

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

11^a COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

VENERDÌ 5 GIUGNO 1964

(16^a seduta, in sede deliberante)

Presidenza del Presidente ALBERTI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

« Modifiche al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie » (158) (D'iniziativa del deputato De Maria) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Seguito della discussione e approvazione):

PRESIDENTE	Pag. 210, 215
CAROLI	214
CASSANO	214, 215
DI GRAZIA	213
GRAZIOSI, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	215
MACCARRONE	212, 213, 214, 215
PERRINO	213, 214
TIBALDI	213
ZONCA, <i>relatore</i>	210, 215

« Compenso per il personale incaricato di coadiuvare temporaneamente il medico provinciale nella vigilanza del funzionamento dei servizi medico-scolastici » (462) (Discussione e rinvio):

PRESIDENTE	215, 216, 224
CAROLI	223
CASSINI	217, 218
CRISCUOLI	220, 222
DI GRAZIA	224
FERRONI	222

GRAZIOSI, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	Pag. 218, 220, 221
MACCARRONE	216, 217, 218, 219, 220, 223, 224
PERRINO	216
PICARDO	220
SAMEK LODOVICI	218, 220, 223
SELLITTI, <i>relatore</i>	215
ZONTA	217

« Modificazioni alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046, per elevare i limiti di età per l'ammissione alla scuola per infermiere ed infermieri generici » (572) (D'iniziativa del senatore Di Grazia) (Discussione e rinvio):

PRESIDENTE	224, 227
CASSINI, <i>relatore</i>	224, 226
DI GRAZIA	227
GRAZIOSI, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	226, 227
PERRINO	226
SAMEK LODOVICI	225, 226
ZONCA	227

« Ammissibilità dei laureati in farmacia ai concorsi, uffici e impieghi riservati ai laureati in chimica e farmacia » (581) (D'iniziativa del deputato Bartole) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Discussione e approvazione):

PRESIDENTE	227, 228
PERRINO	228
ROSATI, <i>relatore</i>	227, 228

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

La seduta è aperta alle ore 9,55.

Sono presenti i senatori: Alberti, Caroli, Cassano, Cassini, Criscuoli, Di Grazia, Ferroni, Lorenzi, Maccarrone, Perrino, Picardo, Rosati, Samek Lodovici, Sellitti, Simonucci, Tibaldi, Tomasucci, Zanardi, Zelioli Lanzini e Zonca.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma, del Regolamento, il senatore D'Errico è sostituito dal senatore Rovere.

Interviene il Sottosegretario di Stato per la sanità Graziosi.

CRISCUOLI, Segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Seguito della discussione e approvazione del disegno di legge d'iniziativa dei deputati De Maria: « Modifiche al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie » (158) (Approvato dalla Camera dei deputati)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge d'iniziativa del deputato De Maria: « Modifiche al regio decreto 11 marzo 1935 n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie », già approvato dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo la discussione sul disegno di legge, di cui do nuovamente lettura:

Articolo unico.

Sono ammessi a partecipare ai concorsi a posti di ufficiale sanitario, di cui al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, indipendentemente dal limite di età, anche i sanitari di ruolo presso ospedali dipendenti da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che rivestano, con almeno tre anni di anzianità nel ruolo, la qualifica di sovrintendente sanitario, di direttore, di vice direttore o di ispettore sanitario.

ZONCA, relatore. Il disegno di legge n. 158, che è stato proposto dall'onorevole De Maria e approvato in sede di Commissione il 26 settembre 1963 dalla Camera dei deputati, riguarda le modifiche al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie. Noi avevamo già esaminato questo disegno di legge in una precedente seduta ed erano sorte delle preoccupazioni che si dovesse votare in sede deliberante una disposizione che riguardava un numero limitato di sanitari; e allora, dinanzi a questa perplessità, il disegno di legge era stato rinviato. Adesso ritorna in Commissione con una maggiore documentazione. Io ho voluto sentire il parere dei direttori delle Facoltà di igiene delle diverse Università italiane: Roma, Genova, Milano, Padova, Cagliari, Bologna, Firenze, Torino e Pavia, per conoscere il loro orientamento, essendo essi direttamente interessati a questa faccenda; ed ho avuto risposte che molto cortesemente mi davano suggerimenti che sono stati per me di notevole utilità.

Come dicevo, con questo disegno di legge si vuole introdurre una modifica al regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, concernente i concorsi a posti di sanitari addetti ai servizi dei Comuni e delle Provincie.

L'articolo 5 di questo decreto pone il limite di età di 32 anni per l'ammissione al concorso salvo modifiche per alcune categorie di cittadini, limite di età che, successivamente, colla legge 30 dicembre 1958, n. 1174, è stato elevato a 35 anni per gli ufficiali sanitari e medici condotti, e con la legge 5 marzo 1951, n. 201, al massimo di 40 anni.

Sempre secondo il decreto 11 marzo 1935, n. 281, sono invece ammessi al concorso, indipendentemente dal limite di età:

a) i medici provinciali e i medici provinciali aggiunti che prestino da almeno tre anni servizio effettivo nell'Amministrazione della sanità pubblica;

b) i sanitari nominati in seguito a concorso, che alla data del bando prestino servizio sia come ufficiali sanitari, sia come

medici presso uffici comunali o presso reparti medico-micrografici di laboratori provinciali di igiene e profilassi.

Con la legge 2 agosto 1957, n. 676, articolo unico, che recita: « I sanitari titolari di posti di ruolo presso Amministrazioni comunali, consorziali e provinciali sono ammessi, in esenzione del limite di età, a partecipare ai concorsi disciplinati del regolamento approvato dal regio decreto 11 marzo 1935, n. 281 », si confermano ed estendono le disposizioni contenute nel comma *b*), articolo 5, del regio decreto 11 marzo 1935, n. 281.

Inoltre il Titolo IV, articolo 70 dello stesso regio decreto n. 281, concernente i concorsi ai posti di laboratori provinciali di igiene e profilassi dice che « i limiti di età per l'ammissione al concorso sono stabiliti in conformità delle disposizioni contenute nei primi due comma dell'articolo 5 ».

Indipendentemente dai limiti predetti sono ammessi al concorso:

a) gli aiuti e gli assistenti di ruolo delle Facoltà di medicina e chirurgia;

b) coloro che alla data del bando di concorso prestino servizio presso laboratori di igiene e profilassi dipendenti dallo Stato o da altri enti pubblici a seguito di regolare nomina per pubblico concorso.

Ora ne consegue che, per il disposto dell'articolo 5, lettera *b*), del regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, e dell'articolo unico della legge 2 agosto 1957, n. 676, sopra riportati, tutti i sanitari titolari di posti di ruolo che alla data del bando di concorso prestino servizio presso Amministrazioni comunali consorziali e provinciali e presso reparti medico-micrografici di laboratori provinciali di igiene e profilassi sono ammessi ai concorsi per ufficiale sanitario indipendentemente dal limite di età.

Si deve aggiungere che per il decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 1° aprile 1947, n. 219, sono specificatamente ammessi al concorso pubblico per ufficiale sanitario indipendentemente dal limite di età (articolo unico, lettera *b*) gli aiuti e gli assistenti di ruolo degli Istituti universitari di igiene delle Facoltà di medicina e chirurgia.

Si deve ancora aggiungere che per la legge 24 giugno 1950, n. 465, articolo 17: i limiti massimi di età previsti per l'ammissione per pubblici concorsi nelle Amministrazioni dello Stato, comprese quelle con ordinamento autonomo, sono aumentati, nei confronti degli assistenti ordinari cessati dal servizio per ragioni di carattere non disciplinare, di un periodo pari a quello di appartenenza ai ruoli di assistente; e nei confronti degli assistenti volontari o incaricati, sia in attività sia cessati per ragioni di carattere non disciplinare, di un periodo pari alla metà del servizio presso l'Università o Istituto di istruzione universitaria.

Pertanto allo stato attuale delle disposizioni legislative possono concorrere ai posti di ufficiale sanitario, indipendentemente dal limite di età, tutti i sanitari che rientrano nelle categorie e disposizioni contemplate nelle seguenti leggi: regio decreto 11 marzo 1935, n. 281, articolo 5; legge 2 agosto 1957, n. 676, articolo unico; decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 1° aprile 1947, n. 219, articolo 1, comma *b*); legge 24 giugno 1950, n. 465, articolo 17; regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, articoli 42-43.

Praticamente cioè tutti i sanitari titolari di posti di ruolo presso Amministrazioni comunali, consorziali e provinciali, tutti gli aiuti e gli assistenti di ruolo degli Istituti universitari e di igiene della Facoltà di medicina e chirurgia, tutti gli aiuti e assistenti di ruolo delle Facoltà di medicina e chirurgia in quanto possono concorrere ai posti presso i laboratori provinciali di igiene e profilassi e acquisito il posto di ruolo, per il disposto della legge 2 agosto 1957, n. 676, articolo 1, possono successivamente concorrere ai posti di ufficiale sanitario.

