

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

(N. 2536-A)

RELAZIONE DELLA II^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITÀ)

(RELATORE CASSINI)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro della Sanità

di concerto col Ministro dell'Interno

col Ministro del Tesoro

e col Ministro del Lavoro e della previdenza sociale

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 NOVEMBRE 1967

Comunicata alla Presidenza il 18 dicembre 1967

Conversione in legge del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966

ONOREVOLI SENATORI. — Il Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'interno, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, sentito il Consiglio dei ministri, considerata la straordinaria necessità e l'urgenza di provvedere alla costituzione di una Cassa nazionale di conguaglio, con lo scopo di assicurare la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni stabilite in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto, a decorrere dal 1° gennaio 1966, ha emanato il decreto-legge n. 1044, in data 18 novembre 1967, in conformità del secondo comma dell'articolo 77 della Costituzione.

Detta copertura finanziaria parziale viene assicurata mediante la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

Precedentemente al decreto-legge del 18 novembre 1967, n. 1044, il Ministero della sanità aveva emanato due circolari, n. 184, del 31 ottobre 1966, e n. 220 del 17 dicembre 1966.

La prima riguardava: « Rette ospedaliere 1967 - Rapporti finanziari ospedali - Enti su cui fanno carico le ospedalità ».

Il ministro della sanità Mariotti, con tale circolare, inviava istruzioni di massima sulle variazioni delle rette ospedaliere prevedibili in sede di bilancio preventivo 1967, e ravvisava la necessità di accogliere le aspirazioni dei medici ospedalieri per un più idoneo trattamento economico pensionabile. Con tale scopo veniva istituita una Commissione interministeriale di studio che è pervenuta a conclusioni approvate successivamente dal Ministero della sanità. A detta Commissione hanno partecipato anche rappresentanti delle categorie sindacali dei medici, della FIARO e della F.N.OO.MM.

La circolare n. 184 invitava i Prefetti e i Medici provinciali, ai quali è stata diramata, a fare conoscere alle Amministrazioni ospedaliere i punti essenziali dell'accordo raggiunto dalla Commissione interministeriale, affinché si provvedesse ad assicurare ai medici ospedalieri trattamenti economici pensionabili uguali, a parità di qualifica, anzianità nella qualifica e corrispondente categoria di ospedali.

Detti miglioramenti economici erano previsti soltanto per il personale medico destinato a divisioni aventi una dotazione necessaria, non inferiore a 50 posti-letto per gli ospedali non specializzati, per brevidegenti, ai sensi dell'articolo 2 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e non inferiore a 30 posti-letto per ospedali specializzati, ai sensi del secondo comma dell'articolo 5 del citato decreto.

Per il personale medico destinato a divisioni aventi dotazioni di posti-letto inferiori rispettivamente a 50 o a 30, i miglioramenti precitati non venivano applicati, per cui tale personale ha conservato il trattamento economico in atto goduto.

La predetta circolare n. 184 esponeva la finalità per cui venivano stabiliti i miglioramenti economici. Si trattava di procedere ad un miglioramento dell'assistenza ospedaliera, adeguandola alle nuove esigenze dettate dallo sviluppo della scienza, dall'aumento dei mezzi diagnostici, terapeutici e del recupero; alle nuove esigenze sociali, allo sviluppo dell'assistenza ospedaliera e tenendo conto che si sarebbero dovute richiedere al personale medico prestazioni giornaliere con un numero di ore definito, e precisamente per 5 ore per i primari, per 6 ore per gli aiuti ed assistenti, con l'obbligo della reperibilità e con un impegno maggiore ai fini di ridurre i tempi degli accertamenti e della diagnosi.

La circolare 184 stabiliva un trattamento economico pensionabile, a seconda delle categorie di ospedali e delle classi, ritenuto più decoroso e adeguato ai nuovi compiti dei medici ospedalieri. Sono allegate alla circolare tre tabelle, per ciascuna delle tre categorie di ospedali, con i relativi stipendi-base.

Secondo le disposizioni della circolare numero 184 del Ministero della sanità, gli stipendi iniziali devono essere integrati da scatti biennali, pari al 2,50 per cento, riassorbibili all'atto del passaggio alla qualifica superiore.

Oltre allo stipendio base, devono essere corrisposti ai medici ospedalieri, al lordo delle ritenute di legge:

1) una indennità integrativa speciale, derivante dall'applicazione del decreto ministeriale 28 luglio 1966;

- 2) una indennità annua di ricerca scientifica;
- 3) una indennità giornaliera di rischio;
- 4) una indennità per servizio straordinario;
- 5) una indennità di guardia;

La data per provvedere, indicata alle Amministrazioni ospedaliere, è stata fissata dalla circolare predetta nel 1° gennaio 1966 e non oltre. Alla stessa data doveva essere riportata parimenti la ricostruzione dello stipendio di base secondo gli scatti biennali.

È bene sottolineare che molte Amministrazioni ospedaliere si sono subito uniformate alle prescrizioni della predetta circolare.

L'onere previsto per i miglioramenti delle retribuzioni ai sanitari ospedalieri è stato calcolato nella cifra di circa 35 miliardi annui (35.106.700.000) come dall'allegato 1 alla circolare 184.

Il 52 per cento di questi miglioramenti, che importa un costo complessivo di circa 18 miliardi per anno, si dovrebbe ricavare dall'aumento delle rette di degenza, con una presumibile incidenza del 4,5 per cento, a carico di chi deve sostenere l'onere della ospedalità.

Il residuo 48 per cento dei miglioramenti ai sanitari ospedalieri, che importa il costo per anno di circa 17 miliardi, verrebbe recuperato, mediante un parziale autofinanziamento da parte degli stessi sanitari; questo deriverebbe dalla riduzione del 29 per cento sui compensi fissi e addizionali, spettanti ai medici in applicazione dei decreti ministeriali 24 gennaio e 22 marzo 1963, ed 8 gennaio 1965.

Le rispettive cifre di 18 e 17 miliardi sono relative a ciascuno degli anni 1966 e 1967.

Sono bene precisate nella circolare del Ministero della sanità n. 184 le indicazioni che debbono essere fornite dagli ospedali e compilate secondo il prospetto dell'allegato 5. In tale prospetto, oltre alle indicazioni relative al personale sanitario, debbono essere annotati gli stipendi pensionabili goduti alla data del 31 dicembre 1965, a titolo fisso e continuativo, e tutte le altre retribuzioni, escluse quelle per servizio straordinario o di guardia. Ogni dato deve essere riportato nel-

la apposita colonna; in essa è pure richiamata la norma della concessione.

Sia gli assegni « *ad personam* », sia le altre eventuali indennità, già corrisposte per migliorare il trattamento economico già goduto, dovranno essere assorbite dal nuovo.

È pure contenuto nel prospetto di cui all'allegato 5 il totale degli emolumenti goduti sino al 31 dicembre 1965 e quello previsto per il 1° gennaio 1966.

È anche riportata, in apposita colonna, la differenza fra i due emolumenti, che corrisponde al costo globale dei miglioramenti.

Il prospetto, di cui all'allegato n. 5, porta nelle ultime colonne il maggiore costo del nuovo trattamento economico dei sanitari per il 1966 rispetto al 1965 e del 1967 rispetto ancora al 1965, e quindi il totale.

Di detto importo viene segnato nella colonna 49 il 52 per cento da imputarsi alle rette del 1967 e nella colonna 50 il 48 per cento imputato alla voce « fondo a conguaglio integrazione del trattamento economico dei sanitari ».

Detto prospetto, vistato dal medico provinciale, dopo l'opportuno controllo, doveva pervenire al Ministero della sanità entro il 30 novembre del 1966.

Entro il 10 gennaio 1967 doveva pure pervenire allo stesso Ministero un altro prospetto, di cui all'allegato n. 6 alla circolare n. 184, relativo agli emolumenti lordi spettanti, in base all'accordo, al personale medico. Se durante l'anno 1967 si fossero verificate variazioni, avrebbe dovuto essere presentato dall'ospedale un analogo prospetto, da inviare entro il 10 del mese antecedente a quello in cui avrebbe dovuto essere applicato il nuovo trattamento. La circolare n. 184 si riferisce pure alla determinazione e alla identificazione del costo della retta per il 1967, collo scopo di potere elaborare le variazioni dei costi per lo stesso anno mediante il prospetto di cui all'allegato n. 7.

