

FOSCHI. L'iter di questa proposta di legge è stato estremamente complesso anche perché era necessario acquisire il parere della Commissione bilancio che inizialmente, in sede di Comitato pareri, si era espressa sfavorevolmente e solo successivamente, a seguito della richiesta di esame da parte della Commissione plenaria, esame svoltosi dopo ulteriori contatti e approfondimenti sia con il Ministero della sanità, sia con il Ministero del tesoro e la Presidenza del consiglio, ha espresso parere favorevole sul testo elaborato unanimemente dal Comitato ristretto.

Ricordo che inizialmente erano sorte anche delle perplessità nell'ambito stesso della nostra Commissione, perplessità successivamente superate; nel frattempo è diventato sempre più urgente addivenire ad una definizione del problema.

L'urgenza è determinata dal fatto che nel frattempo sono stati approvati i nuovi organici ospedalieri, sono stati banditi alcuni concorsi; pertanto questa legge rischierebbe di diventare inutile se venisse approvata dopo che fossero state largamente compromesse le varie situazioni.

Desidero sottolineare che nel frattempo ci sono stati alcuni ricorsi al Consiglio di Stato per le situazioni obiettive che si sono create nell'ambito delle amministrazioni ospedaliere; detti ricorsi hanno dato perfettamente ragione ai ricorrenti.

Nel contempo alcune amministrazioni ospedaliere hanno deliberato direttamente la trasformazione dei ruoli degli aiuti dirigenti in ruoli di primariato attribuendone automaticamente la relativa qualifica. I medici provinciali hanno tenuto in proposito degli orientamenti contraddittori e contrastanti: infatti alcuni medici provinciali hanno approvato queste delibere, (mi risulta che quattro di queste delibere recentemente sono state approvate a Ravenna, altre sono state approvate in alcune regioni del sud); mentre altre delibere giacciono presso uffici dei medici provinciali i quali sono incerti sulla opportunità o meno di procedere. Desidero inoltre precisare che ho una esauriente documentazione in proposito che conferma la validità dell'iniziativa e la sua legittimità.

Ritengo che in definitiva si tratti di sanare una situazione che si era creata e che la legge di riforma ospedaliera prima e le norme delegate successivamente non avevano tenuto presente; e che per altro è una situazione che dal punto di vista giuridico non può risolversi nel modo in cui abbiamo accennato.

Per tutte le ragioni esposte invito gli onorevoli colleghi ad esprimere il loro parere favorevole sul provvedimento al nostro esame.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

DE MARIA. Condivido le considerazioni espresse dall'onorevole Foschi sulla necessità di varare al più presto una legge che contenga delle precise norme per tutti questi casi che la legge di riforma ospedaliera e i decreti delegati non avevano considerato, e che pure avevano diritto ad essere sistemati.

A mio avviso penso che sarebbe indispensabile porre un termine per la validità della legge stessa.

FOSCHI. Faccio presente che il termine è già contemplato in tutti e tre gli articoli, in quanto si riferiscono solo alle situazioni che

si sono verificate al momento dell'entrata in vigore della legge al momento della emanazione del decreto delegato n. 128.

LA PENNA, Sottosegretario di Stato per la sanità. È un termine molto preciso; infatti sono situazioni che si sono create con delibere legittimamente approvate, in base alle quali si poteva attribuire la qualifica di aiuto dirigente, mentre successivamente questa qualifica non si è potuta più attribuire. Quindi, si tratta di casi molto precisi sui quali ci si deve ovviamente pronunciare.

Giustamente, quindi, l'onorevole Foschi, sostiene trattarsi di una sanatoria.

DE MARIA. È una sanatoria di una situazione già creatasi, ma chiedo un limite nel tempo per adottare il provvedimento di sanatoria; un limite entro cui le amministrazioni ospedaliere debbono provvedere.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Il testo predisposto dal Comitato ristretto conforta tutte le aspettative di vera legittimità della situazione e credo che dia un premio, finalmente, a chi si è comportato bene. Chiedo che questo provvedimento venga varato rapidamente.

ALBONI. Il testo elaborato dal Comitato ristretto e proposto alla Commissione ha ottenuto l'unanimità. Noi siamo perfettamente consenzienti col testo. Raccomandiamo soltanto che il Governo sciolga le sue riserve rapidamente.

DE LORENZO FERRUCCIO. Se le tabelle organiche saranno approvate, mettere un limite significherebbe danneggiare qualcuno.

FOSCHI. Questa mattina sono pervenute ulteriori sollecitazioni da parte del segretario generale dell'ANAAO, che ritiene che questo provvedimento sia indispensabile anche per dare risposta a taluni momenti di tensione che la classe medica sta attraversando.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, il seguito della discussione della proposta di legge è rinviato ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

Votazione segreta.

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

(Segue la votazione).

V LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 6 MAGGIO 1971

Comunico il risultato della votazione:

Proposta di legge FOSCHI: « Provvedimenti a favore del personale sanitario profugo e rimpatriato dalla Libia » (2842):

Presenti e votanti	24
Maggioranza	13
Voti favorevoli	24
Voti contrari	0

(La Commissione approva).

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Allera, Armani, Barberi, Biagini, Bosco, Cattaneo Petrini Giannina, Cucchi, De Lorenzo Ferruccio, De Maria, Di Mauro,

Ferrari, Foschi, Graziosi, Magliano, Mascolo, Mazza, Monasterio, Morelli, Senese, Sisto, Sorgi, Venturoli e Zanti Tondi Carmen.

La seduta termina alle 12,20.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. GIORGIO SPADOLINI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO