

# SENATO DELLA REPUBBLICA

V LEGISLATURA

## 11<sup>a</sup> COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

GIOVEDÌ 21 GENNAIO 1971

(23<sup>a</sup> seduta in sede deliberante)

Presidenza del Presidente CAROLI

### INDICE

#### DISEGNI DI LEGGE

##### Discussione e approvazione con modificazioni:

« Soppressione dei compensi fissi per i ricoveri ospedalieri di cui all'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e della Cassa nazionale di conguaglio di cui al decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito in legge 17 gennaio 1968, n. 4 »  
**(1454)** (D'iniziativa dei deputati De Maria ed altri) (Approvato dalla Camera dei deputati):

PRESIDENTE, f.f. relatore . . . . .	Pag. 208, 216, 217
ARGIROFFI . . . . .	216
BARRA . . . . .	214
DE LEONI . . . . .	214
DEL NERO . . . . .	212, 213, 214, 215, 216
FERRONI . . . . .	213
LA PENNA, sottosegretario di Stato per la sanità . . . . .	209, 211, 213, 217

ORLANDI . . . . .	Pag. 210, 215, 216, 217
PICARDO . . . . .	212, 213

La seduta ha inizio alle ore 12,30.

Sono presenti i senatori: Albanese, Argiroffi, Barra, Caroli, Colella, De Falco, De Leoni, Del Nero, Ferroni, Guanti, Minella Molinari Angiola, Orlandi, Ossicini, Picardo e Renda.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma, del Regolamento, i senatori Rosa e Zelioli Lanzini sono sostituiti, rispettivamente, dai senatori Bartolomei e Mazzoli.

Interviene il sottosegretario di Stato per la sanità La Penna.

COLELLA, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

**Discussione e approvazione, con modificazioni, del disegno di legge:**

« **Soppressione dei compensi fissi per i ricoveri ospedalieri di cui all'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e della Cassa nazionale di conguaglio di cui al decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito in legge 17 gennaio 1968, n. 4** » (1454), *d'iniziativa dei deputati De Maria ed altri (Approvato dalla Camera dei deputati)*

P R E S I D E N T E , *f.f. relatore*. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge d'iniziativa dei deputati De Maria, Foschi, Colombo Vittorino, Carra, Mengozzi, Bertè, Rausa, Giordano, Senese, Boffardi Ines, Bodrato, Scotti, Girardin, Bartole, Bosco, Balasso, Sisto, Sorgi, Barberi, Andreoni, Cattaneo Petrimi Giannina, Calvi, Zamberletti, Fabbri, Mattarelli e Tantalò: « Soppressione dei compensi fissi per i ricoveri ospedalieri di cui all'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e della Cassa nazionale di conguaglio di cui al decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito in legge 17 gennaio 1968, n. 4 », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale.

Il relatore, senatore Perrino, oggi assente per motivi di salute, si è premurato di inviare alla Presidenza il testo scritto della sua relazione, di cui do lettura:

Le quote capitarie o compensi fissi, previsti dall'articolo 82 del regio decreto n. 1631 del 1938 costituiscono, come noto, quel tipo particolare di remunerazione che gli istituti mutualistici corrispondono ai medici ospedalieri attraverso il riconoscimento di un importo fisso per ogni assistito ricoverato; l'introduzione delle quote capitarie fu giustificata a suo tempo in base al « maggior lavoro » che comportava per i medici ospedalieri — che godevano a quel tempo di stipendi irrisori — la dilatazione dell'attività assistenziale delle Mutue. Sui compensi fissi, più volte aumentati nel loro importo con successivi decreti interministeriali, le Amministrazioni avevano ed hanno ancor oggi sol-

tanto il compito di provvedere alla loro distribuzione tra i medici che per lo più avviene con il criterio del 4-2-1, cioè 4 quote al primario, 2 all'aiuto, 1 all'assistente.

La legge di riforma ospedaliera 12 febbraio 1968, n. 132, non fa alcun cenno a questo tipo di remunerazione e non a caso, perchè sulle sue incongruità si sono levate nel corso degli ultimi anni ampie proteste da parte delle categorie interessate, delle Amministrazioni ed anche dagli stessi cultori di politica sanitaria. I compensi fissi si fondano infatti sul principio di stimolare il medico ospedaliero ad una dimissione precoce del malato per contenere la durata e quindi l'onere della degenza, evidentemente sempre superiore all'importo che le Mutue sostengono attraverso gli stessi compensi fissi.

In effetti, questo tipo di remunerazione determina un arricchimento delle specialità le cui prestazioni sono routinarie o di minore impegno e mortifica le cosiddette altre specialità.

Inoltre più che influire sul contenimento della durata delle degenze essa porta ad una sorta di difesa degli organici esistenti, al fine di distribuire maggiori quote ad un più ristretto numero di medici, con evidenti riflessi negativi sulla presenza del medico al letto del malato o sui tempi di diagnosi nel caso dei servizi di laboratorio e di radiologia.

Tale forma di retribuzione comporta altresì assurdi collegamenti tra medici ospedalieri e medici esterni per determinare più consistenti correnti di malati nei confronti di talune divisioni o ospedali, nonchè persino la contesa della destinazione del malato all'interno dell'ospedale.

Le organizzazioni sindacali dei medici ospedalieri (ANPO, ANAAO, ANDO) e la Federazione che rappresenta gli Enti ospedalieri (FIARO) — cui la legge riconosce la competenza a definire attraverso trattative il trattamento economico del personale medico ospedaliero — hanno concordato nel 1969 di elaborare un accordo che superasse la forma di retribuzione dei compensi fissi per giungere ad un trattamento omnicomprensivo ed uniforme su tutto il territorio nazionale.