Restano così esclusi dal partecipare ai concorsi per ufficiale sanitario, indipendentemente dal limite di età, solo ed esclusivamente i sanitari titolari di posti di ruolo presso ospedali amministrati da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che rivestano la qualifica di sovrintendente sanitario, di direttore, di vice direttore e di ispettore sanitario anche se hanno una anzianità di tre anni di ruolo.

È necessario e doveroso sottolineare che gli ospedali amministrati da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza sono la maggior parte, mentre gli ospedali amministrati da Comuni e Provincie sono la parte minore. Ma, come si diceva, i direttori sanitari di ospedali amministrati da istituzioni pubbliche e di assistenza e beneficenza sono esclusi dal beneficio dell'esenzione del limite di età, mentre i direttori sanitari di ospedali amministrati da Comuni e Provincie, come titolari di posti di ruolo presso tali enti, e per effetto della legge 2 agosto 1957, n. 676 — già citata — godono dell'esenzione del limite di età. In pratica quindi può accadere che ad un concorso di ufficiale sanitario abbia diritto di essere ammesso, pur avendo superati i limiti di età, il direttore sanitario di un ospedale psichiatrico provinciale, medico che in genere non ha una particolare competenza in campo igienico, e debba invece essere escluso il direttore sanitario, appena quarantenne e magari in possesso della libera docenza in igiene, di un ospedale amministrato da una istituzione pubblica di assistenza e beneficenza, il quale unicamente per quest'ultimo motivo, di per sé stesso incomprensibile, non può beneficiare delle agevolazioni previste in favore del collega dipendente da una Amministrazione provinciale o comunale.

In sostanza non si tratterebbe quindi di approvare un disegno di legge per favorire una ristretta, seppure benemerita, categoria di sanitari igienisti, ma di emendare opportunamente le incongruenze della legislazione vigente, la quale, ingiustificatamente, torna ad esclusivo danno della categoria dei direttori sanitari di ospedali retti da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. La categoria di questi direttori sanitari per lo più è costituita da igienisti qualificati o da medici che hanno acquisito nel campo specifico una vasta competenza igienica e perciò sono, in genere, preparati e idonei a svolgere le mansioni di ufficiale sanitario presso Comuni e Provincie.

In definitiva poi la loro capacità professionale specifica sarà vagliata alla prova del pubblico concorso.

Si deve anche tener conto del criterio di reciprocità. Infatti, ai sensi degli articoli 42 e 43 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, gli ufficiali sanitari in servizio, con nomina definitiva, nei capoluoghi di provincia con più di 150.000 abitanti, possono partecipare, indipendentemente dai limiti di età, ai concorsi di sovrintendente e di direttore sanitario di ospedale. Pertanto sarebbe giusto che i direttori sanitari godessero di uguale beneficio per la partecipazione ai concorsi di ufficiale sanitario. E ciò anche a prescindere dal concetto che è opportuno seguire l'indirizzo generale di favorire l'accesso ai posti di sanitari in questione al personale medico che è in possesso di una cultura e di una preparazione professionale specifica.

Dal punto di vista previdenziale il limite di età non crea eccezioni, perchè i sanitari dipendenti da ospedali amministrati da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza sono iscritti alla stessa Cassa di previdenza alla quale sono iscritti tutti i sanitari dipendenti dagli enti locali e quindi anche gli ufficiali sanitari.

M A C C A R R O N E. Io vorrei prima di tutto compiacermi con il relatore per la sua attenta, documentata e precisa relazione. Debbo osservare però che tutto lo sforzo fatto dal relatore, se mai, dovrebbe portare a una conclusione inversa a quella contenuta nel progetto di legge: cioè dovrebbe portare a proporre di mettere ordine in questa jungla dei concorsi, piuttosto che accrescere con un'altra pianta il fitto della foresta.

Le carriere igienistiche al livello degli ospedali e al livello degli uffici sanitari locali sono diversissime, per il loro contenuto, per la preparazione culturale che si richiede e per l'esperienza necessaria nelle due branche. E direi che già l'aver aperto la possibilità ai tecnici dell'Amministrazione sanitaria di accedere ai posti di direzione degli uffici sanitari locali è un errore della legislazione passata che noi ereditiamo e che, secondo me, non dobbiamo accentuare. Nè mi pare che sia un motivo il fatto che gli unici ad essere esclusi siano i sanitari

che dirigono gli ospedali amministrati da istituzioni di assistenza e beneficenza, perchè, se è vero che è già una forzatura l'aver ammesso persino i laboratoristi dei laboratori provinciali, se è una forzatura l'aver ammesso che gli aiuti e assistenti delle Facoltà di medicina, in cattedre diverse da quelle dell'igiene, possano accedere senza limiti di età a questi concorsi — se è vero questo — a maggior ragione diventa vera la osservazione per quel che riguarda i direttori sanitari degli ospedali, i quali sono dei tecnici di tipo particolare che non hanno niente a che fare con gli ufficiali sanitari sotto nessun punto di vista.

Quindi, secondo me, per quel che riguarda questi concorsi, e in genere per quel che riguarda i titoli di ammissibilità ai concorsi sanitari, bisognerebbe fare un ampio lavoro di revisione per distinguere nettamente le carriere e per impedire che, attraverso il meccanismo dell'idoneità o della scarsa partecipazione ai concorsi, si assorbano in certe carriere persone insufficientemente idonee, e che, soprattutto negli uffici dell'Amministrazione sanitaria pubblica, vada a finire il personale sanitario meno qualificato.

Non vi è dubbio che l'interesse, per il sovrintendente sanitario di un grosso ospedale, a concorrere al posto di ufficiale sanitario è molto limitato, a meno che non vi siano delle ragioni soggettive proprie della carriera di questi soggetti che spingono a cambiare attività; perchè al di sopra dei 45-50 anni mettersi a fare l'ufficiale sanitario di un grosso Comune, dopo aver fatto per 15-20 anni la carriera ospedaliera, è un'operazione che può sostenere solo chi ha fallito — lasciatemi dire la parola — in un campo o nell'altro, o abbia dei grossi nei.

A mio giudizio dobbiamo distinguere nettamente le carriere igienistiche, diversissime tra loro per il contenuto e la preparazione che richiedono. Per questo noi non siamo favorevoli ad immettere nuove categorie nel ruolo degli ufficiali sanitari, anzi, invociamo una revisione della legislazione attualmente in vigore che limiti, rigorosamente, i requisiti di ammissibilità ai concorsi nel campo della sanità pubblica a li-

vello comunale, provinciale e a livello dell'organizzazione centrale.

T I B A L D I. Mi permetto di intervenire, senatore Maccarrone, a proposito degli assistenti universitari, per questa ragione: bisogna considerare che nei nostri Istituti scientifici di patologia generale e di anatomia patologica, non si trovano più assistenti perchè essi sanno che, ad una certa età, a meno che non siano arrivati a ricoprire una cattedra, si troveranno ogni carriera completamente sbarrata, senza alcuna possibilità di sistemazione. Ora, io credo che coloro che si sono perfezionati in queste materie siano in condizione di poter esplicare lodevolmente le funzioni di ufficiale sanitario. Non sono dello stesso parere per quanto riguarda, invece, quegli ospedalieri, i quali in età alquanto avanzata vogliono intraprendere la carriera di igienisti, e in questo, senatore Maccarrone, sono d'accordo con lei.

D I G R A Z I A. Condivido il parere del collega Tibaldi il quale, giustamente, fa rilevare che i giovani medici, i quali hanno acquisito una cultura nel campo della patologia generale e dell'anatomia patologica, offrono tutte le garanzie per poter ricoprire i posti di ufficiale sanitario.

M A C C A R R O N E. Possono fare i patologi, nessuno lo vieta, anche nei laboratori provinciali!

D I G R A Z I A. Per quanto riguarda, invece, gli ospedalieri, sono contrario ad ammetterli ai concorsi previsti nel disegno di legge, perchè è chiaro che costoro desiderano ad un certo punto ricoprire i posti di ufficiale sanitario, allettati soltanto dalla prospettiva di maggiori guadagni.

P E R R I N O. Credo che occorra sgombrare il terreno da qualche preconcetto affiorato nella discussione.

Non sono d'accordo col senatore Maccarrone quando afferma che il personale ospedaliero qui menzionato non ha la qualificazione sufficiente per ricoprire i posti di uf-

ficiale sanitario, perchè si tratta di professionisti che hanno superato seri concorsi imperniati su una specifica specializzazione igienistica, per cui ritengo che siano pienamente idonei a svolgere le mansioni considerate ...

M A C C A R R O N E. Il Consiglio superiore della pubblica istruzione ha stabilito due specializzazioni ben distinte: quella di igiene e sanità pubblica e l'altra di igiene e tecnica ospedaliera ...

P E R R I N O. Mi pare che a favore di questo disegno di legge militi, oltre tutto, un criterio di reciprocità.

Finora questo ruolo dei sovrintendenti sanitari e degli ufficiali sanitari, è stato un po' riservato — come è detto anche nella relazione — ai medici provinciali. Abbiamo assistito negli anni passati ad un certo esodo, dal Ministero della sanità, di medici provinciali a livello di aiuti — ma non solo aiuti — i quali preferivano slittare, diciamo così, nel ruolo degli ufficiali sanitari o addirittura dei sovrintendenti sanitari. Se ciò è stato consentito ad una determinata categoria di persone, perchè dovremmo impedirlo al personale ospedaliero qui menzionato il quale, ripeto, ha tutti i requisiti per poter svolgere le mansioni richieste?

Non vedo il motivo per cui dobbiamo ostinarci a negare l'approvazione del presente disegno di legge e, pertanto, esprimo parere favorevole.

C A R O L I. Il presente disegno di legge considera solo la possibilità di accedere ai concorsi a posti di ufficiale sanitario, quindi, mi pare che la preoccupazione espressa dal senatore Maccarrone sia ingiustificata.

C A S S A N O. Le perplessità espresse dal collega Maccarrone hanno un certo fondamento, quando siamo di fronte a questo modo di legiferare frammentario e parziale che esige sempre nuove e altrettanto parziali integrazioni.

Oggi, in sostanza, ci troviamo a dover rimediare, mettendo un'altra toppa, per avere precedentemente consentito di acce-

dere a questi concorsi ad una certa categoria di persone, escludendone un'altra che aveva la stessa preparazione ed analoghi requisiti di provenienza.

Un senso di equità e di giustizia esige che noi ammettiamo i medici ospedalieri in questione ai concorsi dopo che un'altra categoria affine ha ottenuto lo stesso beneficio, oppure che ci facciamo promotori della revoca della disposizione precedente. Mi pare che non possiamo « lavarcene le mani », con la promessa di provvedere in seguito lasciando, intanto, le cose come stanno!

D'altra parte, il fatto che ci sia una netta differenziazione di contenuto e di preparazione tra l'igiene tecnica-ospedaliera e la igiene-sanità pubblica, mi permetta, senatore Maccarrone, di metterlo in dubbio, perchè è pur sempre il comune fondamento igienistico ad ispirare poi l'orientamento nell'uno o nell'altro senso. Guai a colui che fosse soltanto capace di fare l'igienista nel campo della pura tecnica ospedaliera e non fosse sufficientemente duttile da adattarsi su un altro terreno così strettamente vicino ed affine! Questa « specialistica » nel campo dell'applicazione non è accettabile; bisogna controllare la capacità dei singoli di trasferirsi da un terreno all'altro, e si prevede appunto il concorso che metterà il candidato di fronte a delle prove specifiche.

Auspico che si arrivi presto ad un orientamento tempestivo degli studenti, anche prima della laurea, verso i settori dell'igiene e della medicina sociale; oggi però non possiamo non ammettere la tesi sostenuta dal relatore e affermata nel presente disegno di legge. A mio avviso, pure riconoscendo che ci troviamo nella condizione di dover legiferare ancora battendo una strada sbagliata, dobbiamo approvare quanto ci viene proposto.

M A C C A R R O N E. Vorrei un chiarimento da parte del Governo e lo chiedo anche perchè non ho inteso, col mio intervento precedente, nè « lavarmi le mani » della situazione, nè bloccare un provvedimento che ha un suo fondamento di equità e di giustizia o, comunque, di livellamento, ma richiamare l'attenzione sulla necessità di pro-

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)16^a SEDUTA (5 giugno 1964)

cedere in una direzione diversa da quella attuale.

In poche parole, la sostanza della mia argomentazione è la seguente: è giusto approvare il presente disegno di legge, o non è più giusto che il Governo riordini la materia, per quanto riguarda questi concorsi al livello degli uffici locali della sanità, che non sono più livelli subordinati, ma primari perchè costituiscono gli organi periferici del Ministero della sanità?

Dal momento che ho la parola, mi consenta il signor Presidente di approfittarne per precisare che il comune fondamento nelle due carriere igienistiche riguarda solo l'insegnamento, nelle due scuole di specializzazione dell'igiene generale; nei tre anni d'insegnamento nelle due scuole di perfezionamento di igiene-tecnica ospedaliera e igiene-sanità pubblica le materie sono invece completamente diverse.

CASSANO. Non esiste specializzazione in igiene che non contenga l'insegnamento di igiene-tecnica ospedaliera.

MACCARRONE. È vero, ma solo per quanto riguarda l'igiene generale. Però, lei m'insegna, che oggi occorre una specializzazione molto più ampia e che l'igiene è assai più complessa di quanto non fosse 20 anni fa.

GRAZIOSI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Ministero intende procedere al più presto al riordinamento dei concorsi e degli uffici periferici della sanità nell'ambito della programmazione sanitaria che, proprio in questi giorni, il Ministro sta delineando, specie in vista dell'imminente ordinamento regionale. Nondimeno, per quanto riguarda il provvedimento in discussione, io credo che il senatore Cassano abbia espresso esattamente il pensiero del Governo quando ha parlato di un criterio di equità e giustizia insieme che milita a favore del provvedimento stesso e, pertanto, insisto sull'opportunità che venga approvato.

MACCARRONE. Proporrei un emendamento inteso ad aggiungere anche il pri-

mario di laboratorio e il primario di anatomia patologica.

ZONCA, *relatore*. Per la legge 2 agosto 1957, n. 676, tutti coloro che occupano posti presso consorzi provinciali o presso istituti a carattere pubblico possono partecipare a concorsi: per cui questo emendamento sarebbe superfluo.

MACCARRONE. Non insisto nell'emendamento.

Dichiaro che i colleghi del mio Gruppo si asterranno dalla votazione.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro chiede di parlare, dichiaro chiusa la discussione.

Metto ai voti il disegno di legge di cui ho già dato lettura.

(È approvato).

Discussione e rinvio del disegno di legge:
« **Compenso per il personale incaricato di coadiuvare temporaneamente il medico provinciale nella vigilanza del funzionamento dei servizi medico-scolastici** » (462)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Compenso per il personale incaricato di coadiuvare temporaneamente il medico provinciale nella vigilanza del funzionamento dei servizi medico-scolastici ».

Dichiaro aperta la discussione generale.

SELLITTI, *relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi; viene portato al vostro esame e alla vostra approvazione un disegno di legge presentato dal Ministro della sanità, disegno di legge che si richiama al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, concernente la disciplina dei servizi e degli organi che esercitano la loro attività nel campo dell'igiene e della sanità pubblica e che autorizzava il Ministro della sanità a conferire ai medici particolarmente competenti l'incarico di coadiuvare i medici provinciali nella vigilanza

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)16^a SEDUTA (5 giugno 1964)

del funzionamento dei servizi medico-scolastici. Tale disposizione non è stata finora attuata per mancanza di fondi.

Si vuole in sostanza che questi servizi medico-scolastici e medico-provinciali possano disporre di medici coadiutori retribuiti con un equo compenso, lo stesso previsto per il personale statale con coefficiente 402 sullo stipendio iniziale. Qualora detti medici siano dipendenti da enti pubblici, ospedali, o siano medici condotti o ufficiali sanitari, il compenso è di 30.000 lire mensili. È vero che sarebbe stato opportuno che questi medici che collaborano all'assistenza medico-scolastica fossero dei funzionari statali con attività continuativa e non temporanea, ma la ristretta disponibilità dei fondi a disposizione del Ministero della sanità non permette se non un modesto stanziamento per questo scopo nella misura di 50 milioni.

Per questo io chiedo agli onorevoli colleghi di approvare questo disegno di legge in modo che si possa dare inizio a tale collaborazione atta a potenziare il funzionamento della vigilanza medico-scolastica.

PERRINO. Dico subito che non mi sento di votare a favore di questo disegno di legge, poichè non è indicata la copertura della spesa che esso comporta.

PRESIDENTE. È indicato nel capitolo speciale.

MACCARRONE. Il disegno di legge è stato predisposto di concerto col Ministro del tesoro.

PERRINO. Comunque non è questo il punto essenziale. Qui si tratta, come è detto chiaramente nel titolo del disegno di legge, di medici scolastici che dovrebbero coadiuvare temporaneamente il medico provinciale; ma noi sappiamo come in Italia tutto ciò che è temporaneo tenda a diventare permanente. In secondo luogo non è indicato come tale scelta dovrebbe essere fatta, quindi essa è praticamente lasciata *ad libitum* del medico provinciale e comporta un onere di circa 100.000 lire mensili per ogni medico

chiamato a tale funzione e di 30.000 lire se invece si tratta di medici dipendenti da enti pubblici.

Ora io vorrei fare una considerazione: da tempo si discute in Italia sulla condotta medica, istituzione tipicamente italiana, della quale si esalta la tradizione, la nobile funzione svolta finora, ma si aggiunge da parte di qualcuno che essa ha fatto il suo tempo, e difatti, man mano che si dilata l'assistenza mutualistica che oggi interessa i quattro quinti dei cittadini, si va svuotando la funzione della condotta medica al punto che molti Comuni, via via che i medici condotti cessano dal servizio o per limiti di età, o per scarso rendimento, o per decesso, finiscono per sopprimerla. La condotta medica deve perciò evolversi ed adeguarsi alle esigenze dei tempi; e come si può ottenere ciò se non agganciandola ad altre attività sanitarie? Ora, poichè la condotta medica si è svuotata della sua originaria funzione e il numero degli iscritti negli elenchi degli aventi diritto all'assistenza dei Comuni si è venuto restringendo, specialmente dopo che l'assistenza farmaceutica è stata estesa anche ai mezzadri, ai coloni e ai braccianti, io mi domando se non sia il caso di cogliere la occasione offerta da questo disegno di legge per affidare questo servizio di medicina scolastica appunto ai medici condotti.

Mi pare che abbiamo sottolineato più volte (e anche ieri il senatore D'Errico, parlando in Aula sul bilancio della sanità lo ha fatto presente) la funzione di educazione sanitaria, di profilassi, di medicina sociale che deve essere svolta, prima di tutto, verso la scuola. Ed ecco aprirsi per il medico condotto un campo di attività che potrebbe salvare la condotta medica da una fine che sembra inevitabile. Se non si ottiene quindi che il Ministero predisponga una riforma di carattere generale in questo delicato settore, dovremmo provvedere affinché questo incarico di coadiuvare il medico provinciale nella vigilanza scolastica sia affidato di volta in volta ai medici condotti, anche per ovvie ragioni di carattere economico. Perchè dare centomila lire al mese ai nuovi incaricati, quando i medici condotti, una volta adibiti a questa funzione, troverebbero

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

non solo una convenienza finanziaria, ma potrebbero avvalersi anche di una certa unità di indirizzo aprendo la strada a una condotta più vasta di quella medica?

ZONCA. Devo confessare di essere un po' perplesso ad accogliere l'invito ad approvare il disegno di legge rivoltoci dal relatore senatore Sellitti, prima di tutto per la ragione di carattere generale che una volta dato un incarico difficilmente questo incarico si può togliere; e perciò si va incontro a un aumento di spesa nel momento in cui si cerca di limitare gli oneri. Ma c'è un'altra ragione. Io non sono del parere che i medici condotti debbano scomparire; i medici condotti potranno estendere più ampiamente la loro attività, ma dovranno sempre esistere, perchè un medico responsabile, in determinati territori, che risponda all'esigenza di chiamate improvvise, eccetera, ci deve pur essere. Ma l'aspetto è un altro, ed è diverso; cioè in alcune regioni c'è la tendenza (io parlo della mia regione e precisamente della provincia di Bergamo) molto seria e molto importante, a creare ufficiali sanitari consorziali i quali operano in tre, quattro, cinque Comuni.

Per esempio nella provincia di Bergamo e ancor più nella provincia di Como, sono stati istituiti posti di ufficiale sanitario consorziale, e nel primo esperimento, per superare difficoltà e diffidenze, i sanitari sono pagati direttamente dall'Amministrazione provinciale con stipendi discreti ma non certo allettanti, in attesa, che in un secondo tempo, quando i Comuni si saranno resi conto dell'importanza e dell'utilità del servizio dell'ufficiale sanitario, specie per quanto riguarda l'igiene preventiva scolastica, si persuaderanno a contribuire alla formazione dello stipendio. Pertanto, in attesa della legge sanitaria generale, per non creare precedenti, l'incarico potrebbe essere affidato a qualcuno fra i medici condotti più qualificati come ufficiale sanitario.

MACCARRONE. Finalmente! Perchè questa è una disposizione della legge in vigore da trent'anni.

ZONCA. Purtroppo c'è stata di mezzo la guerra. Ora evidentemente, quando saranno approvate le Regioni, questo problema sarà all'ordine del giorno; e mi sembra che non si debba adesso concedere la facoltà ai medici provinciali di chiamare medici per coadiuvarli nell'assistenza scolastica. Vi sono del resto moltissimi medici che assolvono già questa funzione, per cui io sarei del parere di non aggiungere altre spese a quelle che già ci sono, data anche la tendenza generale esistente a contenere gli oneri dello Stato.

CASSINI. Il disegno di legge in discussione ha trasportato il discorso nel campo della condotta medica. Io toccherò in seguito anche questo argomento, ma vorrei prima di tutto far notare che questo disegno di legge presenta due aspetti positivi ed uno negativo. Primo elemento positivo è l'aver riconosciuto la necessità di istituire un servizio medico-scolastico, anche se non si è parlato dei compiti che dovrebbero essere esplicitati, precisando, invece, soltanto quello che dovrebbe essere il compenso.

Il secondo elemento positivo è l'aver stabilito l'intervento dello Stato nel finanziamento.

L'aspetto negativo consiste nel fatto che non si specifica quanti dovrebbero essere questi sanitari; è un calcolo che potremmo e dovremmo fare, anche per avere un'idea della spesa, che mi pare sia la questione fondamentale.

Se stabilissimo, per esempio, un sanitario ogni 10.000 abitanti, per 50 milioni di abitanti sarebbero necessari 5.000 sanitari. Moltiplicando una quota parte di queste 5.000 unità per 100.000 lire al mese, e l'altra quota parte per 30.000 lire al mese, mi pare che si arriverebbe ad una cifra oltremodo ingente.

Sarei favorevole, invece, ad una soluzione graduale del problema, nel senso di affidare l'incarico della vigilanza medico-scolastica, nei casi di assoluta necessità, a personale ausiliario, o altrimenti, dove ciò sia possibile, ai medici condotti, i quali sono certamente all'altezza, nei Comuni di 10.000 abitanti, di assolvere alle mansioni previste.

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

GRAZIOSI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sono ipotesi che fa lei, ma nessuno ha parlato di Comuni di 10.000 abitanti!

CASSINI. Stabilisca lei il metro che ritiene più opportuno. Io non mi fermo sull'indice di 10.000 abitanti; faccio solo una ipotesi e affermo che non si può istituire un medico scolastico, pagato secondo il coefficiente 402, in un Comune rurale, perchè tale incarico diventerebbe di carattere permanente. Se vogliamo istituire permanentemente la funzione del medico scolastico nei Comuni rurali, siamo allora obbligati a istituire un medico scolastico per un consorzio di Comuni e tanti medici condotti che esplicano la stessa funzione nei singoli Comuni.

GRAZIOSI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Nessuno vuole dare a questi incarichi un carattere permanente; c'è infatti una lettera del Ministro del tesoro che dice in maniera esplicita « temporaneamente ». Se lei continua ad argomentare su un binario diverso, non so francamente che cosa risponderle.

MACCARRONE. Qui non si parla di medici scolastici, ma di personale che deve vigilare sul funzionamento dei servizi medico-scolastici. Tutte queste considerazioni sui medici scolastici, sui medici condotti e via dicendo, sono quindi fuori luogo.

CASSINI. Istituiamo allora un controllo su un servizio che ancora non esiste? In questo caso il disegno di legge sarebbe intempestivo e, quindi, ritengo inutile continuare a parlare, se prima non viene superata tale pregiudiziale.

SAMEK LODOVICI. È comprensibile, e direi anche fatale, che la nostra Commissione sia portata frequentemente a rilevare le deficienze della sanità pubblica e a sottolineare l'aspirazione generale ad una riorganizzazione in senso moderno e ad una maggiore efficienza di tutti i servizi che più strettamente da essa dipendono. Mi pare

però, sia detto con tutto il rispetto per coloro che sono intervenuti, che il presente disegno di legge non offra un'occasione legittima a questo proposito, perchè si tratta in fondo di un provvedimento di modesta portata, il quale intende solo potenziare la vigilanza sui servizi di medicina scolastica.

Il servizio medico-scolastico è una necessità universalmente riconosciuta e si può dire che, più o meno bene, viene dappertutto esplicato o da medici scolastici *ex professo*, o altrimenti, dove ciò non è ancora stato possibile, dai medici condotti, ai quali probabilmente, nel futuro riassetto dei servizi sanitari, questi compiti saranno devoluti in modo permanente.

Esiste un decreto del Presidente della Repubblica, dell'11 febbraio 1961, n. 264, il quale autorizza il Ministero della sanità a conferire ai medici particolarmente competenti, l'incarico di coadiuvare i medici provinciali nella vigilanza del funzionamento dei servizi medico-scolastici: cosa molto opportuna perchè, per quello che mi consta, esistono medici scolastici molto diligenti che esplicano proficuamente per il bene comune questo importantissimo compito; altri, invece, lo prendono, diremo così, alla leggera. Ora la relazione che accompagna il presente disegno di legge ci informa che, malgrado le ottime intenzioni del decreto suddetto, purtroppo non si è avuta mai la possibilità di aggiudicare gli incarichi previsti, per difficoltà di carattere essenzialmente economico, alle quali intende appunto provvedere il disegno di legge in discussione che appare dunque opportuno e di ordinaria amministrazione. L'unico mio punto di perplessità è questo: se gli emolumenti, previsti rispettivamente in lire 100.000 e subordinatamente in lire 30.000, siano sufficienti a raggiungere i fini che il disegno di legge si propone, cioè il reperimento e l'accettazione di questi incarichi. Mi pare che, salvo questo dubbio che va meditato per eventuali maggiorazioni degli emolumenti, il disegno di legge debba senz'altro essere approvato dalla nostra Commissione perchè cerca di ovviare ad una situazione carente in atto, senza minimamente pregiudicare tutto quello che potrà essere fatto in seguito per rendere più efficienti, più

organici, più stabili questi servizi, in sede di riforma.

MACCARRONE. Io ringrazio il Presidente per avermi dato la parola, e soprattutto il collega Samek Lodovici per avermi lasciato, con questa sua conclusione, ancora spazio per l'intervento, perchè proprio su queste conclusioni non sono d'accordo.

Il senatore Sellitti è stato estremamente chiaro — credo dobbiamo dargliene atto — nella sua relazione, presentando giustamente, nei termini e nei limiti, questo disegno di legge. Ma se, con le chiare argomentazioni che ha presentato il senatore Sellitti, con il rafforzativo intervento del senatore Samek Lodovici, il disegno di legge non potrebbe suscitare particolari reazioni negative, anzi sembra essere questo un provvedimento di ordinarissima amministrazione, riguardando solo la esecuzione di un decreto che non può avere attuazione per mancanza di fondi, credo però, senza mancare di rispetto a nessuno e prima di tutto senza mancare di rispetto al Parlamento, che questa doppia meditazione sulla legge — quella fatta dalle due Camere con la proposta della istituzione dei servizi di medicina scolastica e quella fatta ora, di ritorno, sul finanziamento della vigilanza sui servizi di medicina scolastica — sia quanto mai opportuna.

Qual'è la situazione nel Paese a proposito dei servizi di medicina scolastica dopo la emanazione del decreto 11 febbraio 1961, n. 264? La risposta a questa domanda apre, secondo me, un orizzonte estremamente vasto di indagine, di approfondimenti, di precisazioni. Il servizio di medicina scolastica, che hanno svolto lodevolmente, nell'ambito della loro funzione, i medici italiani, e in particolare i medici condotti, è esistito fin dalla unità d'Italia. Non è un fatto nuovo; è infatti obbligo del Comune esercitare la vigilanza sulla popolazione in età scolare. Però in che cosa è consistito quest'obbligo nel passato? È consistito prima di tutto nel controllo sul rispetto delle leggi sulla vaccinazione obbligatoria; nelle zone malariche, nella rilevazione dell'indice splenico e qualche volta nella rilevazione in goccia spessa della presenza di plasmodi; nelle zone col-

pite da affezioni oculari (tracoma), nella rilevazione, spesso solo statistica, della presenza del tracoma, e così via; cioè non è uscita dall'ambito della tradizionale politica sanitaria centrata sulla lotta alle malattie infettive in senso lato. Ma con il decreto del 1961 si è inteso innovare profondamente la funzione del medico scolastico; ed io ho letto con estrema attenzione la relazione di maggioranza, cioè la base politica che il Senato ha offerto all'attenzione dell'esecutivo, sul bilancio del 1963-64, e se dovessi confrontare questo indirizzo, questa direttiva, con l'azione pratica del Ministero in questo campo, dovrei dire che non sono state assolutamente rispettate le indicazioni del Parlamento. Ecco perchè, onorevoli colleghi, da un piccolo disegno di legge, da una piccola questione ogni volta siamo costretti a risalire alla questione più generale della politica sanitaria del nostro Paese. Questa piccola questione della vigilanza sul funzionamento dei servizi medico-scolastici nelle province ci porta da un lato a riflettere sulla politica del Ministero, dopo il 1961, nel campo della medicina sociale, sull'efficacia delle direttive ai fini della diffusione capillare in tutto il Paese dei servizi di medicina sociale, sul rispetto che delle leggi dello Stato hanno i Prefetti nell'istituzione dei servizi di medicina scolastica, poichè risulta — e a me risulta in modo documentato — che vi sono province d'Italia dove i Prefetti hanno impedito la funzione integratoria delle province nel servizio di medicina scolastica, opponendosi alla costituzione dei Consorzi o alla sostituzione della Provincia ai Comuni che non possono provvedere alla istituzione dei servizi di medicina scolastica, senza che per questo il Governo abbia richiamato questi suoi funzionari al rispetto delle leggi. Se consideriamo lo stato di questi servizi, ci rendiamo conto che oggi la necessità primaria non è la vigilanza, ma è soprattutto necessario indirizzare, normalizzare, regolamentare, disciplinare con norme di ordine generale tali servizi.

Quindi questo disegno di legge, da una parte ci porta a una considerazione specifica di politica sanitaria, però, d'altra parte, ci porta ad altre considerazioni. Quali sono

gli organici degli uffici sanitari provinciali? Come sono costituiti? Questi organici, per concorsi e per trasferimenti, si sono considerevolmente ampliati rispetto ai vecchi organici degli uffici sanitari provinciali esistenti presso le Prefetture. Vi sono, oggi, assieme al medico provinciale, in province medie, in genere due medici provinciali aggiunti. Sono carenti ancora servizi importanti come quello dei controlli sulle farmacie e sui farmaci.

Con questo disegno di legge si tende ad aggiungere all'ufficio sanitario provinciale, all'ufficio del medico e del veterinario provinciale, un nuovo addetto temporaneo. Questa della temporaneità è una cautela molto importante che per se stessa meriterebbe considerazione.

Però può il potere legislativo incoraggiare ancora l'esecutivo a procedere in questo indirizzo di temporaneità, nel momento in cui le Assemblee sollecitano un rinnovamento della politica sanitaria e chiedono che il Ministero abbia finalmente dopo circa 10 anni di vita, una struttura organica, completa ed efficiente? A mio giudizio non può e non deve.

Se è necessario potenziare gli ufficiali provinciali sanitari, lo si faccia utilizzando, temporaneamente, gli ufficiali sanitari comunali per questa funzione di vigilanza.

SAMEK LODOVICI. Ma il disegno di legge questo non lo vieta!

MACCARRONE. Se ci si limitasse all'incarico per il personale di ruolo, sarei d'accordo. Questo disegno di legge, invece, può aprire la strada al fenomeno del clientelismo, che è una delle tante piaghe cancerose dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese, e può incoraggiare gli abusi e gli arbitri che hanno degradato la professione del medico, perchè manca lo stimolo, perchè si può accedere alle diverse carriere e raggiungere una sistemazione stando dietro al professore o a chi tiene un posto di comando e non lavorando, combattendo e impegnandosi seriamente nello studio e nell'azione sanitaria.

Ecco le ragioni per le quali dobbiamo riflettere attentamente, se non vogliamo renderci corresponsabili della situazione, perchè il disegno di legge, in sè e per sè, potrebbe essere approvato, ma non c'è nulla, nemmeno una semplice intenzione manifestata dal Governo, che ci possa confortare nell'idea che si voglia cambiare indirizzo ed incidere su queste piaghe dell'organizzazione sanitaria.

Detto questo, vorrei pregare la Commissione di approfondire ulteriormente lo studio della situazione, di riconsiderare in tutta l'ampiezza questa questione, perchè non è difficile che, stabilendo dei criteri e dei limiti precisi per l'assunzione di questo personale, il disegno di legge possa essere anche approvato. Allo stato attuale, mi pare che non si possa dare voto favorevole.

GRAZIOSI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Non ho nulla in contrario ad accettare un breve rinvio. Vorrei tuttavia far presenti le difficoltà in cui si trova il Ministero per la mancanza di personale periferico; e invito, pertanto, la Commissione a consentire, eventualmente mediante l'approvazione di un ordine del giorno, l'attuazione di concorsi per coprire i posti vacanti.

PICARDO. Sono d'accordo sulla proposta di rinvio fatta dal senatore Maccarrone e condivido senz'altro il principio di un ordine del giorno inteso ad ampliare e a completare con personale tecnico i servizi del medico provinciale.

CRISCUOLI. Non avrei preso la parola se il senatore Maccarrone non mi avesse, cortesemente, chiamato in causa ricordando la relazione sul bilancio della sanità 1963-64, che tanto scalpore provocò, più che altro per qualche espressione da me usata incautamente e che fu forse erroneamente interpretata, specie da parte di alcuni interessati, i quali temevano che da quella relazione potessero scaturire dei provvedimenti che danneggiassero la loro economia.

In quella relazione io m'interessai della medicina scolastica e molto semplicemen-

te, senza approfondire in altri campi la questione, riferii in base alla documentazione che mi ero procurata e anche ai contatti che avevo avuto con esponenti della medicina scolastica in Italia, la quale purtroppo è solo una prerogativa delle grandi città e di alcuni comuni privilegiati, mentre nella maggior parte degli altri essa, come diceva il collega Maccarrone, è ancora ferma a quei servizi legati alle malattie infettive più diffuse.

I medici condotti, che sono coloro i quali hanno praticato la medicina scolastica in passato, attualmente operano ancora in questo campo lodevolmente, ma una vera e propria medicina scolastica non esiste, essendo la maggior parte dei Comuni dissestati e non potendo quindi organizzare questo servizio nel vero senso della parola e in proporzione al progresso della medicina e della civiltà in genere. E nella stessa relazione io auspicavo che lo Stato, come fa per l'istruzione pubblica elementare e per l'istruzione dell'obbligo, partecipasse alle spese per l'organizzazione della medicina scolastica, la quale riveste un'importanza considerevolissima per la sicurezza sociale, per la lotta e la prevenzione delle malattie, e non soltanto di quelle infettive.

Pertanto io vedo in questo provvedimento — a parte ogni altra considerazione — un primo tentativo da parte del Ministero della sanità di far intervenire lo Stato nell'organizzazione del delicato settore della medicina scolastica: i 50 milioni di spesa previsti dal presente disegno di legge rappresentano, cioè, un primo passo del Ministero nel senso desiderato. E mi riferisco al solo Ministero della sanità, perchè purtroppo i problemi sanitari in Italia non sono ancora molto sentiti, non sono entrati nella coscienza dell'opinione pubblica e neppure in sede governativa — dico questo senza voler offendere nessuno — trovano quella rispondenza che dovrebbero al contrario trovare

Questo spiega come per il finanziamento di una funzione tanto importante siano stati stanziati soltanto 50 milioni, nell'accettare i quali il Ministro della sanità — sono sicu-

ro — avrà dovuto fare un sacrificio enorme, dovendo ovviamente contrarre quelle che erano le proprie aspirazioni in questo campo.

Il Ministro, comunque, ha voluto con questo provvedimento lanciare un'idea, ha voluto affermare un principio basilare, quello cioè che la medicina scolastica, che attualmente è affidata unicamente ai Comuni, deve cominciare ad interessare direttamente anche lo Stato.

In effetti si sta verificando quello che in passato si è verificato per l'istruzione elementare, che inizialmente era affidata ai Comuni, ma che gradatamente è stata assorbita dallo Stato, per ridurre l'analfabetismo, migliorare i servizi ed evitare soprusi.

Ripeto, quindi, che questo è un primo passo che il Ministero della sanità compie per portare la politica sanitaria e la politica scolastica su questo binario: è in tale senso che io interpreto il disegno di legge in esame, ed è in tale senso che io darò ad esso il mio voto favorevole.

Io ritengo, infatti, che il provvedimento, sia pure nella sua temporaneità, sia pure nell'esiguità dello stanziamento, sia pure con i suoi immancabili difetti, costituisca l'affermazione di un principio: il che sarà molto utile!

Questo è il motivo per il quale sono anche del parere che non si debba accettare alcuna proposta di rinvio, ma procedere senza indugio all'approvazione del disegno di legge.

GRAZIOSI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Da quanto ho detto in precedenza potrebbe sembrare che io sia in contrasto con la tesi sostenuta dal senatore Criscuoli. Evidentemente, sono necessari dei chiarimenti: io sono qui presente per dare parere favorevole all'approvazione del disegno di legge in questione, tuttavia sarei disposto eventualmente ad accettare un breve rinvio anche per rendere possibile la predisposizione di un ordine del giorno che dia al Ministro della sanità un argomento più valido per ottenere uno stanziamento maggiore di quello previsto dal provvedimento stesso.

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

F E R R O N I . Se avessi preso la parola prima del senatore Maccarrone, avrei fatto — d'accordo con il relatore e credo anche con il rappresentante del Governo — la stessa proposta di rinvio della discussione: qui emerge infatti l'esigenza — rilevata costantemente dal senatore Maccarrone — di evitare interventi del Governo frammentari e settoriali e di affrontare invece appieno i problemi dando loro, per quanto possibile, una soluzione organica e globale anche se graduale. Su tale principio siamo quindi pienamente d'accordo; comunque, dal momento che non si può ottenere tutto in un giorno, è necessario alle volte accettare anche delle soluzioni parziali, soprattutto in considerazione del fatto che le ragioni che ispirano il presente provvedimento sono indubbiamente valide.

Sono stati già compiuti dei progressi in questo settore della medicina scolastica, ma è evidente che soltanto i grossi Comuni sono forniti delle attrezzature necessarie, mentre i più piccoli non hanno ancora nulla o pressochè nulla; a questo proposito poi vorrei dire che il senatore Maccarrone ha dimenticato quanto in questi ultimi tempi è stato fatto nel campo della schermografia di massa, che costituisce un elemento molto importante della medicina scolastica. So io quanto ho dovuto lottare perchè anche la provincia di Venezia potesse avere due schermografi mobili da poter inviare in tutta la provincia! Questo peraltro viene ora fatto sistematicamente e purtroppo proprio alcuni giorni orsono in una scuola del centro di Mestre si è dovuto constatare che ben 6 bambini erano stati contagiati di tubercolosi probabilmente da un maestro che non aveva sentito — lui per il primo — il dovere di sottoporsi all'esame dell'apparato respiratorio. Questo fenomeno purtroppo si verifica più spesso di quanto non si creda, specialmente quando si tratta di religiosi, che per pudore rifiutano di sottoporsi a visite del genere.

Un altro argomento quindi che dovrebbe essere richiamato all'attenzione di tutti è l'obbligatorietà di queste visite, dalle quali non dovrebbe essere escluso nessuno per nessuna ragione.

L'esistenza di progressi in questo settore pertanto è indiscutibile: a me pare, però, che l'insufficienza da tutti lamentata del presente provvedimento imponga alla Commissione un esame globale, una visione completa della situazione attuale in Italia in questo campo.

Faccio presente che siamo ai primi di giugno e che fra un mese le scuole si chiuderanno, per cui abbiamo un certo tempo davanti a noi per poter provvedere per l'inizio del prossimo anno scolastico in modo più completo anche se sempre insufficiente rispetto a quella soluzione globale auspicata dal senatore Maccarrone.

Chiederei, pertanto, un rinvio della discussione del presente disegno di legge, in modo che il Ministero — in base a un ordine del giorno che potremmo in breve concordare — ci possa far conoscere tra un mese, un mese e mezzo quale è l'esatta situazione nel settore della medicina scolastica in Italia.

Come ho già detto, ci risulta che i grossi Comuni, a differenza da quelli minori, già qualcosa hanno fatto in questo campo; sappiamo anche che le province intervengono, almeno per quanto riguarda la schermografia di massa; inoltre, a mio avviso, i consorzi antitubercolari potrebbero anche occuparsi di quelle forme cardiovascolari frequenti anche nei bambini. Potremmo condensare tutte queste aspirazioni in un ordine del giorno ed attendere che il Ministero ci comunichi al riguardo dati più precisi.

C R I S C U O L I . Ma fra un mese il Parlamento concluderà i suoi lavori per le vacanze estive e li riprenderà nello stesso periodo in cui si riapriranno le scuole!

F E R R O N I . È giusto: non avevo considerato che il tempo a nostra disposizione è assai ridotto.

Propongo allora un rinvio a termine, al fine di consentire un esame più approfondito della reale situazione del Paese nel campo della medicina scolastica, in modo di poter approvare il provvedimento — che presenta indubbiamente gli inconvenienti espressi con vivacità e con passione dal se-

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

natore Maccarrone —, eventualmente modificandolo od integrandolo con nuove disposizioni, tra due settimane.

C A R O L I . Sono senz'altro d'accordo in linea di massima sulle riserve e sulle perplessità manifestate dagli onorevoli colleghi: mi pare tuttavia che si sia perso di vista quella che è la portata del presente disegno di legge. Il provvedimento in esame non viene ad istituire nulla di nuovo, in quanto si tratta di una materia già regolata dal decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, ma intende semplicemente apprestare i mezzi necessari per l'attuazione, finora pressochè impossibile, di quanto disposto in detto decreto. Non vedo, pertanto, perchè ci si debba preoccupare in questo momento di un provvedimento di così modesta portata, ma nondimeno tanto necessario, con la conseguenza di rinviarne l'attuazione a tempo indeterminato. Non è possibile infatti affrontare e risolvere i grossi problemi di fondo apportando delle modifiche ad un disegno di legge tanto limitato: sarà invece necessario predisporre un disegno di legge del tutto nuovo.

Pertanto, richiamando ancora una volta l'attenzione della Commissione sulla portata assai circoscritta del presente provvedimento, mi dichiaro contrario alla proposta di rinvio testè formulata

S A M E K L O D O V I C I . Ho ascoltato con estrema attenzione quanto con la abituale eloquenza ha detto il senatore Maccarrone; non me ne voglia, però, se io dico che il suo intervento è stato, sia pure in rapida sintesi, una critica a fondo, da oppositore, di quella che è la politica sanitaria del nostro Paese, deficiente sia nei mezzi, sia nel personale, nonchè per le incertezze nei suoi indirizzi generali. Noi potremmo in parte anche convenire su queste critiche — e del resto tutti coloro che intervengono ogni anno nella discussione sul bilancio della sanità non fanno altro che sottolineare ora uno ora l'altro lato negativo o insufficiente, e nello stesso tempo proporre rimedi e fare voti per una maggiore efficienza della sanità pubblica —, ma non dobbiamo

sottovalutare l'esigenza di dare tempo al tempo, nonchè la necessità di grandi mezzi, dal momento che, senza mezzi adeguati, non si possono ovviamente avere grandi sviluppi.

