

SENATO DELLA REPUBBLICA

V LEGISLATURA

11^a COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

MERCOLEDÌ 16 APRILE 1969

(6^a seduta, in sede deliberante)

Presidenza del Presidente CAROLI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

Discussione e approvazione, con modificazione:

« Autorizzazione al Ministero della sanità a concedere, nei limiti del venti per cento del fondo ospedaliero istituito con l'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, contributi in favore degli Enti ospedalieri per attrezzature e funzionamento di scuole per la qualificazione professionale e corsi per l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico » (270) (D'iniziativa del senatore Perrino) (1):

PRESIDENTE	Pag. 24, 25
ALBANESE	25
DEL PACE	25
PAUSELLI, relatore	24
RIPAMONTI, ministro della sanità	25

Discussione e approvazione:

« Collaborazione di enti ospedalieri con i Paesi in via di sviluppo » (543) (D'iniziativa dei deputati Storchi ed altri) (Approvato dalla Camera dei deputati):

PRESIDENTE, relatore	26, 27, 31, 33, 34
ALBANESE	27, 31

ARGIROFFI	Pag. 27, 30
DAL CANTON Maria Pia	28
DEL PACE	30, 31, 34
MONTINI	34
ORLANDI	27, 31, 33
PERRINO	29
RIPAMONTI, ministro della sanità	32, 34

(1) Nel corso della discussione il titolo è stato così modificato: « Autorizzazione al Ministero della sanità a concedere, fino ad un massimo del cinque per cento del fondo ospedaliero istituito con l'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, contributi in favore degli Enti ospedalieri per attrezzature e funzionamento di scuole per la qualificazione professionale e corsi per l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico ».

La seduta ha inizio alle ore 10,55.

Sono presenti: Accili, Albanese, Arcudi, Argiroffi, Caroli, Colella, Dal Canton Maria Pia, De Falco, De Leoni, Del Pace, Ferroni, Guanti, La Penna, Manenti, Menchinelli, Minnella Molinari Angiola, Montini, Orlandi, Ossicini, Pauselli, Perrino, Pinto, Zelioli Lanzini.

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)6^a SEDUTA (16 aprile 1969)

Interviene il ministro della sanità Ripamonti.

M A N E N T I, segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Discussione e approvazione, con modificazione, del disegno di legge d'iniziativa del senatore Perrino: « Autorizzazione al Ministero della sanità a concedere, nei limiti del venti per cento sul fondo ospedaliero istituito con l'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, contributi in favore degli Enti ospedalieri per attrezzature e funzionamento di scuole per la qualificazione professionale e corsi per l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico » (270)

P R E S I D E N T E. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge d'iniziativa del senatore Perrino: « Autorizzazione al Ministero della sanità a concedere, nei limiti del venti per cento del fondo ospedaliero istituito con l'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, contributi in favore degli Enti ospedalieri per attrezzature e funzionamento di scuole per la qualificazione professionale e corsi per l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico ».

Do comunicazione della lettera pervenuta da parte del Presidente Fanfani:

« In risposta alla sua lettera in data 26 marzo ultimo scorso, con la quale mi chiede, a nome della Commissione da lei presieduta e con l'accordo del rappresentante del Governo, che il disegno di legge " Autorizzazione al Ministero della sanità a concedere, nei limiti del venti per cento del fondo ospedaliero istituito con l'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, contributi in favore degli Enti ospedalieri per attrezzature e funzionamento di scuole per la qualificazione professionale e corsi per l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico " (270), già deferito alla Commissione stessa in sede referente, venga invece assegnato in sede deliberante, la informo

di avere aderito alla presente richiesta. Il disegno di legge proseguirà quindi il suo iter presso la 11^a Commissione in sede deliberante, con i pareri della 1^a e della 5^a Commissione ».

Per quanto riguarda i pareri, ci è pervenuto quello della 5^a Commissione che risulta favorevole. Per quanto riguarda la 1^a Commissione il termine per la trasmissione del parere è scaduto e pertanto possiamo iniziare la discussione del provvedimento nella nuova sede.

Dichiaro aperta la discussione sul disegno di legge, di cui do lettura:

Articolo unico.

All'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, dopo il secondo comma, è aggiunto il comma seguente:

« Il Ministero della sanità, nei limiti del venti per cento del fondo di cui ai commi precedenti, ha facoltà di concedere contributi agli Enti ospedalieri per le attrezzature e il funzionamento di scuole e di corsi per la qualificazione professionale e l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico di cui al quarto e quinto comma del successivo articolo 39 ».

P A U S E L L I, relatore. La legge 12 febbraio 1968, n. 132, stabilisce all'articolo 39 che il personale sanitario ausiliario è costituito dalle ostetriche, assistenti sanitarie visitatrici, dagli infermieri professionali, dalle vigilatrici di infanzia, dalle assistenti sociali, dai terapisti della riabilitazione, dai dietisti, dagli infermieri generici e dalle puericultrici; mentre quello tecnico è costituito dai tecnici specializzati per i laboratori d'indagine e diagnosi e di terapie speciali. La stessa legge stabilisce che gli ospedali provinciali possono avere scuole convitto per infermieri professionali e generici ed altre scuole e centri per l'addestramento del personale tecnico. Stabilisce inoltre che gli ospedali regionali debbono possedere le scuole per l'addestramento del personale ausiliario e tecnico.

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

6ª SEDUTA (16 aprile 1969)

È noto che con la nuova ristrutturazione ospedaliera l'istruzione professionale per il settore assistenziale sanitario si presenta con carattere di estrema necessità, ed è nota altresì la difficile situazione finanziaria in cui si dibattono gli ospedali.

Per dare a questi ultimi la possibilità di istituire tali scuole, ritengo opportuna la concessione di contributi da prelevare dal fondo nazionale ospedaliero, attualmente riservato in maniera esclusiva alle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e per il miglioramento ed adeguamento delle stesse nonchè per il pagamento dell'integrazione a carico dello Stato degli assegni ai medici che, in qualità di interni, devono compiere il tirocinio negli ospedali.

A L B A N E S E . Ritengo che sia opportuna l'introduzione di un emendamento, che non investa tanto la sostanza del provvedimento quanto la misura della percentuale da riservare alle scuole, in esso prevista. Ritengo infatti che, dal momento che il fondo ospedaliero è destinato con ogni probabilità ad aumentare ogni anno, in caso di stanziamenti di notevole entità, la percentuale del venti per cento sia eccessiva. Propongo pertanto che essa sia ridotta ad un massimo del cinque per cento.

D E L P A C E . Poichè in sede referente si pervenne ad un accordo per il quale la materia avrebbe dovuto essere regolata nell'ambito del Ministero della pubblica istruzione, desidero raccomandare al Ministro che si arrivi ad una soluzione mediante un collegamento fra tale Ministero e quello della sanità, in maniera che l'intero fondo ospedaliero possa rimanere disponibile per i fini istituzionali per i quali è stato istituito.

P R E S I D E N T E . Siamo allora tutti d'accordo sulla proposta che è stata avanzata per ridurre al cinque per cento la percentuale di cui sopra, per cui l'emendamento da apportare all'articolo unico del disegno di legge sarebbe il seguente (modificando l'ordine delle parole per ragioni di chiarezza): « Il Ministero della sanità ha facoltà di concedere fino ad un massimo del cinque per cento, contributi, eccetera . . . ».

D E L P A C E . Concordo perfettamente con tale dizione, che risulta senza dubbio più chiara e logica.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità.* Personalmente sono d'accordo. Vorrei però fare osservare che esiste un problema di coordinamento che il Ministero della sanità deve considerare, ferma restando la volontà di arrivare ad una regolamentazione delle scuole per il personale sanitario ausiliario e tecnico. Poichè, infatti, il finanziamento di queste scuole potrà essere iscritto su bilanci anche di altri Ministeri, in particolare di quelli della pubblica istruzione e del lavoro, il Governo si riserva, in sede di utilizzo del fondo, di esaminare la questione in collegamento con tali stanziamenti.

La seconda osservazione è che il Ministro non può non rendersi conto del significato positivo della proposta del senatore Perrino: esiste effettivamente l'esigenza di adeguare gradualmente le scuole alle reali esigenze avvertite in questo settore, per arrivare alla formazione di personale sufficiente a coprire gli organici previsti dai decreti delegati contemplati dalla legge di riforma ospedaliera, per cui sono favorevole all'accoglimento della proposta stessa.

P R E S I D E N T E . Metto ai voti l'emendamento proposto dal senatore Albanese, consistente nel sostituire le parole: « nei limiti del venti per cento » con le altre: « fino ad un massimo del cinque per cento ».

(È approvato).

Metto ora ai voti il disegno di legge il quale, con l'emendamento testè approvato, risulta così formulato:

Articolo unico.

All'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, dopo il secondo comma, è aggiunto il comma seguente:

« Il Ministero della sanità ha facoltà di concedere, fino ad un massimo del cinque per cento del fondo di cui ai commi precedenti, contributi agli Enti ospedalieri per

le attrezzature ed il funzionamento di scuole e di corsi per la qualificazione professionale e l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico di cui al quarto comma del successivo articolo 39 ».

(È approvato).

In relazione alle modificazioni apportate al testo del disegno di legge, il titolo risulta così formulato: « Autorizzazione al Ministero della sanità a concedere, fino ad un massimo del cinque per cento del fondo ospedaliero istituito con l'articolo 33 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, contributi in favore degli Enti ospedalieri per attrezzature e funzionamento di scuole per la qualificazione professionale e corsi per l'addestramento del personale sanitario ausiliario e tecnico ».

Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Discussione e approvazione del disegno di legge d'iniziativa dei deputati Storchi ed altri: « Collaborazione di enti ospedalieri con i Paesi in via di sviluppo » (543)
(Approvato dalla Camera dei deputati)

P R E S I D E N T E , *relatore*. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge d'iniziativa dei deputati Storchi, Erminero, Fornale, Armani, Fusaro, Dall'Armillina, Miotti Carli Amalia, Girardin, Francanzani, Giraudi: « Collaborazione di enti ospedalieri con i Paesi in via di sviluppo », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale sul disegno di legge, del quale sono io stesso relatore.

È a tutti nota la grave situazione in cui si trovano quei Paesi che eufemisticamente si chiamano in via di sviluppo, ma che realisticamente dovremmo indicare come Paesi sottosviluppati. Circa due terzi della popolazione mondiale vive in territori che si trovano in gravi condizioni di sottosviluppo economico e le conseguenze dolorose di queste situazioni sono la fame, le malattie, l'analfabetismo.

Si ritiene unanimemente che soltanto l'intervento dei Paesi economicamente più avan-

zati possano contribuire a risolvere questi problemi. Il Ministero degli affari esteri è già stato autorizzato, con la legge 28 marzo 1968, n. 380, ad inviare nei Paesi in via di sviluppo dipendenti dello Stato di particolare competenza per collaborare all'attuazione di programmi, nel quadro di accordi di collaborazione scientifica, tecnica ed economica, in vigore con l'Italia.

Con il presente disegno di legge si consente di far partecipare a questa azione di collaborazione, nel campo sanitario, gli enti ospedalieri, in una forma particolare che rientra nelle loro finalità istituzionali. Nel campo sanitario la collaborazione più richiesta riguarda l'invio di personale medico e tecnico, almeno fino a quando non saranno sensibilmente aumentati i modesti quadri di sanitari di tali Paesi.

Va ricordato che un certo numero di medici italiani è presente da molti decenni in Paesi in via di sviluppo, generalmente inseriti in ospedali o dispensari sorti per iniziativa di benemerite istituzioni missionarie. Nella quasi generalità dei casi si tratta di persone che hanno lasciato l'Italia spinte da generosi sentimenti di solidarietà. Tuttavia un complesso di fattori facilmente comprensibili limita il numero dei medici italiani impegnati in questi Paesi. Di tali fattori quello che maggiormente scoraggia molti dei nostri sanitari è rappresentato dalla grande difficoltà di trovare al ritorno un adeguato reinserimento professionale dopo alcuni anni di assenza.

Questo inconveniente potrebbe essere eliminato, almeno per quei medici che prestano servizio di ruolo alle dipendenze di enti ospedalieri, autorizzando tali enti a concedere al personale medico e tecnico aspettative per il periodo di servizio da prestare presso ospedali di Paesi in via di sviluppo.

È una forma assai più modesta di quella prevista per i dipendenti dello Stato dalla citata legge 28 marzo 1968, n. 380; questi ultimi infatti durante il periodo di servizio all'estero conservano integralmente il trattamento economico, anzi maggiorato da speciali indennità.

Per il personale ospedaliero la presente proposta di legge prevede solo la conservazione del posto e non anche il trattamento

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)6^a SEDUTA (16 aprile 1969)

economico, ad evitare che gli enti ospedalieri, in mancanza di uno speciale finanziamento, debbano far gravare sui loro bilanci gli emolumenti spettanti a questi sanitari assenti, aumentando, in definitiva, le rette di degenza.

Quella proposta, comunque, può ritenersi una formula idonea ad incoraggiare molti sanitari ad intraprendere questo benemerito servizio.

Si deve anche tenere presente che con questi strumenti si creano proficue forme di collaborazione, anche scientifica, fra ospedali italiani e ospedali di altri Paesi.

Ritengo, pertanto, che non solo dobbiamo dare il nostro voto favorevole, ma adoperarci anche che questo provvedimento col tempo venga integrato da altri analoghi.

A L B A N E S E. Pur concordando con lo spirito del provvedimento, debbo manifestare la mia preoccupazione che un esodo di sanitari possa arrecare grave pregiudizio al nostro Paese, essendo il numero dei medici del tutto insufficiente all'attuale fabbisogno ed alle accresciute necessità determinate dalla riforma ospedaliera. In Italia si calcola che occorranza circa 80.000 medici, oltre quelli esistenti, per far fronte alle esigenze sanitarie della nostra popolazione.

Inoltre io ritengo che ai meritevoli dovrebbe semmai essere consentito di recarsi nei Paesi più progrediti per allargare le proprie conoscenze, e non in quelli sottosviluppati, dove è certo che non avranno niente da imparare.

P R E S I D E N T E, *relatore*. Si tratta di portare aiuto a queste popolazioni e sotto questo profilo squisitamente umanitario deve essere considerato il disegno di legge al nostro esame.

A L B A N E S E. D'accordo, ma noi? Senza dubbio si tratta di un'iniziativa di alto contenuto umano e sociale, ed io la condivido, ma da un punto di vista egoistico dobbiamo riconoscere che essa potrebbe recare grave pregiudizio alla comunità nazionale.

P R E S I D E N T E, *relatore*. Occorre tener presente che questo personale deve essere autorizzato dall'ente da cui dipende e questa autorizzazione dovrà esser concessa compatibilmente con le esigenze del servizio.

A L B A N E S E. C'è da augurarsi che queste esigenze del servizio saranno considerate con la necessaria obiettività.

O R L A N D I. È indubbio che ogni Nazione ha il dovere di soccorrere i Paesi in via di sviluppo. La mia preoccupazione, però, oltre a quella già espressa dal senatore Albanese, è che autorizzare gli enti ospedalieri a concedere al personale medico e tecnico che si reca a lavorare in ospedali di Paesi in via di sviluppo aspettative per un periodo fino a tre anni, significa anche coprire i posti che in questo modo si rendono vacanti con personale incaricato il quale, al ritorno dei titolari, verrebbe privato del posto. Così facendo, si finirebbe col creare una serie di malumori e di gravi problemi derivanti da interessi lesi che non vedo come poi potranno venire risolti. Ciò anche prescindendo dalla nuova legge ospedaliera che stabilisce che non si possono dare incarichi.

P R E S I D E N T E, *relatore*. Teniamo presente — ripeto — che nel provvedimento è specificato « compatibilmente con le esigenze di servizio », per cui una volta concesse le aspettative, l'ente ospedaliero non può chiedere l'autorizzazione di avvalersi di personale incaricato.

O R L A N D I. Ma si tratta di richieste di alto valore umano e sociale per cui l'ente ospedaliero difficilmente potrà esimersi dal dare la sua adesione. Pertanto io limiterei piuttosto il periodo di aspettativa ad un anno.

A R G I R O F F I. A mio avviso, il problema è stato impostato in maniera sbagliata, in quanto si affida allo slancio volontaristico di singoli sanitari un'attività che va studiata in termini ben differenti.

Noi ci interessiamo e parliamo dei problemi del terzo mondo, ma la verità è che in Italia esistono gravi carenze organizzative, esistono tante zone del Mezzogiorno nelle quali, indubbiamente, una ristrutturazione dei servizi sanitari si impone in termini veramente drammatici.

Le nostre autorità sanitarie ed i nostri professionisti si lasciano invece sedurre da idee caritative, mentre credo che sia un grave errore impostare il problema in questo modo; a mio avviso, infatti, questa forma di aiuto ai Paesi in via di sviluppo va approfondita e studiata sul piano della collaborazione scientifica e su quello della reciprocità, per dimostrarsi coerenti con la realtà nella quale viviamo.

Ritengo che non si possa parlare con serietà di questo problema, se ci riferiamo a professionisti i quali dovrebbero andare con spirito missionario — che non è più ammissibile in un moderno e corretto rapporto di assistenza medica — a svolgere la propria opera presso le popolazioni in via di sviluppo, senza chiederci se, al loro rientro dopo tre anni, essi potranno essere reintegrati nella carriera intrapresa in Italia e poi abbandonata. Non è possibile non tener conto di questi problemi, sapendo quali oneri abbia comportato per l'intera collettività nazionale la formazione di questi medici e tenendo conto delle situazioni critiche che il loro allontanamento dagli ospedali non mancherebbe di provocare.

Certamente non possiamo sottrarci alla sollecitazione che nasce in tutti gli spiriti degli uomini civili di portare aiuti ai Paesi che più ne hanno bisogno, ma questi aiuti dovrebbero estrinsecarsi in forme di collaborazione, ripeto, di contributi sul piano culturale, scientifico ed organizzativo alla evoluzione di tali Paesi. Ma queste cose non basta prospettare come ipotesi ideologiche: bisogna affrontare il problema seriamente, tenendo soprattutto conto di un dato dal quale non possiamo prescindere, costituito dalla posizione nella quale si verranno a trovare i professionisti al loro rientro in Italia.

Questo elemento non mi pare sia stato sufficientemente considerato, anche se nel di-

segno di legge si parla di « reinserimento » professionale. In effetti, come verranno compensati questi sanitari? Dal punto di vista pratico, come si preoccupa lo Stato di quella che sarà la carriera in Italia di questi medici che, per tre anni, ne sono stati lontani? Quali vantaggi otterranno costoro ai fini del proprio *curriculum* professionale, nel momento in cui rientreranno in Patria?

Mi pare sia importante rispondere a tali domande che acquistano un peso ancora maggiore se si pensa che i medici che si recheranno nei Paesi in via di sviluppo dovranno necessariamente avere un livello di preparazione scientifica tale da rendere efficiente l'opera che andranno a svolgere. Ebbene, questi elementi come verranno sostituiti in Italia? Sono attrezzati gli ospedali per far fronte a queste nuove necessità?

Concludo dicendo che la riorganizzazione ospedaliera prevista dalle leggi delegate delle quali abbiamo parlato prevede ampliamenti di organici, mentre tutti conosciamo quale sia l'insufficienza numerica dei nostri medici. In Italia, dunque, avremo presto bisogno di tutti gli elementi preparati disponibili per far fronte alle nuove necessità organizzative che si prevedono con l'attuazione delle leggi delegate e mi domando pertanto se, anche alla luce di questa considerazione, sia opportuno approvare il provvedimento in esame così come ci è pervenuto dall'altro ramo del Parlamento.

DAL CANTON MARIA PIA .
Sono favorevole al disegno di legge in esame e risponderò al collega Argiroffi che, se è vero che nel nostro mondo sanitario c'è ancora molto da organizzare, ristrutturare, eccetera, è anche vero che in qualche zona d'Italia — specie nel Mezzogiorno — vi è una larga disponibilità di medici, tanto che si assiste a forme spietate di concorrenza specialmente per l'accaparramento del maggior numero possibile di mutuati.

Ma lasciando da parte questo dato di fatto, vorrei sottolineare che gli ospedali restano assolutamente liberi di valutare la possibilità o meno di privarsi di qualche sanitario e che, inoltre, l'iniziativa di cui trattasi ha carattere del tutto volontario.

D'altro canto, tutti conosciamo la situazione terribilmente depressa di taluni Paesi, di talune zone dove, per centinaia e centinaia di chilometri, non esiste un medico che possa aiutare tanta gente sofferente. Non respingiamo dunque questo provvedimento tanto atteso e di contenuto così umano e sociale e dimostriamo di essere solidali con chi ha veramente bisogno.

Mi pare infatti che i nostri discorsi, quando non si tratta di concedere qualcosa, siano socialmente aperti, mentre, nel momento in cui dobbiamo decidere di offrire qualcosa per il bene di tanti Paesi in situazioni disperate di arretratezza, allora ci tiriamo indietro. Questo atteggiamento, onorevoli senatori, non mi sembra logico e per questo riconfermo il mio voto favorevole al disegno di legge in esame.

Preannuncio anche la presentazione di un ordine del giorno nel quale chiedo al Governo di elevare i limiti di età stabiliti per adire ai concorsi ospedalieri di un periodo corrispondente al servizio prestato all'estero, non superiore naturalmente ai tre anni. Sono infatti molti i casi di persone che si sono dedicate con spirito ammirevole al proprio lavoro in altri Paesi e che poi, tornate in Italia, non hanno potuto partecipare a taluni concorsi avendo superato — a volte anche di soli sei mesi — i limiti di età richiesti per l'ammissione.

Non è giusto che il nostro Paese ripaghi così duramente quanti, con atto di vera e spontanea generosità, sono accorsi in aiuto di popolazioni più bisognose, e per tale ragione mi auguro che il Governo voglia accettare l'ordine del giorno che intendo presentare.

P E R R I N O . Sono decisamente favorevole a questo disegno di legge che, tra l'altro, viene a rimuovere un mio personale scrupolo che tanto mi ha preoccupato.

Si è dato infatti il caso che proprio un medico del mio ospedale — appartenente ad un'associazione di giovani pionieri, « I Focolarini » — per seguire la propria vocazione missionaria, è partito per il Burundi dove è rimasto un certo numero di anni conducendo una vita durissima. Sposatosi,

è tornato in Italia, ma non ha più trovato il suo posto ed ora è smarrito, per così dire, ed alla ricerca di una sistemazione che ancora non intravede.

Rispondendo poi al senatore Argiroffi dirò anche io che non bisogna esagerare circa la carenza dei medici in Italia; l'esperienza di questi giorni, a proposito dei concorsi previsti dalle leggi delegate, ci sta dimostrando che per ogni concorso vi sono decine e decine di concorrenti; in un ospedale come il mio, ad esempio, a due posti di assistente concorrono 36 medici!

Quanto poi a questi giovani medici animati da spirito volontaristico e pionieristico essi sono veramente in numero esiguo. Io so, attraverso il mio giovane collaboratore, che sono circa una ventina i medici aderenti all'associazione dei « Focolarini » e che ad un certo momento si sono trasferiti nei Paesi sottosviluppati da dove, dopo un anno o due, massimo tre, di permanenza, sono ritornati in Italia e qui bisogna che si reinseriscano. A questo proposito la senatrice Dal Canton ha anche presentato un ordine del giorno, al quale io ho volentieri aderito, affinché venga accordata, nella partecipazione ai concorsi, una qualche facilitazione a questi giovani che vanno a fare una specie di leva del lavoro nei Paesi sottosviluppati.

D'altro lato io sono stupito che tesi ispirate ad un certo egoismo provengano proprio da una parte politica che dice di ispirarsi a principi sociali molto avanzati. Qui si tratta di dare a dei giovani — che oggi sono venti, domani potranno essere cinquanta o cento — la possibilità di andare a portare il loro contributo ai Paesi sottosviluppati, e si fa una questione egoistica, che mi fa pensare ad un noto vecchio adagio cosacco. Non mi pare che vi siano validi motivi di preoccupazione che debbano fermare questa iniziativa.

D'altro canto, voglio ricordare che il disegno di legge in discussione è stato già approvato dalla Camera dei deputati e credo che ciò rientri nel quadro di iniziative in corso in campo internazionale. Teniamone conto! Non dobbiamo essere soltanto noi italiani a tirarci indietro con i pretesti più

vari, laddove altri Paesi si sono già allineati o addirittura ci hanno preceduto in questo settore.

Quindi, proprio sulla base di queste considerazioni, vorrei evitare lo spettacolo di un'Italia che si rifiuta di dare una mano a risolvere la situazione veramente grave dei Paesi sottosviluppati. In questi giorni abbiamo ricevuto un appello da parte di un frate brindisino che sta nel Burundi: egli ci ha descritto in termini raccapriccianti la situazione sanitaria di quel Paese e ci ha chiesto antibiotici e sulfamidici per poter prestare soccorso nei casi più urgenti. Abbiamo indetto una sottoscrizione popolare a Brindisi ed abbiamo raccolto alcuni milioni, con cui abbiamo acquistato ed inviato per via aerea vari medicinali.

Insomma, io non comprendo l'atteggiamento negativo di alcuni membri della Commissione su una questione che è di solidarietà umana. Ognuno si prenda le sue responsabilità. Io sono non soltanto favorevole, ma entusiasta di una iniziativa di questo genere, che ci allinea sulle posizioni delle altre Nazioni democratiche che non sono insensibili alla voce di dolore che proviene dai Paesi sottosviluppati.

A R G I R O F F I . È proprio la cosiddetta solidarietà delle potenze democratiche che ha portato alla situazione attualmente esistente nei Paesi sottosviluppati. Vedete quello che hanno fatto nel Congo, nella Rhodesia, nel Sudafrica le potenze democratiche!

D E L P A C E . La nostra posizione non è di diniego della validità del principio che ispira il disegno di legge in esame. Quello che ci preoccupa è, invece, il problema di come questo provvedimento operi nei confronti degli ospedali. Qui non si tratta — è bene precisarlo — di dire che i medici che non hanno un posto di ruolo e che vogliono recarsi ad esercitare nei Paesi sottosviluppati vanno incoraggiati. Io sono favorevole a questo. In tema di solidarietà penso che qui nessuno accetti lezioni e non credo che qualcuno sia in grado di stabilire chi ha dimostrato solidarietà e chi non

l'ha dimostrata. Noi non siamo stati secondi a nessuno quando c'è stato veramente da operare in senso solidaristico.

Ora, ritornando al disegno di legge, io mi domando: questo provvedimento a che cosa tende? Tende ad autorizzare i medici di ruolo in una amministrazione ospedaliera ad allontanarsi per svolgere un determinato servizio in Paesi dove c'è bisogno di loro. Si tratta dunque di medici di ruolo in un determinato reparto: che cosa dovrà fare l'ospedale se la loro assenza si prolunga per oltre sei mesi o un anno? Dovrà provvedere ad una sostituzione; per cui, al ritorno, per esempio dopo tre anni, dell'aiuto o del primario che era assegnato ad un determinato reparto, si verrà a creare una difficile situazione, poichè esiste un medico che si è già inserito e probabilmente ha fatto esperienze e dato prove positive e che dovrebbe venire allontanato per lasciare il posto all'originario titolare. Ecco il problema che noi solleviamo: in quali condizioni mettiamo l'ospedale? Si dice che c'è abbondanza di medici. Quando il Ministero della sanità bandisce, come è accaduto, un concorso per 160 posti e si presentano tre concorrenti, questo fenomeno non ha nulla a che vedere con l'abbondanza. Infatti, quando sono in palio posti ben remunerati, si presentano tremila concorrenti. Io ritengo che in Italia non siamo ancora in condizione di affermare che i medici sono in sovrabbondanza. Dobbiamo, semmai, dire che si è creata nel campo medico una situazione tale (me lo permettano i medici qui presenti) che lascia, sì, dei disoccupati, a cui si contrappongono però dei superoccupati che, proprio per la dinamica del sistema, tenderanno sempre più a incamerare incarichi e funzioni. Teniamo presente questo fatto nel valutare perchè ad un determinato concorso si presentano mille concorrenti e ad un altro se ne presentano tre soltanto.

Quindi, la richiesta mia e del mio Gruppo non è tanto di non votare il provvedimento. Non ci pensiamo neppure. Siamo pienamente d'accordo sulla sua approvazione, però nello stesso tempo non possiamo non considerare in quali condizioni verrebbero a trovarsi gli ospedali. Ai primari che voglia-

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)6^a SEDUTA (16 aprile 1969)

no fare una esperienza nei Paesi sottosviluppati si dia un anno di tempo, in modo che gli ospedali non siano costretti ad affrontare poi problemi insolubili, col creare quegli spostamenti a cui accennava il collega Perrino. Perciò io chiedo che venga abbreviato il periodo di assenza: invece che fino a tre anni, fino ad un anno.

PRESIDENTE, *relatore*. È sempre in facoltà dell'ente ospedaliero di acconsentire o meno all'allontanamento del sanitario.

DEL PACE. Ma come si fa? Un medico chiede di andare in un qualsiasi Paese in via di sviluppo e l'amministrazione ospedaliera gli nega il permesso adducendo come motivo che c'è bisogno di lui qui in Italia? Io sono per la concessione di questo permesso, purchè sia limitato al massimo ad un anno. Del resto, se si tratta di uno specialista, nei Paesi sottosviluppati egli avrebbe il compito di organizzare l'attività sanitaria, di dare quei consigli che gli derivano dalla esperienza fatta nel proprio ospedale, e quindi sei mesi, un anno al massimo, debbono essere sufficienti. Altrimenti, se c'è bisogno di medici che prestino un vero e proprio servizio sanitario, allora non è opportuno autorizzare a recarsi nei Paesi sottosviluppati quelli che sono già in ruolo ed hanno quindi una responsabilità precisa nel loro ospedale.

ALBANESE. Vorrei fare una precisazione al senatore Perrino. Forse io non mi sono espresso bene prima.

Qui non si tratta di mancanza di spirito sociale: io sono perfettamente d'accordo sul fatto che i Paesi sottosviluppati hanno diritto alla nostra massima solidarietà. Però non dobbiamo dimenticare i nostri problemi che sono molto importanti. Se il collega Perrino dice che ad un concorso per un posto si sono presentati moltissimi concorrenti, io posso portare un esempio opposto. Ciò vuol dire che non v'è una esuberanza di medici, ma un cattivo sistema che non riesce a collocare al posto giusto quelli che hanno bisogno di lavorare.

Se effettivamente si vuol dare una mano ai popoli sottosviluppati, mi permetto di avanzare la seguente proposta: si dia, a spese del Governo italiano, una preparazione particolare ai sanitari che sono disposti ad andare in Africa o in Asia a tempo indeterminato, senza privare i nostri organismi ospedalieri di personale a cui è affidato il loro funzionamento. Io direi di creare addirittura una speciale organizzazione e di avviare questi medici disposti a recarsi nei Paesi sottosviluppati in un particolare centro (istituito, per esempio, a Roma) dove essi possano essere adeguatamente preparati dal punto di vista tecnico e scientifico per prestare la loro attività in pianta stabile, senza il limite di tempo di sei mesi o di un anno, che da un punto di vista pratico non trova assolutamente nessuna giustificazione.

Alla senatrice Dal Canton desidero precisare che è lungi da noi l'idea di non prestare aiuto alle popolazioni dei Paesi sottosviluppati, che ne hanno bisogno, anzi ne hanno diritto. Però organizziamo questo aiuto in maniera intelligente. Il Governo italiano, tramite l'organizzazione sanitaria italiana, provveda, come ripeto, attraverso appositi centri, a fornire una adeguata preparazione a questi medici volontari, in modo che possano poi restare nei Paesi sottosviluppati tutto il tempo che vogliono.

Un'ultima proposta desidero fare ed è questa: che ai medici che sono disposti a recarsi in Africa o in Asia si riconosca, al rientro in Patria, il servizio prestato nei Paesi sottosviluppati, come se fosse stato prestato nei nostri ospedali.

ORLANDI. Invito i commissari a volersi attenere ai termini del disegno di legge. Quando, come fa la senatrice Dal Canton, parliamo della sistemazione di medici che oggi premono perchè non trovano lavoro, adduciamo un argomento estraneo al disegno di legge: non si tratta infatti di trovar posti di lavoro, nè tanto meno si tratta di fare i missionari; si tratta soltanto di consentire a della gente già capace, già di ruolo negli ospedali (la legge parla esplicitamente di enti ospedalieri), di assentarsi per recarsi in un Paese in via di sviluppo. Quali

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)6^a SEDUTA (16 aprile 1969)

ripercussioni si avranno negli enti ospedalieri? Questo è il punto, e soltanto questo.

Occorre stabilire la soluzione di un importante problema: il personale di ruolo si assenta per tre anni e viene sostituito da altro personale. Al ritorno dei primi, quale sorte toccherà ai secondi? Alla luce di tale considerazione, il periodo di tre anni previsto dal provvedimento al nostro esame è eccessivamente lungo, e concordo con il senatore Del Pace sulla opportunità di una sua riduzione, sì da non creare difficoltà agli enti ospedalieri.

R I P A M O N T I , *ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi! Le difficoltà e la lentezza con le quali attualmente prendono corpo le iniziative di collaborazione a livello internazionale, tendenti a superare gli squilibri che permangono fra vaste aree regionali; questa difficoltà e questa lentezza, dicevo, nell'affrontare problemi di profondo significato umano, sociale e politico, avvalorano, a mio avviso, le iniziative che partono da singoli individui o da gruppi di diversa tendenza dirette ad inserirsi razionalmente nella politica di sviluppo sociale e civile dei Paesi del Terzo Mondo.

Trovandomi di fronte alla proposta di legge dell'onorevole Storchi, come Ministro della sanità, al di là delle considerazioni di ordine tecnico-organizzativo sulla legge ospedaliera, non ho potuto che manifestare il mio consenso, stante il profondo significato umano della proposta stessa, significato che non è sfuggito ai senatori comunisti intervenuti nel dibattito alla Camera. Il punto di vista della Sanità è che il provvedimento meriti un parere favorevole, condizionato alla durata dell'aspettativa. Tale parere condizionato è stato da me espresso in considerazione delle situazioni che si erano verificate all'interno dei nostri ospedali.

La Camera dei deputati, affrontando l'esame del provvedimento e tenendo conto delle indicazioni fornite dal Governo, ha definito all'articolo 2 la durata massima dell'aspettativa in 3 anni. Ciò è stato deciso dopo un dibattito cui tutte le parti politiche hanno dato il loro contributo e nel corso

del quale sono stati sottolineati taluni aspetti, che qui sono stati riproposti, relativi alla sostituzione del personale e alle difficoltà che si potrebbero verificare qualora il fenomeno assumesse una certa entità.

Il contributo degli enti ospedalieri ad un processo di integrazione delle strutture sanitarie dei diversi Paesi ed in particolare di quelli in via di sviluppo scaturisce dalle disposizioni della legge 28 marzo 1968, n. 380, con cui il Ministero degli affari esteri è autorizzato ad inviare nei Paesi bisognosi personale dipendente dallo Stato al quale viene conservato il posto, ma viene sospeso ogni emolumento. Poichè si è ritenuta non del tutto possibile una procedura simile per gli ospedali, i proponenti del disegno di legge in esame hanno individuato nel volontarismo il contributo che in campo ospedaliero può essere fornito ai Paesi in via di sviluppo. Più che di una collaborazione degli enti ospedalieri si tratta, quindi, di apporto di personale medico ospedaliero, personale tecnico sanitario ausiliario, il quale chiede di recarsi in quei Paesi facendosi collocare in aspettativa e rinunciando agli emolumenti, con la garanzia, peraltro, rientrando in Patria, di poter rioccupare il posto ottenuto per concorso. Una collaborazione, perciò, indiretta da parte degli enti ospedalieri e diretta da parte del personale sanitario, il quale ultimo opera liberamente la sua scelta. Ecco il motivo della limitatezza dell'iniziativa.

D'altro canto, ad evitare che si verifichi l'ipotesi prospettata di un massiccio esodo di personale dagli ospedali, proporrei che, pur approvando il testo trasmesso dalla Camera dei deputati, ci si riservasse di consigliare gli enti ospedalieri di esaminare le singole posizioni dal punto di vista della loro funzionalità interna, di modo che — entro il termine massimo di 3 anni — possa essere limitata la concessione dell'aspettativa in considerazione delle difficoltà che potrebbero verificarsi nei vari servizi ospedalieri.

Come verrà sostituito, in particolare, un primario che dovesse decidere di recare il suo contributo ad un Paese in via di sviluppo? È detto nelle norme delegate dell'at-

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)6^a SEDUTA (16 aprile 1969)

tuale legge ospedaliera che prevedono la possibilità di una sostituzione con un incaricato, il quale avrà sì lo svantaggio, al rientro del titolare, di dover abbandonare il posto, ma avrà comunque acquisito dei punti validi ai fini della formazione delle graduatorie nei concorsi ai quali dovesse partecipare.

Rimane, certo, valida l'osservazione fatta da più parti e sintetizzata, in maniera alquanto polemica, dal senatore Argiroffi, ed in modo vivace dal senatore Del Pace, che cioè si tratta comunque di iniziative individuali o al massimo di piccoli gruppi associati, non essendosi ancora compiuto il salto qualitativo che porti ad una iniziativa globale della Organizzazione delle Nazioni Unite, capace di rendere più efficiente e più razionale questa forma di collaborazione ai Paesi in via di sviluppo. Ritengo, tuttavia, che una simile intesa generale costituirà una conquista che potrà verificarsi in rapporto alla sempre maggiore frequenza di iniziative singole o di gruppi. Così, anche il nostro dibattito contribuirà a mettere in rilievo l'esigenza del superamento razionale degli squilibri, delle situazioni intollerabili che permangono nelle diverse parti del mondo. Nel momento in cui gli uomini sono in grado di contemplare questo nostro pianeta da altissime distanze, si sono venute a creare dimensioni spaziali e temporali tali da far perdere ogni significato ad una aspettativa di 3 anni, quando si tratta di recare un contributo di solidarietà e di esperienza a Paesi in fase ancora molto arretrata di sviluppo civile e sociale.

Il Ministro assume, comunque, l'impegno, in sede di applicazione del provvedimento, di ricordare agli enti ospedalieri — anche se in Italia quando indichiamo un limite massimo esso tende a diventare spesso vincolante — che quello di 3 anni è un arco di tempo entro il quale ciascun ente deve valutare la possibilità di privarsi di qualche sanitario senza compromettere l'efficienza e la continuità dei propri servizi.

In base a tali considerazioni, e poichè si tratta di dare un significato profondamente umano al disegno di legge in esame, prego i

membri della Commissione di volerlo approvare nel testo trasmesso dalla Camera dei deputati.

P R E S I D E N T E, *relatore*. Dopo i chiarimenti e le argomentazioni dell'onorevole Ministro nonchè l'impegno da lui assunto di invitare le amministrazioni ospedaliere ad usare con la massima oculatezza della facoltà che viene concessa per quanto riguarda la durata dell'aspettativa, pregherei i senatori Orlandi e Del Pace di non insistere nella loro richiesta di modifica del termine massimo di assenza del personale sanitario interessato.

O R L A N D I. Prendiamo atto delle dichiarazioni del ministro Ripamonti e delle assicurazioni sull'orientamento che verrà impartito alle amministrazioni ospedaliere. Ritiriamo, pertanto, la nostra proposta di modifica.

P R E S I D E N T E, *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.

Gli enti ospedalieri di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132, compatibilmente con le esigenze di servizio, possono autorizzare personale medico e tecnico di ruolo a prestare attività in Paesi in via di sviluppo, al fine di contribuire al loro progresso nel campo sanitario.

(È approvato).

Art. 2.

Il personale di cui all'articolo 1 è posto in aspettativa per un periodo comunque non superiore ai tre anni.

(È approvato).

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)6^a SEDUTA (16 aprile 1969)

Do ora lettura dell'ordine del giorno presentato dai senatori Maria Pia Dal Canton e Perrino:

« La Commissione sanità del Senato della Repubblica, persuasa dell'importanza sociale e umana del lavoro che può svolgere il personale sanitario e sanitario ausiliario che accetta di recarsi a lavorare nei Paesi in via di sviluppo, chiede al Governo di voler disporre affinché i limiti di età stabiliti per adire ai vari concorsi vengano rinviati di un periodo corrispondente al servizio prestato e non superiore ai 3 anni ».

MONTINI. Non sarebbe forse il caso di precisare « servizio prestato nei Paesi in via di sviluppo »?

PRESIDENTE, *relatore*. È implicito nello spirito dell'ordine del giorno.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. L'ordine del giorno presentato dai senatori Maria Pia Dal Canton e Perrino è senza dubbio valido. Io dichiaro di prenderlo in considerazione come raccomandazione.

DEL PACE. Da parte mia vorrei pregare l'onorevole Ministro di accogliere, sempre come raccomandazione, la proposta di considerare il servizio sanitario prestato in Paesi sottosviluppati come servizio militare.

RIPAMONTI, *ministro della sanità*. È noto che esistono leggi che prevedono già in alcuni casi quanto lei chiede, ad esempio per quanto riguarda il servizio prestato nel Corpo dei vigili del fuoco. Inoltre al riguardo non mancano già altre iniziative che devono essere discusse.

PRESIDENTE, *relatore*. Ritengo che il contenuto dell'ordine del giorno accolto come raccomandazione dal Ministro, trovi consenziente tutta la Commissione.

Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

(È approvato).

La seduta termina alle ore 12,30.

UFFICIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Direttore delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ENRICO ALFONSI