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

23ª SEDUTA (21 gennaio 1971)

In relazione a tale obiettivo è stato convenuto e sottoscritto dalle parti in data 2 aprile 1970 l'esplicita rinuncia ai compensi fissi, ma tale dichiarazione di volontà risulta essere priva di effetti se non accompagnata da un atto della stessa forza della fonte giuridica istitutiva dei compensi fissi per cui si è giunti all'odierna proposta di legge — appoggiata dal Governo — al fine di rendere operante il citato accordo FIARO-Sindacati del 2 aprile 1970 recentemente convalidato in sede interministeriale con il protocollo aggiuntivo del 28 ottobre 1970.

Il disegno di legge prevede di conseguenza l'abolizione della Cassa nazionale di conguaglio istituito con decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, per autofinanziare, attraverso l'assorbimento del 29 per cento dei compensi fissi e — mi sia consentito dirlo — con una particolare e farragginosa forma di redistribuzione agli ospedali, il 42 per cento del miglioramento dei precedenti stipendi dei medici ospedalieri (circolare n. 184 del 1966 del Ministero della sanità).

Sotto questo aspetto si può dire che l'iter per il superamento dei compensi fissi, iniziatosi appunto con la citata circolare n. 184 della Sanità ad opera del Governo, delle organizzazioni sindacali e della FIARO, trova nell'accordo 2 aprile 1970 e soprattutto in questo disegno di legge il suo completamento, chiudendo un capitolo della storia ospedaliera non più consona con gli istituti della riforma che mirano ad un maggior legame del medico all'ospedale anche attraverso più equi meccanismi retributivi.

Pertanto, nell'esprimere parere favorevole all'approvazione del disegno di legge in questione, parrebbe opportuno che in sede ministeriale sia chiarita l'autentica portata dell'articolo 3 — come peraltro già richiesto recentemente dalla Federazione degli ospedali (FIARO) — e cioè che i compensi fissi introitati dalle Amministrazioni ospedaliere per il 1970 debbano essere computati nelle entrate effettive di bilancio dei singoli ospedali nel ricalcolo delle rette 1970 previsto dal decreto-legge n. 745 del 1970.

Comunico alla Commissione che il Governo ha intenzione di presentare taluni emendamenti che il sottosegretario La Penna in-

tende illustrare; per tali motivi gli do la parola.

LA PENNA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, onorevoli senatori; già il ministro Mariotti aveva illustrato il presente provvedimento e, pur esprimendo parere negativo, aveva messo in risalto le ragioni per cui il Ministero della pubblica istruzione aveva presentato un emendamento. Il disegno di legge concerne, in primo luogo, i medici ospedalieri in servizio negli ospedali e presso le università (che dipendono, quindi, dalla Pubblica istruzione) e che operano quindi nelle cliniche e nei policlinici universitari. Vorrei pertanto fare una considerazione sulla copertura del presente provvedimento, elemento importante in quanto si riflette nella nuova riforma sanitaria e quindi nel servizio sanitario nazionale quando, appunto, tutti questi oneri verranno a gravare sul fondo sanitario nazionale. Ma, nell'attuale ordinamento, è evidente che l'onere derivante dal nuovo trattamento si ripercuoterà sulle rette ospedaliere e, quindi, allo stesso modo di quanto accadrà per gli ospedali, le cliniche operanti nell'ambito delle università, come pure gli ospedali presso i quali operano medici universitari, dovranno ricorrere all'aumento delle rette. Ai fini del finanziamento non abbiamo la necessità di indicare la copertura, perchè le rette dovranno essere comprensive di tutti questi oneri e, pertanto, del nuovo trattamento economico.

Il disegno di legge, che viene dalla Camera, prevede la soppressione dei compensi fissi — all'articolo 1 — dal 1° gennaio 1971 in base all'accordo stipulato con le organizzazioni sindacali della FIARO il 2 aprile 1970; per il 1970, invece, i compensi fissi devono essere assorbiti dagli ospedali. Per tali motivi si giustifica l'articolo 2, per cui, mentre prima il compenso fisso rappresentava una partita di giro nel bilancio degli ospedali, ora diventa una entrata effettiva nel bilancio degli ospedali stessi. Per quanto riguarda l'articolo 3 si è tenuta presente la precisazione voluta dal senatore Del Nero circa il ricalcolo delle rette, in modo da rimettere in essere la procedura per cui è possibile al

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

23ª SEDUTA (21 gennaio 1971)

Governo intervenire per le rette che sono andate oltre il segno e che sono eccessive nella loro misura. L'articolo 4 concerne gli universitari e per questi i compensi fissi vengono aboliti dal 1° gennaio 1971, cosa che rende evidente la necessità di determinare il nuovo trattamento economico: La Camera non voleva decidere su questo punto rimettendo la materia ad altro provvedimento; invece il Governo ha fatto successivamente presente che, arrivati a questo punto, era opportuno decidere anche su di esso: naturalmente, ai fini della perequazione economica, non si poteva non aggiungere al trattamento goduto dagli universitari anche una integrazione la cui misura, però, non venne decisa dalla Camera, volendola lasciare alla libera contrattazione. Oggi, invece, il Ministero della pubblica istruzione presenta un emendamento per la determinazione della misura di cui trattasi, che dovrebbe portare il trattamento economico degli universitari pari al trattamento economico complessivo degli ospedalieri, tenuto conto delle varie qualifiche e anzianità.

In definitiva gli emendamenti che il Governo presenta sono questi: il primo, all'articolo 2, aggiuntivo delle parole « alle università che gestiscono propri istituti clinici » dopo le altre: « agli enti ospedalieri »; il secondo, all'articolo 4, sostitutivo dell'intero secondo comma, che recita: « A decorrere dal 1° gennaio 1971 e sino alla entrata in vigore del nuovo ordinamento universitario, ai predetti medici spetta un compenso integrativo non pensionabile e non utile ai fini previdenziali, stabilito mediante apposita convenzione tra l'ente ospedaliero e l'università interessata; detto compenso non potrà essere superiore alla differenza tra il trattamento economico di cui gli stessi medici fruiscono in base all'attuale ordinamento universitario e quello dovuto, tenendo conto delle corrispondenti prestazioni, ai sanitari dell'ente ospedaliero di pari qualifica.

L'onere relativo al compenso di cui al precedente comma grava sul bilancio dell'ente ospedaliero ».

Infine, sempre all'articolo 4, si propone il seguente comma aggiuntivo: « I consigli di amministrazione delle università che gesti-

scono propri istituti clinici, nel rispetto delle norme di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129, corrisponderanno ai medici addetti ai servizi assistenziali una integrazione al trattamento economico loro spettante, non pensionabile, e non utile ai fini previdenziali, nella misura che da essi verrà stabilita osservando i limiti di tempo e di misura indicati nel precedente secondo comma ».

**O R L A N D I.** Una pregiudiziale, prima di entrare nel merito degli emendamenti del Governo al provvedimento in discussione.

Poichè il Ministro della sanità, con sue circolari, ha richiamato l'attenzione delle amministrazioni ospedaliere abbastanza duramente, minacciando anche sanzioni, affinché le rette del 1970 non superino del 35 per cento quelle del 1969, e quelle del 1971 non superino anch'esse del 35 per cento quelle del 1970, mi chiedo dove andremo a prendere il denaro, perchè — almeno per quanto riguarda gli ospedali della città di Bologna — noi abbiamo già un onere per trattamento economico del personale di un miliardo e 50 milioni. La nuova classe di medici comporta un 50 per cento di aumento (circa 800 milioni), gli accordi e le agevolazioni per legge (ex combattenti, eccetera) altri cento milioni. Ora domando: come si può non superare quella percentuale indicata dal Ministero della sanità con le sue circolari? Noi abbiamo già appurato che per il 1970 si arriva al 48 per cento, mentre per il 1971 si arriva addirittura al 53 per cento. Con questo disegno di legge, poi, si arriva al 61 per cento: questo bisogna che il Ministero lo tenga presente. Ecco perchè ho detto che ponevo una pregiudiziale: indubbiamente le leggi sono tutte buone, però ci si deve dire quello che le amministrazioni ospedaliere debbono fare e come devono farlo, perchè — fra l'altro — non si sono percepite le rette del 1970, perchè si stanno ancora pagando quelle del 1969, quindi non ci si meravigli poi se i fornitori non vogliono più consegnarci la merce o se scoppia un altro sciopero che metterà in seria difficoltà sia gli ammalati che gli ospedali. Non ci illudiamo: nel 1971 nessuna amministrazione ospedalie-

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

23ª SEDUTA (21 gennaio 1971)

ra riuscirà a far fronte ai propri impegni in quanto gli enti mutualistici non pagano e non si può continuare a conservare un credito che si aggira sui 13 miliardi. È una considerazione sulla quale il Governo deve riflettere e dirci che cosa intende fare: tutti gli accordi che sono stati conclusi, sono stati conclusi al di fuori delle singole amministrazioni ospedaliere, però contrariamente ai principi della decorrenza degli accordi sindacali, quelli tra FIARO e sindacati ospedalieri andranno in vigore non dal momento in cui sono sottoscritti, ma addirittura retroattivamente a decorrere dal 1° gennaio 1970. Ci vogliamo rendere conto di questa situazione? Ciononostante si stabiliscono sempre nuovi accordi per ogni categoria.

LA PENNA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei tentare di dare una risposta, anche se sintetica, trovandomi naturalmente d'accordo sulla valutazione di base che è stata fatta. Spiegherò anche perchè il Governo aveva sospeso l'applicazione dell'accordo del 2 aprile, volendo intervenire per un esame della misura degli oneri che si andavano a determinare. I contratti, infatti, vengono stipulati da soggetti che non debbono sopportarne l'onere, mentre coloro che devono poi sopportarlo non sono fra quelli che contrattano. È facile, quindi, determinare aumenti quando non si debbono affrontare i relativi oneri, ma sono poi le amministrazioni ospedaliere che si trovano in gravi difficoltà, perchè debbono rispettare questi impegni assunti attraverso accordi a cui esse sono rimaste estranee!

D'altra parte, la FIARO non fa che rappresentare gli ospedali, quindi noi non possiamo non essere d'accordo su questo principio di base, cioè che devono essere le organizzazioni a carattere nazionale a disciplinare questa materia in modo da stipulare i contratti.

Perchè il Governo non ha voluto subito applicare e far applicare dagli ospedali, emanando anche circolari, il contratto del 2 aprile? Perchè lo riteneva troppo oneroso. Infatti, proprio perchè si riteneva che gli ospedali non potessero sostenere subito questo onere, si sono decise mediante il proto-

collo aggiuntivo del 28 ottobre 1970 alcune graduazioni percentuali di applicazione in modo che per una parte l'accordo gravasse sul bilancio 1970 e per un'altra parte sul bilancio 1971. La stessa cosa si è tentato di fare con l'accordo per il personale paramedico, cioè con l'accordo del 22 aprile (quello del 2 aprile riguarda i medici): pur avendo accettato tale accordo e gli oneri relativi, siccome il contratto di lavoro scadeva il 31 dicembre 1970, avremmo avuto in aggiunta agli oneri dell'accordo quelli del rinnovo del contratto: infatti già c'erano le richieste da parte di tutte le categorie. Siccome si è calcolato in 50 miliardi l'onere relativo all'accordo del 22 aprile, si è fissato un altro onere complessivo di 35 miliardi per il rinnovo del contratto che, d'altra parte, ha ottenuto anche lo scivolamento di un anno arrivando ad una validità triennale invece che biennale.

Ora, calcolato l'onere complessivo di questi accordi per il personale medico e paramedico, in effetti si è visto (almeno così si è calcolato d'accordo con la FIARO e con le altre organizzazioni sindacali) che si poteva avere un onere del 35 per cento sulla retta. Questi, comunque, sono solo dei termini statistici. Pertanto, al di là della circolare ministeriale che prevede una percentuale in derivazione di calcoli che potrebbero anche non essere fondati per determinati enti ospedalieri, vale sempre il disposto della legge che dice che bisogna ricalcolare la retta tenendo conto dei nuovi oneri. Non è che nella retta non si debbano includere tutti gli oneri relativi all'applicazione dei contratti, perchè questo è automatico: trasferendo sulla retta tutti i maggiori oneri si deve vedere qual è la percentuale di aumento; però neanche possiamo nascondere che per i primi sei mesi del 1970 e per gli ultimi sei mesi del 1969 noi abbiamo avuto una lievitazione della retta, in determinati ospedali e in determinate regioni d'Italia, che è arrivata anche al 135 per cento, il che è sembrato assolutamente ingiustificabile.

La circolare che prevede quelle percentuali di aumento — potrebbe essere un invito all'amministrazione di attenersi entro certi limiti — è evidente che è stata emanata an-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e Sanità)23<sup>a</sup> SEDUTA (21 gennaio 1971)

che per porre un limite ed invitare quindi le amministrazioni a contenere le rette, naturalmente sempre ricalcolando tutti gli oneri che sono effettivi.

Ora, se si dimostra che gli oneri comportano un aumento non del 35 per cento ma del 45 per cento, ovviamente nessuno si può opporre ad approvare le relative delibere. Questo volevo dire, anche perchè c'è un accumulo di oneri nel 1970 che si è voluto evitare di porre tutto a carico del 1970, tanto è vero che sono state fatte due percentuali: l'una che ricade nel 1970 e l'altra nel 1971. Questo è stato fatto non solo per avvantaggiare gli ospedali, ma anche per non creare degli oneri per quanto riguarda gli assistiti.

P I C A R D O . Desideravo osservare questo: le preoccupazioni del senatore Orlandi hanno un certo fondamento, ma credo che vadano viste nel contesto generale di tutto il problema della riforma. Io comprendo le sue preoccupazioni, perchè, se è vero che la legge è legge, è anche vero che molti medici provinciali si attengono più alle circolari che alle leggi: il fatto stesso della emanazione di una circolare da parte del proprio Ministero blocca il medico provinciale e lo spinge ad attenersi a quelle che sono le disposizioni ministeriali.

Per quanto concerne il disegno di legge in esame e gli emendamenti proposti, dichiaro che sono pienamente favorevole, perchè altrimenti verremmo a creare un vero stato di disagio in tutte le università: negli ospedali, infatti, avremmo avuto medici ospedalieri con un trattamento e medici universitari con un altro meno favorevole, il che avrebbe creato indubbiamente delle discrasie nel lavoro anche per quanto concerne le università stesse. Vero è che dovrà attuarsi la riforma universitaria, ma è altrettanto vero che, data la richiesta notevole di medici che c'è da parte degli ospedali, l'esodo dalle cliniche universitarie sarebbe stato enorme, per cui ci saremmo trovati con una riforma universitaria senza disporre del fattore umano. È necessario, pertanto, approvare il disegno di legge al nostro esame e le modifiche anche per garantire l'attuazione della riforma

ma stessa e tutelare il lavoro dei medici ospedalieri e universitari.

Mi resta una unica preoccupazione, e l'ho espressa in una domanda che ho rivolto ieri al Ministro, dal quale ho avuto però una risposta un po' vaga. Purtroppo noi abbiamo ancora molti ospedali gestiti da enti previdenziali (INAIL, eccetera) e altrettanti reparti ospedalieri; quale sarà la situazione dei medici che vi lavorano per quanto concerne sia il 1970 che il 1971? Perchè in atto essi sono ancora dipendenti degli enti mutualistici, anche se definiti ospedalieri, però prestano la loro opera ai propri assistiti (quelli dell'INAIL) e agli assistiti degli altri enti mutualistici. Questi medici verrebbero a trovarsi danneggiati nel loro trattamento economico; inoltre, anche per effetto di questo disegno di legge, potrebbero manifestarsi delle complicazioni, data la sua retroattività, perchè è cospicuo il numero dei medici (pare che superi il numero di 600) che verrebbe ad essere danneggiato.

Quale soluzione si può dare a tale problema obbligando gli enti da cui dipendono gli ospedalieri a recepire i contratti e a dare lo stesso trattamento economico? Il Ministro della sanità, di concerto col Ministro del lavoro, assolve gli obblighi di legge dichiarando enti ospedalieri e quindi enti uguali, nel trattamento, a tutti gli ospedali. Per questo, se possibile, desidero avere qualche notizia dal rappresentante del Governo.

D E L N E R O . Il Ministro disse che stanno passando agli enti ospedalieri circa 500-600 medici di questo gruppo, per i quali non è stato ancora provveduto. Si tratta di adeguare il loro trattamento a quello stipulato dalle organizzazioni sindacali; per quanto riguarda gli istituti a carattere privato, si pone il problema che questo personale deve avere lo stesso trattamento di quello ospedaliero.

P I C A R D O . Torno, comunque, a ripetere che si tratta di un problema che va studiato; posso comprendere che il Governo abbia bisogno di tempo per appurare la questione, però è bene che se ne sappia qualche

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

23ª SEDUTA (21 gennaio 1971)

cosa di più, per i motivi a cui ho già accennato.

**D E L N E R O .** Il Ministro diceva che si trattava di fare una revisione: si parlava di agevolazioni nei biglietti di viaggio, di 14 mensilità, eccetera: è chiaro che non si può chiedere tutto quanto, ma comunque qualcosa si dovrà pur studiare.

**L A P E N N A ,** *sottosegretario di Stato per la sanità.* Ma a questo punto non possiamo modificare nuovamente la legge!

**P I C A R D O .** E infatti ho chiaramente detto che sono d'accordo sia sul disegno di legge che sugli emendamenti che sono stati presentati; soltanto espongo questo problema che mi sembra abbia una certa importanza, pregando il Governo che ci faccia sapere qualche cosa.

**F E R R O N I .** Vorrei ritornare, per breve tempo, alla situazione esposta ieri. Il Ministro della sanità chiedeva l'approvazione del disegno di legge spiegando le ragioni per cui si opponeva agli emendamenti presentati. Talchè si pensava di approvare la legge, salvo poi impegnare il Ministero della sanità a provvedere — d'accordo coi Ministeri competenti — alla rapida approvazione di un disegno di legge particolare, riguardante i medici universitari. Si è detto: aspettiamo un parere del Tesoro. Oggi abbiamo questa nuova formulazione degli emendamenti suggeriti dal Tesoro e tuttavia dobbiamo ancora sentire dal Governo se il Ministero della sanità accoglie questa nuova formulazione e la fa propria, assumendosi tutte le responsabilità degli oneri che deriveranno agli ospedali.

**L A P E N N A ,** *sottosegretario di Stato per la sanità.* Ma è scritto chiaramente nel disegno di legge che andiamo ad approvare!

**F E R R O N I .** Desidero una risposta esplicita, altrimenti — come avevo accennato ieri — mi troverei costretto, quanto meno, a chiedere con un ordine del giorno l'impegno del Governo nel senso predetto. La situazione viene ad essere aggravata da questi

nuovi fatti: se vogliamo evitare tale aggravamento bisogna che qualcuno si assuma certe responsabilità.

**L A P E N N A ,** *sottosegretario di Stato per la sanità.* Il provvedimento avrebbe potuto essere approvato ieri stesso, però poi il problema si sarebbe spostato di una settimana o di un mese, in quanto avremmo dovuto, senza dubbio, provvedere agli ospedalieri i quali, fino al 31 dicembre, hanno percepito i compensi fissi ed ora no. Quindi ci deve essere il trasferimento di questi compensi in un nuovo trattamento.

**F E R R O N I .** Evidentemente non sono riuscito a spiegarmi; fino a ieri il Ministro della sanità, per sua esplicita dichiarazione, diceva...

**L A P E N N A ,** *sottosegretario di Stato per la sanità.* Il Ministro non ha detto di essere contrario; ha detto soltanto che il Ministero della pubblica istruzione, invece di sollevare questa eccezione il 10 gennaio, la avrebbe potuta sollevare ai primi di dicembre, quando cioè la proposta di legge è stata approvata dalla Camera dei deputati. Poi ieri è emersa questa convinzione che l'onere relativo dovesse essere posto a carico degli enti ospedalieri (università e ospedali), i quali avrebbero dovuto ritrovare nelle rette la possibilità di reperire tali mezzi per affrontare il maggior onere, se è vero che questo maggior onere ci sarà. In effetti qualcuno ha detto che maggiori oneri non ci saranno, ma poichè tutto è opinabile, perchè c'è chi parla di una incidenza del 35 per cento in più, altri del 45 per cento e altri ancora del 50 per cento, bisognerà vedere caso per caso l'effettiva incidenza. Resta comunque il fatto che il Ministro della sanità è d'accordo — e lo era anche prima — nel proporre e quindi nel chiedere l'approvazione di questi emendamenti in modo che queste tre categorie di sanitari, ospedalieri, universitari ospedalieri e universitari delle cliniche universitarie, abbiano questi nuovi compensi.

**F E R R O N I .** Tutto questo è addirittura ovvio. Sarebbe inconcepibile che un Mi-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e Sanità)23<sup>a</sup> SEDUTA (21 gennaio 1971)

nistro della sanità stabilisse un difforme trattamento economico per tre categorie eguali. Conseguentemente non può non essere d'accordo.

L'accordo, invece, non c'era sui maggiori oneri che si traducono in un aumento delle rette. Sentiamo allora dalla voce del Ministro della sanità, per bocca del sottosegretario, che le circolari sono sì richiamate ad un maggiore senso di responsabilità, ma che vale il dettato della legge.