Ora, a me sembra che il subordinare l'approvazione di questo modestissimo provvedimento, sulla cui limitata portata ha or ora richiamato l'attenzione il senatore Caroli, alla soluzione di quelle deficienze di carattere generale, strutturale e relative — come ho detto — e ai mezzi e al personale, nonché ai criteri stessi cui è improntata la politica sanitaria in Italia, sia senza dubbio eccessivo. In tal modo, a mio avviso, verremmo a stabilire un precedente, un metodo veramente poco costruttivo e pericoloso: quando infatti ci si ripresenteranno dei provvedimenti di carattere sanitario, anche d'importanza limitata, sarà facile essere tentati di considerare ancora le deficienze di carattere generale e nell'attesa del meglio, di soluzioni organiche, ci sentiremo allo stesso titolo chiedere dei rinvii, e vedremo procrastinarci il bene possibile.

Mi dichiaro pertanto contrario alla proposta di rinvio: mi augurerei anzi che il disegno di legge in esame avesse l'approvazione unanime della Commissione, come merita, anche in considerazione del fatto — ripeto — che, se esso intende solo potenziare la vigilanza scolastica da parte dello Stato, evidentemente presuppone che i servizi di medicina scolastica esistano. Ciò non toglie pertanto che si possa anche predisporre un ordine del giorno con il quale si inviti il Ministero della sanità a riesaminare e ad intensificare i servizi di medicina e di vigilanza scolastica istituendo posti di ruolo da coprirsi con pubblici concorsi.

M A C C A R R O N E . Onorevole Presidente, chiedo di parlare sulla mia proposta di rinvio, poichè, indubbiamente, è necessario qualche chiarimento.

Noi non siamo contrari ad approvare nel bilancio della sanità altri 50 milioni di spesa, anzi riteniamo — l'ho già detto nel mio precedente intervento, ma lo ripeto ancora una volta — che sul bilancio stesso per questo servizio dovrebbero figurare non 50, ma

500 o 5.000 milioni. Quindi, su che cosa non ci troviamo d'accordo? Non ci troviamo d'accordo sulle derivate da questa tesi: in primo luogo sul fatto che con il presente disegno di legge si viene a perpetuare il sistema dell'incarico provvisorio *ad libitum*, assegnato cioè — lasciatemelo dire — su raccomandazione dei mazzieri della medicina locale...

D I G R A Z I A . A 30.000 lire al mese!

M A C C A R R O N E . Sì, senatore Di Grazia, anche a 30.000 lire al mese! Perché questi signori che guadagnano somme molto rilevanti mantengono, sfruttandoli, nelle loro cliniche dei medici a morire di fame fino a 35-38 anni!

Ora, questo non deve essere assolutamente consentito dal Ministero.

Inoltre: vogliamo avere negli uffici sanitari un addetto alla vigilanza? D'accordo: il Ministro della sanità con una sua ordinanza comanda l'ufficiale sanitario, l'addetto all'ufficio sanitario del capoluogo o all'ufficio sanitario della provincia competente in materia di medicina scolastica a svolgere le funzioni di vigilanza assegnandogli un compenso, ma non si affermi con una disposizione di legge il principio dell'incarico a sanitari non di ruolo senza la garanzia del concorso.

Questa dunque è la portata della mia proposta: se si daranno queste garanzie, noi saremo favorevoli, altrimenti voteremo contro il disegno di legge in esame e chiederemo eventualmente anche all'Aula di fare altrettanto.

P R E S I D E N T E . A questo punto ricordo alla Commissione che il senatore Ferroni ha proposto un rinvio della discussione a termine, con l'intesa cioè che l'esame del disegno di legge sarà ripreso tra due settimane.

Metto ai voti tale proposta.

(*E approvata*).

Il seguito della discussione del disegno di legge è pertanto rinviato ad altra seduta.

Discussione e rinvio del disegno di legge d'iniziativa del senatore Di Grazia: « Modificazioni alla legge 29 ottobre 1954, numero 1046, per elevare i limiti di età per l'ammissione alla scuola per infermiere ed infermieri generici » (572)

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 Di Grazia: « Modificazioni alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046, per elevare i limiti di età per l'ammissione alla scuola per infermiere ed infermieri generici ».

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

Articolo unico.

L'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, è sostituito dal seguente:

« Per l'ammissione alle Scuole, gli aspiranti debbono essere forniti della licenza elementare, aver compiuto i 18 anni e non superato il 40° anno e, presentato alla direzione della Scuola la domanda con la documentazione, secondo le modalità che verranno determinate dal Ministero della sanità.

Per i candidati sottufficiali delle Forze armate, il limite massimo di età è elevato ad anni 50 ».

C A S S I N I , relatore. Onorevoli colleghi, il disegno di legge n. 572, d'iniziativa del senatore Di Grazia, porta una modificazione all'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, che riguarda l'istituzione di scuole per infermiere ed infermieri generici.

L'articolo 6 di questa legge recita: « Per l'ammissione alle Scuole gli aspiranti debbono essere forniti almeno della licenza elementare, avere compiuto i 18 anni e non superato il 30° anno di età e presentare alla direzione della Scuola la domanda con la documentazione, secondo le modalità che verranno determinate dall'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. Per

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

di candidati sottufficiali delle Forze armate il limite massimo di età è elevato ad anni 50.

Per le vedove dei militari e civili caduti in guerra e delle vittime del lavoro e per gli orfani di guerra il limite massimo di età è elevato a 40 anni ».

L'articolo unico del disegno di legge d'iniziativa del senatore Di Grazia, che sostituisce l'articolo 6 che ho testè letto, stabilisce invece di elevare il limite massimo di età previsto dalla legge n. 1046 del 1954 ad anni 40 per gli aspiranti alle Scuole per infermiere ed infermieri generici, mantenendo immutato a 50 anni il limite massimo per i candidati sottufficiali delle Forze armate.

Vi è inoltre la sostituzione della dicitura « Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica » con l'altra « Ministero della sanità », e ciò è ovvio. Vi è, infine, la soppressione dell'ultimo comma dell'articolo 6 precipitato, riguardante le categorie di persone a cui veniva concesso dalla legge n. 1046 il limite massimo dei 40 anni per l'ammissione alle Scuole. Anche questa soppressione è ovvia, una volta che venga esteso a tutti tale limite di età.

L'opportunità del presente disegno di legge è manifesta. Il principio che ha ispirato il legislatore nell'istituire Scuole per infermieri ed infermiere è la necessità di assicurare nel campo dell'assistenza sanitaria, ed in modo speciale di quella ospedaliera, un personale ausiliario, non medico, idoneo, sia come numero che come qualificazione, ai bisogni sempre crescenti.

Per quanto riguarda gli infermieri e le infermiere, non si può dire che si siano fatti dei progressi notevoli e comunque proporzionati allo sviluppo enorme dell'assistenza ospedaliera e di quella generica. Il progresso della scienza stessa richiede che gli infermieri siano maggiormente qualificati, in quanto anche le loro prestazioni hanno assunto carattere di specializzazione, mentre attualmente — ripeto — la categoria degli infermieri e delle infermiere non corrisponde più alle concrete necessità, nè sotto il punto di vista numerico, nè sotto quello della specifica competenza.

Il limite massimo di età normalmente si pone per proteggere legittimamente una determinata categoria di lavoratori, che ha scelto una determinata carriera o attività sociale, e per avviarli ad essa per tempo. Nel nostro caso la deficienza di personale infermieristico si è rivelata notevole, per cui si ritiene che, allargando i limiti di età per l'ammissione ai corsi, si possa ottenere una maggiore affluenza di aspiranti.

È l'interesse degli ospedali e dell'assistenza in generale che ha suggerito l'opportunità del disegno di legge del senatore Di Grazia. Ma anche l'interesse di parecchi aspiranti di ambo i sessi deve essere valutato. Dai 30 ai 40 anni si possono presentare situazioni personali o familiari per cui una persona — specie se donna, ad esempio una vedova, anche se non di guerra — può ritenere accettabile ed anche ambita l'attività infermieristica. Nel suo quarto decennio di vita una persona può affrontare con successo una nuova professione, tanto più oggi che le condizioni di vita sono migliorate e la produttività del lavoratore è aumentata, come è cresciuta la media della vita umana. L'accrescere il limite di età per l'iscrizione alle Scuole per infermieri è quindi necessario e opportuno sotto ogni punto di vista.

Ritengo pertanto che il disegno di legge n. 572 meriti senz'altro l'approvazione unanime della nostra Commissione.