La riduzione del 29 per cento sui compensi fissi viene applicata soltanto ai sanitari che godono dei nuovi trattamenti economici. Non viene applicata al personale medico destinato a divisioni di medicina o di chirurgia o di specialità, aventi una dotazione di posti-letto inferiore a 50, oppure

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

a 30, se trattasi rispettivamente di ospedali non specializzati o specializzati per brevidegenti, perchè allo stesso personale medico non viene elargito il miglioramento del trattamento economico. Di conseguenza detti sanitari conservano il trattamento in atto goduto.

La circolare n. 220, a chiarimento e completamento delle norme prima emanate con la circolare n. 184, elenca con precisione i sanitari ai quali va concesso il nuovo trattamento economico.

La circolare n. 220 del Ministero della sanità, emanata in data 17 dicembre 1960 ai prefetti, ai medici provinciali, oltre che ad altri enti, ha come oggetto: Rette ospedaliere 1967 - Circolare n. 184 del 31 ottobre 1966 - Quesiti; è esplicativa della n. 184, e vuole riassumere i quesiti che sono stati formulati da più parti.

Essa riguarda:

1) il limite minimo di 50 posti-letto relativo alle divisioni di ospedali generali per brevidegenti che non può servire per la costituzione di nuove divisioni ospedaliere, in quanto valgono, per tale scopo, i limiti minimi e massimi stabiliti dall'articolo 5 del regio decreto 30 settembre 1938;

2) il personale medico a cui va concesso il nuovo trattamento economico e cioè: personale assunto interinalmente per coprire posti di ruolo; i sanitari preposti o addetti a reparti specializzati di ospedali generali, aventi una dotazione di almeno 30 letti ed un proprio organico di servizi e personale; i sanitari preposti o addetti ai servizi, la cui istituzione non è legata necessariamente alla dotazione di posti-letto.

Questi servizi debbono però essere ritenuti complementari di divisioni e reparti di cura superiori a 50 o a 30 posti-letto, a seconda se si tratta di ospedali per brevidegenti rispettivamente non specializzati o specializzati. Il nuovo trattamento economico spetta pure al primario unico di ospedali di 3ª categoria sul quale grava implicitamente la responsabilità della cura di tutti i malati ivi ricoverati.

La circolare n. 220 precisa nuovamente che le nuove misure di stipendio non possono essere corrisposte ai sanitari addetti a divisioni sottonumerate.

Tratta dell'orario di servizio, vigente dal 1° gennaio 1967 valevole per sei giornate settimanali, con l'obbligo della reperibilità (articolo 34 del regio decreto n. 1631 del 30 settembre 1938), che dal regolamento può anche essere riferito alla settimana; però, in tale caso, con l'obbligo di un orario giornaliero fissato con ordine di servizio.

La circolare n. 220 stabilisce pure che le prestazioni straordinarie non possono essere calcolate entro un limite superiore alle 30 ore mensili, e che debbono essere prestate in corsia, in aggiunta all'orario normale. Ciò si riferisce in modo particolare ai sanitari impegnati in reparti, sezioni, divisioni di alta chirurgia. Nella predetta circolare è precisato, in modo chiaro, che i sanitari ospedalieri, che non potranno godere dei nuovi miglioramenti, debbono conservare in modo integrale la posizione economica acquisita, compresi i compensi fissi (pagina 3). Non potranno invece usufruire delle altre indennità legate al nuovo trattamento economico, tranne di quelle godute.

È precisato ancora che il nuovo trattamento economico, con la corrispondente riduzione dei compensi fissi, spetta ai sanitari che, come carriera, appartengono ad ospedali generali o specializzati e si trovano nelle stesse condizioni preindicate e prestano servizio presso reparti clinicizzati o cliniche, ma non ai medici universitari propriamente detti.

È pure detto nella circolare n. 220 che le varie classi di stipendio riguardano il servizio prestato nello stesso ospedale, salvo l'esistenza di norme regolamentari che prevedano il cumulo con altri servizi, in altri ospedali.

Tratta delle varie indennità, di quelle non pensionabili; dell'aggiunta di famiglia in favore dei direttori sanitari, che non possono esercitare la libera professione, degli aiuti e degli assistenti incaricati di funzioni superiori, che acquisiscono il diritto alla differenza del trattamento con un assegno *ad personam*.

La circolare n. 220 è esplicativa anche per altre questioni minori.

È importante sottolineare alcune affermazioni contenute nella circolare n. 184 ed in quella n. 220.

Nella prima si afferma che la riduzione del 29 per cento sui compensi fissi dovuti dagli enti mutualistici sarà sanzionata con un idoneo provvedimento, e che le quote derivanti dalla predetta riduzione assicureranno la copertura totale occorrente per dare corso ai miglioramenti mediante un opportuno congegno amministrativo.

La circolare n. 220, nelle sue note esplicative, in riferimento alla corresponsione degli arretrati ai sanitari ospedalieri dal 1° gennaio 1966, preannuncia uno strumento che dovrà raccogliere ed amministrare i fondi provenienti dalla riduzione del 29 per cento sui compensi fissi.

Dette affermazioni contenute nelle due circolari, giustificano pienamente, indipendentemente da molte altre considerazioni in merito, la straordinaria necessità e l'urgenza di provvedere ad una cassa di conguaglio per assicurare la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto, come è detto nella premessa del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044.

La costituzione di una Cassa nazionale di conguaglio, presso il Ministero della sanità, alla quale debbono affluire le quote di riduzione del 29 per cento sui compensi fissi e addizionali a carico degli enti mutualistici e assicurativi, per i miglioramenti economici dei sanitari ospedalieri, è proprio lo strumento preannunciato dalla circolare n. 220 del Ministero della sanità, che dovrà raccogliere i fondi predetti per poi ridistribuirli alle singole amministrazioni ospedaliere, al fine di assicurare alle stesse la copertura finanziaria in questione.

Il provvedimento legislativo che istituisce la cassa di conguaglio e determina il suo funzionamento è proprio l'idoneo provvedimento, previsto dalla circolare n. 184, che sanziona la predetta riduzione del 29 per cento sui compensi fissi e addizionali.

* * *

Articolo 1. — Prescrive la riduzione del 29 per cento sui compensi fissi e addizionali a carico degli Enti mutualistici e assicurativi, per i ricoveri in corsia comune, de-

terminati in conformità dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938 n. 1631, e decreta che detta percentuale deve essere devoluta al pagamento di una quota parte dei miglioramenti economici disposti dalle amministrazioni ospedaliere, a decorrere dal 1° gennaio 1966.

La percentuale della riduzione può essere soggetta a revisione, ogni anno, con un decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per l'interno, per il tesoro, per il lavoro e la previdenza sociale, sentite la F.N.OO.MM., le categorie interessate, cioè la Federazione delle Associazioni ospedaliere, e i sindacati dei medici ospedalieri.

L'articolo 1 prevede l'istituzione presso il Ministero della sanità di una Cassa nazionale di conguaglio alla quale debbono affluire le quote di riduzione dei compensi fissi e addizionali.

Relativamente all'articolo 1, è stata avanzata la proposta di sostituire il 3° comma che recita: « La quota di riduzione, di cui ai commi precedenti, affluisce ad una Cassa nazionale di conguaglio, che a tale fine viene istituita presso il Ministero della sanità ».

L'emendamento sostitutivo dice precisamente: « Le operazioni relative alla gestione della quota di riduzione, di cui ai commi precedenti, vengono affidate ad una Cassa nazionale di conguaglio ».

La sostituzione del 3° comma dell'articolo 1, con un emendamento che si riferisce genericamente alle operazioni relative alla gestione delle quote di riduzione, significa evidentemente che si vuole escludere la norma secondo cui le quote di riduzione del 29 per cento sui compensi fissi debbono affluire alla Cassa nazionale di conguaglio.

L'emendamento tace sul modo secondo cui dovrebbero espletarsi le operazioni relative alla gestione della quota di riduzione. Afferma soltanto che dette operazioni sono affidate alla Cassa nazionale di conguaglio, la quale potrebbe disporre diversamente non appena la Cassa verrà istituita ed anche in prosieguo di tempo.

L'emendamento sostitutivo introduce una norma vaga, generica, imprecisa e consente una procedura, per la gestione delle quote di riduzione, che può variare.

Il presentatore di questo emendamento ha però, con note esplicative, fatto conoscere il suo pensiero e i suoi intendimenti, che non sono stati tradotti nella formulazione dell'emendamento stesso.

Nelle note esplicative afferma che alla base della presentazione dell'emendamento vi è il desiderio di snellire il funzionamento della Cassa nazionale di conguaglio, evitando alcune operazioni a livello centrale e l'introduzione di adempimenti nei rapporti tra ospedali e Casse mutue, e riducendo inoltre al minimo le operazioni da affidare ad uffici burocratici centrali.

La sostanza delle note esplicative del presentatore dell'emendamento consiste nella proposta secondo cui gli Istituti mutualistici e assicurativi darebbero direttamente agli ospedali il 29 per cento dei compensi fissi, in nome e per conto della Cassa nazionale di conguaglio. Ecco le modalità proposte:

1) Gli ospedali corrispondono gli stipendi ai loro sanitari indicati nel modulo numero 6 della circolare n. 184 del Ministero della sanità e secondo le misure prescritte;

2) gli ospedali inviano alla Cassa nazionale di conguaglio mensilmente il rendiconto della utilizzazione del 29 per cento dei compensi fissi ai fini della copertura del 48 per cento del maggior onere del nuovo trattamento economico ai sanitari ospedalieri.

Nel contempo gli ospedali trasmettono alla Cassa le somme corrispondenti alle differenze positive o richiedono il saldo delle differenze negative;

3) la Cassa nazionale opera il conguaglio tra le differenze positive e negative derivanti dalla utilizzazione del 29 per cento da parte degli ospedali.

Dopo la discussione su queste proposte, l'emendamento è stato respinto dalla maggioranza della Commissione.

Articolo 2. — Stabilisce la istituzione di un Comitato per l'amministrazione della Cassa nazionale di conguaglio, nominato con decreto del Ministero della sanità, di concerto con i Ministri già indicati nell'articolo 1. Determina la composizione del Comitato, la

durata in carica dei componenti, e la sua sede.

In Commissione è stata accolta la proposta di includere nel Comitato un rappresentante della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, in conformità della presenza della stessa Federazione nella Commissione di studio che ha concluso l'accordo, e della sua consultazione, prima dell'emissione del decreto del Ministero della sanità per la revisione annuale della percentuale di riduzione sui compensi fissi e addizionali.

Tale proposta ha preso forma di emendamento all'articolo 2 — primo comma — dopo la lettera g), come lettera h).

Articolo 3. — Stabilisce i compiti del Comitato e cioè:

a) le modalità di pagamento da parte degli Istituti mutualistici e assicurativi della quota di riduzione e del versamento alla Cassa nazionale di conguaglio della stessa;

b) l'erogazione delle somme alle Amministrazioni ospedaliere da parte della Cassa nazionale di conguaglio;

c) il controllo delle richieste e delle rimesse predette;

d) il rendiconto annuale della Cassa;

e) la verifica, a fine anno, dei versamenti effettuati o da effettuarsi da parte degli Enti mutualistici ed assicurativi rispetto agli accreditamenti a favore delle Amministrazioni ospedaliere;

f) lo schema di convenzione con un Istituto di credito per il servizio relativo ai movimenti delle riscossioni e dei pagamenti.

Allo stesso articolo, lettera b), dove si dice che il Comitato « provvede all'erogazione, in favore delle Amministrazioni ospedaliere, delle somme destinate alla copertura degli stanziamenti dei bilanci degli Enti stessi, in conseguenza di adeguamenti del trattamento economico del personale medico, adottati in conformità dei criteri stabiliti dal Ministero della sanità, di concerto... ecc. », è stato presentato un emendamento che sostituisce le prime parole così: « il Comitato: b) dispone le modalità di erogazione, con periodicità fissa ».

È evidente che si vuole negare al Comitato il compito di provvedere esso stesso all'erogazione, in favore delle Amministrazioni ospedaliere... ecc., se si consente al Comitato solo di disporre « le modalità di erogazione, ... ecc. ».

Circa queste modalità di erogazione si dice soltanto che l'erogazione deve avvenire con periodicità fissa; non si indicano le modalità che sostituiscono l'erogazione diretta del Comitato.

L'emendamento alla prima parte della lettera *b*) dell'articolo 3, che si riferisce alla sostanza di quello sostitutivo del 3° comma dell'articolo 1, già respinto dalla Commissione d'igiene e sanità, non è stato neppure approvato dalla stessa.

Articolo 4. — Si riferisce ad una convenzione con un Istituto di credito pubblico per il servizio delle riscossioni e dei pagamenti, stipulata tra il Presidente dello stesso Istituto od un suo delegato e i Presidenti degli Istituti mutualistici ed assicurativi. La convenzione deve essere omologata dal Ministero per la sanità.

A detto articolo non è stata fatta alcuna obiezione da parte della Commissione.

Articolo 5. — Affida ad un Comitato di vigilanza il riscontro amministrativo-contabile sulla gestione della Cassa nazionale di conguaglio. Stabilisce la composizione di questo Comitato, la sua nomina e la sua durata in carica.

Nessuna osservazione è stata fatta dalla Commissione igiene e sanità, che lo ha approvato.

Articoli 6 e 7. — Sono pure approvati questi articoli che riguardano l'onere derivante dalla applicazione della presente legge, e la sua entrata in vigore.

Nella Commissione d'igiene e sanità è stato rilevato che il decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, non sarebbe molto chiaro circa i sanitari ospedalieri ai quali dovrebbe essere applicata o no la quota di riduzione del 29 per cento sui compensi fissi e addizionali.

Nella premessa del decreto-legge anzidetto si accenna solo alle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966.

Nell'articolo 1, circa la quota di riduzione e lo scopo che si vuole raggiungere devolvendola, vengono richiamati gli accordi intervenuti tra le categorie interessate e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici omologati dal Ministero della sanità, di concerto con gli altri Ministeri già nominati.

Il richiamo a questi accordi, di conseguenza, ricorda pure le norme contenute nelle circolari n. 184 e n. 220, emanate dal Ministero della sanità. In queste circolari sono bene precisate le categorie dei sanitari ospedalieri che hanno diritto all'adeguamento del trattamento economico, e per i quali si deve attuare la quota di riduzione del 29 per cento sui compensi fissi ed addizionali.

È pure chiarito il provvedimento relativo ai sanitari ospedalieri per i quali non si deve attuare la quota di riduzione, non avendo diritto alle nuove retribuzioni, e che quindi continuano a godere del trattamento economico in atto.

A maggiore precisazione, senza modifiche al decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, si potrebbe inserire, dopo l'articolo 6, un articolo aggiuntivo *6-bis*, così concepito: « Sino a quando non verrà emanato il regolamento relativo alla presente legge restano in vigore le norme contenute nelle circolari n. 184 e n. 200, emanate dal Ministero della sanità, in data, rispettivamente, del 31 ottobre e 17 dicembre 1966 ».

Il decreto-legge 18 novembre 1967, numero 1044, nella sua premessa, afferma la straordinaria necessità ed urgenza di provvedere alla costituzione di una cassa nazionale di conguaglio, per assicurare la parziale copertura finanziaria del costo del nuovo trattamento economico in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano il diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966.

Detta copertura finanziaria viene garantita mediante la riduzione dei compensi fissi mutualistici, previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 163.

Tale straordinaria necessità ed urgenza è in relazione con l'esigenza di istituire il preannunciato strumento e congegno amministrativo, che dovrà raccogliere ed amministrare i fondi provenienti dalla riduzione dei compensi fissi per provvedere alla copertura finanziaria parziale del costo di nuove retribuzioni in favore dei medici ospedalieri.

Il previsto strumento è dunque la Cassa nazionale di conguaglio, amministrata da un Comitato che assolve i suoi compiti, servendosi, per il movimento delle riscossioni e dei pagamenti, di un Istituto di credito di diritto pubblico, con il quale deve stipulare una opportuna convenzione. Detta Cassa riceve le quote di riduzione dei compensi fissi, che riguardano i sanitari ospedalieri, beneficiari del nuovo trattamento economico; esse dovranno essere versate dagli Enti mutualistici e assicurativi, secondo le modalità prescritte dal Comitato stesso.

La Cassa, d'altra parte, provvede alle rimesse in favore delle Amministrazioni ospedaliere, in base alle richieste e alle documentazioni, e mediante il titolo necessario per ordinare all'Istituto di credito l'emissione delle rimesse in denaro dovute a ciascun ospedale.

Le richieste e le documentazioni da parte degli ospedali sono quelle disposte dalla circolare n. 184 che contiene, come allegati, i prospetti corrispondenti alle varie esigenze burocratiche.

Per tali procedure e per i mezzi burocratici prescritti dalle circolari citate è pure molto opportuno l'inserimento dell'articolo 6-bis, proposto dal relatore, nella legge che converte il decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044.

La straordinaria necessità ed urgenza del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, è stata infine imposta da difficoltà di interpretazione e da difformità di applicazione dei provvedimenti disposti con le circolari numeri 184 e 220 del Ministero della sanità, che si riflettono negativamente sull'ordinamento interno degli ospedali e sul personale sanitario ospedaliero.

Sono numerose le ragioni che hanno determinato la necessità indilazionabile e la urgenza di provvedere con una legge definitiva per risolvere il problema della corresponsione ai sanitari ospedalieri di un trattamento economico idoneo ai nuovi compiti loro assegnati per la piena efficienza dei servizi sanitari.

Il provvedimento di legge si impone, oltre che per i motivi già detti, perchè:

1) l'attività dei medici ospedalieri è notevolmente aumentata per il crescente bisogno del ricovero ospedaliero richiesto dalla trasformazione della società in senso economico-industriale;

2) per lo sviluppo della scienza che consente determinate pratiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative solo nell'ospedale;

3) per le nuove attribuzioni che si vogliono conferire ai sanitari ospedalieri, in riferimento all'approvazione del disegno di legge sugli Enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera, oggi in discussione in Senato;

4) per la realizzazione della migliore assistenza ospedaliera con un maggiore impiego ed impegno dei sanitari ospedalieri per i quali si impone una durata di presenza in corsia ben definita di 5 ore per i primari e di 6 ore per gli aiuti e gli assistenti, e per l'eventuale servizio straordinario, per cui si richiede la costante reperibilità dei sanitari;

5) per le difficoltà economico-finanziarie degli ospedali, in seguito alla insolvenza degli Istituti mutualistici;

6) per l'inadeguatezza degli stipendi ospedalieri nel confronto dei nuovi compiti dei sanitari costretti a ricercare, fuori dell'ospedale, altre fonti di guadagno per integrare le loro entrate;

7) per l'esigenza di uno stipendio a favore dei sanitari ospedalieri tale da garantire un trattamento di quiescenza dignitoso, sino ad oggi irrisorio.

Onorevoli senatori, l'urgenza e la necessità che hanno ispirato l'emanazione del de-

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

creto-legge n. 1044, del 18 novembre 1967 sono le stesse che oggi impongono la sua conversione in legge, anche a norma del secondo comma dell'articolo 77 della Costituzione.

Mi sia consentito pertanto di richiamare l'attenzione e l'alto senso di responsabilità dell'Assemblea del Senato affinché voglia

approvare l'articolo unico del disegno di legge n. 2536, che converte in legge il predetto decreto-legge, lasciandolo immutato, tranne l'inserimento dell'articolo 6-bis, che si riferisce al regolamento di rito, nonché alle circolari anzidette, emanate a suo tempo dal Ministero della sanità.

CASSINI, *relatore*

DISEGNO DI LEGGE

TESTO DEL GOVERNO

Conversione in legge del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966

Articolo unico.

È convertito in legge il decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966

Articolo unico.

È convertito in legge il decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, concernente la costituzione ed il funzionamento di una cassa nazionale di conguaglio per assicurare, attraverso la riduzione dei compensi fissi mutualistici previsti e determinati a norma dell'articolo 82 del regio decreto 30 novembre 1938, n. 1631, la parziale copertura finanziaria del costo delle nuove retribuzioni fissate in favore dei medici ospedalieri che ne abbiano diritto a decorrere dal 1° gennaio 1966, con la seguente modificazione:

all'articolo 2, primo comma, dopo la lettera g) è inserita la seguente lettera:

« h) da un rappresentante della Federazione nazionale degli Ordini dei medici ».