A questo punto posso anche rinunciare al concetto espresso ieri di approvare il disegno di legge così come ci è pervenuto dalla Camera, impegnando il Ministero a redigere un provvedimento particolare per gli universitari, ma nel contempo dando al Ministero della sanità e agli altri Dicasteri interessati la piena responsabilità dei nuovi oneri che ne derivano agli ospedali.

Sostanzialmente perciò, qualora il Ministero fosse d'accordo nell'accoglimento di questi emendamenti, mi dichiaro favorevole, fermo restando che la responsabilità di una lievitazione ulteriore delle rette ospedaliere è conseguente al provvedimento che il Ministero della sanità fa proprio.

DE LEONI. Desidererei avere qualche chiarimento dal sottosegretario perchè ricordo che quando determinammo la ripartizione 4-2-1 furono esclusi gli universitari e, successivamente, vennero compresi.

Oggi, con il presente provvedimento, gli ospedalieri non usufruiscono più del 4-2-1 bensì delle nuove retribuzioni, mentre gli universitari vengono privati anche del 4-2-1. È evidente che, così stando le cose, esistono alcune carenze perchè ci troveremmo di fronte, negli ospedali clinicizzati, ad un primario oculista che percepisce un milione e 250 mila lire, mentre un professore universitario ne guadagna soltanto 460 mila, tutto compreso.

Succede allora che l'ospedale deve provvedere a colmare la differenza fra l'uno e l'altro e, conseguentemente, sarà costretto ad aumentare le rette già notevolmente elevate (basti pensare, ad esempio, a Roma dove la retta è di ben diciannove mila lire giornaliere), anche perchè gli istituti mutualistici non pagano i nosocomi e ci verremmo a

trovare a dover risolvere lo stesso problema precedente.

Il Tesoro, che ha compilato molto intelligentemente questi articoli, si è posto il problema, ma qui ci troviamo a dover fronteggiare degli oneri riflessi. Perciò, se mi è consentito, la soluzione proposta, non incidendo direttamente sul bilancio dello Stato, non impegna direttamente il Ministero del tesoro.

Conseguentemente, il Ministero della sanità (senza contare il Ministero del lavoro da cui dipendono, sotto il profilo amministrativo, gli enti tenuti al pagamento delle rette) si assume una responsabilità del genere?

DEL NERO. Il fatto nuovo non nasce oggi con l'estensione del provvedimento agli universitari, ma è scaturito dal momento in cui è stato accordato il nuovo trattamento economico.

BARRA. Ho l'impressione che stiamo contorcendo la interpretazione e la portata del provvedimento. Lo spirito del 4-2-1, che ha dato luogo a tante contestazioni, è quello di dare chiarezza retributiva anche ai sanitari.

Si parla di responsabilità del Governo. Premetto che ieri, ascoltando l'intervento del Ministro della sanità, esaminai l'ultima parte del provvedimento per rendermi conto se esisteva un comma che stabilisse l'onere finanziario. In definitiva, qui non si tratta di alcun onere a carico del bilancio dello Stato, ma semplicemente di un'azione di trasferimento di un maggior onere che non riflette solo gli universitari, ma tutta la materia della incidenza della mano d'opera e delle attività professionali, nella misura della retta.

Perciò, di quale responsabilità parliamo? Al massimo può esistere una responsabilità contrattuale che ha il Ministero della sanità nel momento in cui sottoscrive i nuovi trattamenti economici.

D'altro canto dovremmo fare una valutazione a ritroso anche per quanto concerne la materia, ovvero chiederci se nel rapporto di diritto pubblico sia ammissibile o meno la contrattazione — chiamiamola così — di lavoro e sindacale il cui primo elemento è

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e Sanità)23<sup>a</sup> SEDUTA (21 gennaio 1971)

stato introdotto nella legge ospedaliera e che si va diffondendo.

Ritengo perciò sia inevitabile porsi il problema di approvare l'emendamento proposto su una questione già data per scontata dal Ministro della sanità circa la necessità di equiparazione anche ad una determinata categoria che opera nell'ospedale in una situazione limitata di tempo.

Non dobbiamo dimenticare inoltre che nostro compito è quello di legiferare. La interpretazione della legge e la portata del provvedimento non è inevitabilmente legata alla circolare. È chiaro che l'eccesso vincolante da parte di organi burocratici ministeriali può essere un aspetto patologico di quello che è l'iter democratico e di funzionalità degli istituti del nostro Paese; ma di fronte ad una circolare che era nell'interpretazione della legge, la quale stabilisce all'articolo 32 i parametri a cui l'amministrazione si deve attenere, non vi è dubbio che una maggiore incidenza determina una limitazione. Al più la circolare può avere un altro scopo: stabilire di seguire un criterio cautelativo, ma evidentemente, nessuna circolare ha un vizio di legittimità.

Ci rendiamo conto di certi determinati problemi, ma almeno noi dobbiamo cercare di superarli, soprattutto quando si tratta della portata di una circolare. Non vi è dubbio che il nuovo elemento che viene aggiunto con l'emendamento presentato si ripercuoterà sui parametri della retta. In questo caso gli ospedali che avranno gli universitari, la determineranno con una quota, da stabilire in più, rispetto alla retta degli altri nosocomi.

Ritengo, in definitiva, che l'articolazione sottoposta a noi oggi sotto l'etichetta del Ministero della sanità — dopo il chiarimento necessario su questo emendamento — s'inquadri perfettamente in un disegno di legge che, al di là di quanto è stato detto sotto il profilo costituzionale, non pone problemi di copertura; io credo proprio che non vi siano motivi di remora per l'approvazione di un provvedimento su cui dovremmo essere tutti d'accordo.

DEL NERO. Se il signor Presidente me lo consente, io vorrei fare due brevissi-

me osservazioni. La prima osservazione è che concedendo al medico universitario lo stesso trattamento non si aumenta la spesa, perchè, se il posto di primario anzichè dall'universitario fosse occupato da un altro medico ospedaliero quest'ultimo godrebbe proprio di quel trattamento economico; quindi, non è che vi sia nei confronti della retta una differenza tra la clinica universitaria e l'ospedale. Il primario universitario nella clinica o il primario nell'ospedale vengono ad avere lo stesso trattamento economico, quindi l'incidenza della retta diventa uguale, perchè è stabilito che l'integrazione che si concede all'istituto universitario non deve superare il trattamento previsto per l'ospedaliero.

La seconda osservazione è che la circolare deve essere interpretata come avente un carattere orientativo e questo si devince, oltre che dalla interpretazione che ne ha dato cortesemente il Sottosegretario, anche dal fatto che ormai il controllo è affidato alla regione, per cui la circolare ministeriale, rivolta all'organo di controllo della regione, non può che avere un carattere orientativo; cioè voglio dire che la natura stessa del nuovo sistema di controllo fa sì che la circolare non possa che avere un carattere orientativo, perchè non può ledere l'autonomo giudizio del Comitato di controllo regionale.

ORLANDI. Io prendo atto dell'intervento dell'onorevole Sottosegretario e di quello del senatore Barra che ha illustrato, credo giustamente, il valore della circolare. Penso, però che nessuno di noi si illuda e voglia mettere il capo sotto l'ala; il nostro Paese oggi si governa con le circolari e la circolare in discussione — che non ho qui con me e me ne dispiace — è una circolare vincolante, non orientativa. Non dobbiamo dimenticare che gli ospedali hanno presentato la nuova retta, l'hanno corretta, ma non è stata approvata e hanno dovuto revisionarla ancora. Questo significa che noi approviamo e applichiamo la legge, ma che il Ministero della sanità non l'approverà, o comunque non l'approverà l'organo tutorio. Il Ministero per uscire da questa contraddi-

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

23ª SEDUTA (21 gennaio 1971)

zione dovrà, dunque, revocare le sue circolari e fare solo richiamo alla legge.

Io propongo che le dichiarazioni del Sottosegretario, corredate dalla dotta esposizione del collega Barra, vengano inviate agli organi del Ministero della sanità così che ne prendano atto e il Ministro, o chi per lui, prima di firmare le circolari sappia cosa preparano gli uffici. Me ne duole, ma non posso fare a meno di prendere atto di queste cose.

**PRESIDENTE**, *f.f. relatore*. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo ora all'esame e alla votazione degli articoli di cui do lettura:

#### Art. 1.

I compensi fissi ed addizionali per ricoveri ospedalieri, previsti dall'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, a carico degli enti mutualistici ed assicurativi, sono aboliti a decorrere dal 1° gennaio 1971.

(È approvato).

#### Art. 2.

A decorrere dalla data indicata nell'articolo precedente gli enti mutualistici ed assicurativi corrispondono agli enti ospedalieri ed agli altri istituti pubblici di ricovero e cura per il ricovero dei propri assistiti la retta di degenza determinata a norma dell'articolo 32 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, con esclusione di ogni altro compenso.

A questo articolo è stato presentato dal Governo il seguente emendamento sostitutivo della prima parte:

« A decorrere dalla data indicata nell'articolo precedente gli enti mutualistici ed assicurativi corrispondono agli enti ospedalieri, alle Università che gestiscono istituti clinici e agli altri istituti pubblici di ricovero e cura... ».

**ORLANDI**. Vorrei sapere cosa vuol dire « alle Università che gestiscono propri

istituti clinici e agli altri istituti pubblici di ricovero e cura ». Questi ultimi quali sono?

**DEL NERO**. Il Ministro ci ha spiegato che vi sono molti istituti clinici, tipo Gaslini, che non sono enti ospedalieri...

**ORLANDI**. Secondo me, siccome il signor Ministro ha lasciato da parte il « Gaslini » di Genova perchè ci fu un compromesso, noi non siamo più tenuti ad occuparcene. Ma io vorrei che mi fosse precisato se vi è più di uno di questi istituti che non sono divenuti enti ospedalieri.

**ARGIROFFI**. Che cosa si intende per altri? E per pubblici? La definizione di pubblico in questo senso richiede un'analisi...

**LA PENNA**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Non vi è solo il « Gaslini »; l'emendamento è dovuto al fatto che non tutti gli ospedali sono enti ospedalieri. Vi sono molti enti, indipendentemente da quelli tipo « Gaslini », cioè gli specializzati, che non hanno ancora ottenuto il decreto di ente ospedaliero e sono centinaia e centinaia di ospedali. È evidente che dobbiamo applicare lo stesso trattamento anche nei loro confronti. Per istituti pubblici di ricovero e cura si intendono tutti gli ospedali per cui non è stato ancora emesso il decreto di costituzione in ente ospedaliero.

**PRESIDENTE**, *f.f. relatore*. Faccio presente ai senatori Orlandi e Argiroffi che non si tratta solo di un'espressione dell'emendamento; la stessa espressione è usata anche nel disegno di legge, approvato dalla Camera, all'articolo 2.

Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento sostitutivo di cui ho già dato lettura.

(È approvato).

Metto ai voti l'articolo 2 quale risulta con l'emendamento testè approvato.

(È approvato).

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e Sanità)23<sup>a</sup> SEDUTA (21 gennaio 1971)

## Art. 3.

I compensi fissi ed addizionali dovuti per l'anno 1970 saranno devoluti agli enti e istituti indicati nell'articolo precedente, e compresi nella misura delle rette che gli stessi enti mutualistici ed assicurativi pagheranno sulla base del ricalcolo delle rette stesse in applicazione del decreto-legge 26 ottobre 1970, n. 745, in rapporto con la copertura dei nuovi oneri derivanti dagli accordi sindacali in vigore per il trattamento economico dei medici ospedalieri.

(È approvato).

## Art. 4.

Fino al 31 dicembre 1970 i compensi fissi ed addizionali di cui all'articolo 1 continueranno ad essere corrisposti ai medici di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

A decorrere dal 1° gennaio 1971 ai predetti sanitari, in aggiunta al trattamento economico loro spettante in base al vigente ordinamento universitario è corrisposta una integrazione non pensionabile, che verrà stabilita con apposita convenzione tra gli enti ed istituti indicati all'articolo 2 e le università.

La predetta integrazione verrà corrisposta ai sanitari universitari cui sia stata riconosciuta l'equiparazione a primari, aiuti e assistenti, secondo le norme dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

Al secondo comma di questo articolo è stato presentato dal Governo il seguente emendamento sostitutivo:

« A decorrere dal 1° gennaio 1971 e sino alla entrata in vigore del nuovo ordinamento universitario, ai predetti medici spetta un compenso integrativo non utile ai fini previdenziali ed assistenziali, stabilito mediante apposita convenzione tra l'ente ospedaliero e l'Università interessata; detto compenso non potrà essere superiore alla differenza fra il trattamento economico di cui gli stessi

medici fruiscono in base all'attuale ordinamento universitario e quello dovuto, tenendo conto delle corrispondenti prestazioni, ai sanitari dell'ente ospedaliero di pari qualifica e anzianità.

L'onere relativo al compenso di cui al precedente comma grava sul bilancio dell'ente ospedaliero ».

ORLANDI. Nell'emendamento si dice « è stabilito mediante apposita convenzione tra l'ente ospedaliero e l'Università interessata », mentre invece la convenzione deve essere quella dell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129; quella è la convenzione a cui si deve fare riferimento ed è quella che si sta elaborando.

LA PENNA, sottosegretario di Stato per la sanità. Difatti vi è una proposta di modifica in questo senso da parte della FIARO, ma il Governo non può accettare questa proposta perchè il Ministero della sanità, insieme al Ministero della pubblica istruzione, sta elaborando una convenzione tipo da approvare e da proporre, e quindi una convenzione che sia più adatta a quello che sono i rapporti nuovi intervenuti negli ospedali.

ORLANDI. L'interpretazione è forzata. Intanto vi è un decreto in discussione per l'approvazione della convenzione, quindi esiste già una convenzione; si deve fare riferimento a qualcosa di preciso non ad una convenzione vaga che deve ancora realizzarsi. Ad ogni modo non insisto.

PRESIDENTE, f.f. relatore. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento di cui ho già dato lettura.

(È approvato).

Il Governo propone di aggiungere, alla fine dell'articolo 4, un comma del seguente tenore:

« I consigli di amministrazione delle Università che gestiscono propri istituti clinici, nel rispetto delle norme di cui al decreto del

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

23ª SEDUTA (21 gennaio 1971)

Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129, corrisponderanno ai medici addetti ai servizi assistenziali una integrazione al trattamento economico loro spettante, non pensionabile, nella misura che da essi verrà stabilito osservando i limiti di tempo e di misura indicati nel precedente secondo comma ».

Lo metto ai voti.

*(È approvato).*

Metto ai voti l'articolo 4, quale risulta con le modifiche testè approvate.

*(È approvato).*

#### Art. 5.

È abrogato il decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito in legge 17 gennaio 1968, n. 4, istitutivo della Cassa nazionale di conguaglio.

La Cassa nazionale di conguaglio continua la sua attività limitatamente alle contabilità concernenti i trattamenti economici dei medici ospedalieri corrisposti dagli enti ospedalieri e dagli altri istituti pubblici di ricovero e cura prima della data del 31 dicembre 1969. A tal fine le amministrazioni degli enti ospedalieri e degli altri ospedali invieranno le documentazioni indicate alla lettera e) dell'articolo 3 del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, entro il termine perentorio di tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

La Cassa nazionale di conguaglio dovrà devolvere agli enti indicati nel comma precedente le somme ricevute dagli enti mutualistici e assicurativi a titolo di quota parte dei compensi fissi per l'anno 1970.

*(È approvato).*

#### Art. 6.

Resta fermo, per quanto ha riferimento alle contabilità degli anni decorsi, non ancora definite, il disposto del secondo comma dell'articolo 1 del decreto-legge indicato nel precedente articolo.

Alle operazioni di liquidazione provvede una commissione nominata dal Ministro della sanità e composta da un consigliere della Corte dei conti, con funzioni di presidente, da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità, da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, designati dai rispettivi Ministri.

La liquidazione deve essere chiusa entro otto mesi dal termine perentorio indicato nel precedente articolo.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, viene determinato il compenso spettante ai liquidatori, il cui onere graverà sull'attività della gestione di liquidazione.

*(È approvato).*

Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

*(È approvato).*

*La seduta termina alle ore 13,30.*