SAMEK LODOVICI. Mi permetto di far osservare che la provvida legge 29 ottobre 1954, n. 1046, che ha istituito le Scuole per infermiere ed infermieri generici, oltre a valorizzare un principio basilare, e cioè che non è lecito esercitare o prestare servizio come infermieri generici senza il possesso almeno di un'istruzione di base, si è preoccupata di sanare tutta la situazione preesistente, costituita dai vecchi infermieri, istituendo all'uopo, per regolarizzare la loro posizione, dei corsi accelerati, che poi con una modifica successiva sono stati soppressi per dar luogo a dei corsi annuali ordinari, ed inoltre ha tenuto ad affermare la necessità di un limite di età per l'ammissione alle scuole in questione, configurato in un minimo di 18 anni ed in un massimo di 30 anni.

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

Ora, io ritengo che i limiti di età attualmente in vigore siano stati fissati con buon fondamento, in quanto che, per abbracciare questa — diciamo così — carriera, che presuppone una certa attitudine ed almeno un orientamento, nell'interesse stesso degli enti assistenziali e dei malati, è necessario non aver superato un certo limite di età: evidentemente, è difficile pensare che questa tendenza, questa vocazione per il malato possano sorgere in tarda età, magari dopo esperienze negative in altre professioni.

Il disegno di legge proposto dal senatore Di Grazia mi lascia, quindi, un po' perplesso; tuttavia come fondatore e direttore di una scuola ospedaliera per infermieri generici debbo onestamente dichiarare che ad ogni inizio di anno scolastico ci troviamo di fronte ad un certo numero di aspiranti che per aver superato il limite di età non possono essere ammessi. A questi aspiranti tardivi, si può obiettare che tuttora esiste la possibilità — anche per coloro che hanno oltrepassato il limite di età — di conseguire tale qualificazione professionale, purchè si iscrivano ad una scuola di recente formazione. Tutte le scuole, infatti, che vengono istituite dagli ospedali e dalle cliniche nel primo anno del loro funzionamento possono assumere allievi indipendentemente dal limite di età.

Ora, io non vorrei che ci si dipartisse troppo da quelle che sono state le finalità della legge istitutiva, per cui penso che si potrebbe arrivare ad un contemperamento che soddisfi da un lato l'esigenza di questi ritardatari, ma non sanzioni dall'altro definitivamente la possibilità di adire a queste Scuole fino all'età di 40 anni, che in effetti sembra un po' troppo avanzata.

Faccio pertanto formale proposta di modificare il testo dell'articolo unico del disegno di legge in questo senso:

« In deroga a quanto disposto dall'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1047, il limite massimo di età per l'ammissione alle Scuole per un triennio, a partire dal 1° luglio 1964, è elevato ad anni 40 ».

Propongo cioè di stabilire una norma transitoria, temporanea per l'elevazione del limite di età da valere *una tantum*, in consi-

derazione — ripeto — del fatto che risponde al bene comune, nell'interesse cioè dei malati e degli enti stessi, il far sì che questo personale, di cui si sente tanto la necessità, sia avviato verso la carriera infermieristica in un'età ancora giovane.

GRAZIOSI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Ministero è decisamente contrario al provvedimento e sta predisponendo, nel quadro appunto dei problemi esaminati e già risolti dalla Commissione di studio per la riforma della legislazione ospedaliera, un disegno di legge per la regolamentazione di questa materia, il quale prevede tra l'altro di elevare il limite massimo di età attualmente fissato per l'ammissione alla Scuola per infermiere ed infermieri generici.

Chiedo, pertanto, un rinvio della discussione in attesa del preannunciato provvedimento generale.

CASSINI, *relatore*. Il relatore è d'accordo.

PERRINO. Sono d'accordo sulla proposta di rinvio: vorrei richiamare l'attenzione del Governo sulla necessità di elevare il limite di età anche per quanto riguarda l'assunzione di questo personale da parte degli ospedali, perchè sarebbe assurdo immettere sul mercato infermieri qualificati che abbiano superato i 30 anni di età, quando poi costoro non dovessero trovare sistemazione presso gli enti ospedalieri, a meno che non volessimo perpetuare quel sistema di assunzioni provvisorie da sanare nel tempo con disposizioni transitorie che non so, in effetti, quanto possa giovare.

SAMEK LODOVICI. Vorrei approfittare del riferimento fatto dal rappresentante del Governo ad un provvedimento ancora in fase di elaborazione, per richiamare la sua attenzione sulla necessità di mantenere l'attuale abolizione dei corsi accelerati non derogando dal principio che i corsi scolastici devono essere almeno di un anno, altrimenti sarà una vera « buffonata ».

DI GRAZIA. Desidero rispondere al rappresentante del Governo, affermando *a priori* che le Scuole per infermieri generici sono delle scuole professionali vere e proprie alle quali dovrebbe potere accedere chiunque, anche a 70 anni, perchè ogni cittadino italiano ha il diritto di istruirsi, anche per propria soddisfazione.

Debbo altresì precisare che a molti concorsi si può accedere anche oltre i 35 anni; perchè dovremmo impedirlo nel caso in esame?

Per quanto concerne poi i corsi abbreviati, sono d'accordo col senatore Samek Lodovici; si tratta di cosa poco seria, alla quale non dobbiamo prestarci. Le scuole per infermieri generici in Italia sono poche, ma degne di ogni stima. Concludo esprimendo tutta la mia meraviglia per il fatto che non si debba procedere all'approvazione di questo disegno di legge il quale, in fondo, è di modesta portata.

GRAZIOSI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Posso dirvi questo: il disegno di legge al quale ho accennato è già pronto e viene incontro, tra l'altro, anche alla richiesta del senatore Di Grazia.

ZONCA. Sono favorevole alla proposta del Governo.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione del disegno di legge è pertanto rinviato ad altra seduta.

Discussione e approvazione del disegno di legge d'iniziativa del deputato Bartole: « Ammissibilità dei laureati in farmacia ai concorsi, uffici e impieghi riservati ai laureati in chimica e farmacia » (581) (Approvato dalla Camera dei deputati)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge d'iniziativa del deputato Bartole: « Ammissibilità dei laureati in farmacia ai concorsi, uffici e impieghi riservati ai laureati in chimica e farmacia », già approvato dalla Camera dei deputati.

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

Articolo unico.

Ad ogni concorso, ufficio o impiego, per l'accesso al quale sia prescritto dalle vigenti norme di legge o di regolamento il possesso della già denominata « laurea in chimica e farmacia », sono altresì ammessi i laureati in farmacia.

ROSATI, relatore. Onorevoli colleghi, desidero subito sottolineare il fatto che a questa materia che ora stiamo esaminando si è fatto un brevissimo accenno nella nostra Commissione nella seduta del 12 marzo 1964, in sede di discussione del disegno di legge n. 409.

È necessario comunque rifarsi al regio decreto 28 novembre 1935, n. 2044, che stabilisce, all'articolo 1, gli insegnamenti fondamentali che debbono essere impartiti nelle Università e negli Istituti superiori in rapporto alle singole lauree o diplomi, il numero massimo di quelli complementari che potranno essere istituiti in aggiunta ai fondamentali, secondo la tabella annessa al decreto stesso.

Questa tabella prevede i seguenti corsi di laurea:

- 1) laurea in chimica;
- 2) laurea in chimica industriale;
- 3) laurea in farmacia.

Rimane quindi esclusa la laurea in chimica e farmacia ed è chiaro pertanto che il titolo di laurea in farmacia è titolo accademico subentrante al precedente in chimica e farmacia e comunque parificato a quello di laurea in chimica.

È da sottolineare poi il fatto che tra gli insegnamenti complementari stabiliti per la laurea in farmacia figura, come per il corso di laurea in chimica, al primo posto, quello della « chimica bromatologica », che è appunto la scienza che studia gli alimenti sotto il profilo analitico.

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

16ª SEDUTA (5 giugno 1964)

È necessario riassumere brevemente la situazione antecedente all'emanazione del precitato regio decreto del 1935. Nelle nostre Università esistevano delle Scuole di farmacia, nelle quali — seguendo un corso di 5 anni — si poteva conseguire la laurea in chimica e farmacia ed inoltre con un corso biennale un titolo più modesto, il diploma di farmacista.

Il regio decreto 28 novembre 1935, n. 2044 implica praticamente che le Scuole di farmacia si tramutino in Facoltà di farmacia, riordinando la carriera accademica e articolandola in diverse Facoltà e Istituti superiori, ma non dice esplicitamente se le Scuole di farmacia debbano essere ancora conservate oppure soppresse, come non fa più menzione del corso di laurea in chimica e farmacia.

P E R R I N O . Di fatto però sono state abolite.

R O S A T I , *relatore*. A me pare pertanto che sia quanto mai opportuno stabilire — con il presente disegno di legge — che i laureati in farmacia siano ammessi ai concorsi riservati ai laureati in chimica e farmacia; e questo anche al fine di evitare contrasti di natura interpretativa tra il Ministero della sanità e il Ministero della pubblica istruzione.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione.

Metto ai voti il disegno di legge di cui ho già dato lettura.

(È approvato).

La seduta termina alle ore 12,20.

Dott. MARIO CARONI

Direttore gen. dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari