

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

11^a COMMISSIONE

(Igiene e Sanità)

VENERDÌ 19 FEBBRAIO 1960

(23^a seduta in sede deliberante)

Presidenza del Presidente BENEDETTI

INDICE

Disegno di legge:

« Nuovo ordinamento della carriera e della posizione giuridica del personale medico degli ospedali » (655) (D'iniziativa dei senatori Santero ed altri) (Seguito della discussione e rinvio):

PRESIDENTE	Pag. 239, 240, 243, 246
ALBERTI	244
BONADIES	242, 244
FRANZINI	242
GIARDINA, <i>Ministro della sanità</i>	240, 242, 243, 245, 246
LOMBARI	244
LORENZI	240, 241, 242
MONALDI, <i>relatore</i>	240, 241, 242, 243, 245
PASQUALICCHIO	240
SAMEK LODOVICI	241, 242
TIBALDI	244, 246

La seduta è aperta alle ore 10,10.

Sono presenti i senatori: Alberti, Benedetti, Bonadies, Caroli, Criscuoli, D'Albora, Franzini, Lombardi, Lombari, Lorenzi, Mam-

mucari, Monaldi, Pasqualicchio, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Tibaldi, Venudo e Zelioli Lanzini.

Interviene il Ministro della sanità Giardina.

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

Seguito della discussione e rinvio del disegno di legge d'iniziativa dei senatori Santero ed altri: « Nuovo ordinamento della carriera e della posizione giuridica del personale medico degli ospedali » (655).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge d'iniziativa dei senatori Santero ed altri: « Nuovo ordinamento della carriera e della posizione giuridica del personale medico degli ospedali ».

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)23^a SEDUTA (19 febbraio 1960)

Come i colleghi certamente ricordano, nella seduta del 27 gennaio ebbe inizio la discussione generale di questo disegno di legge. Poichè nessuno domanda di parlare, la dichiarazione chiusa.

Passiamo ora all'esame dei singoli articoli. Se la Commissione è d'accordo, sarei del parere che tale esame prescindesse per ora dalla votazione. Gli articoli del disegno di legge verranno nuovamente e definitivamente posti in esame e votati nel corso della prossima seduta, allorchè potranno essere discussi gli emendamenti che il Ministro e i Commissari riterranno opportuno presentare.

PASQUALICCHIO. Debbo fare un'osservazione per quanto concerne la dizione dell'articolo 1.

Poichè negli articoli seguenti si parla sempre in primo luogo dei medici interni e poi degli assistenti, degli aiuti, dei primari e dei direttori sanitari, credo sia opportuno osservare tale ordine anche nell'enumerazione contenuta nell'articolo 1.

Naturalmente non si tratta di una questione sostanziale, ma semplicemente di logica.

PRESIDENTE. Nella gerarchia dei valori, però, si comincia sempre da quello più alto.

LORENZI. Se non erro, nel testo unico delle leggi sanitarie si è sempre mantenuto, nelle enumerazioni, l'ordine dal basso verso l'alto, nominando per primi gli assistenti e per ultimi i direttori sanitari. Ora, per non mutare l'abitudine affermatasi, direi che si potrebbe mantenere questo ordine anche nel caso attuale.

PRESIDENTE. Ma è proprio il vecchio testo unico delle leggi sanitarie che inizia l'enumerazione dal sovrintendente sanitario per finire con gli assistenti, seguendo così l'ordine gerarchico.

MONALDI, relatore. Questo articolo ripete quello che è il contenuto dell'ar-

ticolo 14 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631. Innanzi tutto occorre osservare che nell'enumerazione contenuta nell'articolo 1 non è compreso il sovrintendente sanitario perchè tale figura è riservata soltanto ad alcuni gruppi di ospedali, mentre con questo articolo si vuole stabilire un organico generale valevole per tutti gli ospedali di ogni categoria. In seguito si parlerà delle situazioni particolari, tra cui quella che si riferisce al sovrintendente sanitario.

Circa l'ordine da seguire nell'enumerazione delle qualifiche, è evidente che si può andare tanto dal basso verso l'alto quanto dall'alto verso il basso, poichè la cosa non ha una pratica importanza; però la prassi vuole che nell'ordinamento degli ospedali si scenda dall'alto verso il basso, e questa è la ragione per cui è stato adottato tale criterio nel caso in esame. Ovviamente la Commissione può decidere nel senso che preferisce, ma io riterrei opportuno mantenere la dizione conforme alla prassi attuale.

GIARDINA, Ministro della sanità. Faccio osservare che in questo articolo si parla fra l'altro dei medici interni. Quella del medico interno è una figura nuova, contemplata in particolare nell'articolo 2, il che rende l'approvazione dell'articolo 1 condizionata all'approvazione dell'articolo 2. Approvando l'articolo 1 così com'è, infatti, ci troviamo poi costretti ad inserire nell'ordinamento ospedaliero la figura del medico interno. Credo comunque che su questo punto non possano sorgere difficoltà di sorta.

PRESIDENTE. In linea di massima mi pare che non vi siano obiezioni fondamentali sull'articolo 1; pertanto possiamo senz'altro passare all'esame dell'articolo 2.

MONALDI, relatore. Per quanto concerne il primo comma di questo articolo, ho il dovere di riportare anche in questa sede il pensiero di persone che hanno studiato il provvedimento dall'esterno. È stato osservato da alcuni che per i medici interni è sufficiente un biennio di servizio; quindi non

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)23^a SEDUTA (19 febbraio 1960)

si dovrebbe prevedere la possibilità di un secondo biennio.

Io ho già riferito sulla durata del servizio del medico interno, e ritengo opportuno che venga previsto il secondo biennio per molte ragioni. In pratica il primo biennio dà semplicemente una formazione di ordine generale, e vi sono molti medici che durante tale periodo possono cominciare a orientarsi verso le varie specializzazioni. A mio parere, è opportuno favorire questo orientamento; del resto, nessun membro della Commissione ha sollevato difficoltà su questo punto.

L O R E N Z Itanto più che la conferma per il secondo biennio è lasciata alla discrezione della Direzione.

S A M E K L O D O V I C I . Desidero sollevare una questione puramente formale. In questo primo comma dell'articolo 2 si dice « su proposta del Sovrintendente ». Noi abbiamo già visto le ragioni per cui questa figura non è stata inclusa all'articolo 1; diceva infatti il relatore che tale qualifica esiste soltanto in determinati ospedali. Sarebbe allora conveniente, a mio avviso, aggiungere, dopo le parole « su proposta del Sovrintendente », le parole « ove esista ».

M O N A L D I , *relatore*. Ciò è sottinteso, perchè la dizione completa è la seguente: « su proposta del Sovrintendente, rispettivamente del Direttore sanitario ». Questo significa appunto che, ove non esista il Sovrintendente, la proposta deve essere avanzata dal Direttore sanitario.

S A M E K L O D O V I C I . Negli articoli successivi si accenna nuovamente sia al Sovrintendente che al Direttore sanitario. Ora, nell'articolo 1, che enumera il personale degli ospedali generali, la figura del Sovrintendente non compare, mentre secondo la logica avrebbe forse dovuto comparire. Ma io accedo all'interpretazione del relatore Monaldi, il quale ha fatto notare come questa figura esista solo in casi particolari, in determinati ospedali; quindi è meglio non farla apparire come un *quid* indispensabile nella

struttura ospedaliera. Però, come ho già detto, negli articoli successivi la si vede comparire di nuovo; ed allora, facciamo almeno un cenno a tale situazione in questo articolo 2, aggiungendo le parole « ove esista ».

L O R E N Z I . Io direi che, per non creare confusione, sarebbe meglio dire « su proposta del Direttore sanitario », senza nominare il Sovrintendente, tanto più che il Sovrintendente non è in genere che una controfigura del Direttore sanitario.

M O N A L D I , *relatore*. Vorrei subito chiarire la situazione. Questo provvedimento intende abrogare o modificare gran parte delle disposizioni contenute nella norma fondamentale n. 1631, ma ove non è fatto espresso richiamo, le disposizioni permangono. Il titolo II della legge fondamentale già parla del Sovrintendente, e dice in quali casi tale figura deve sussistere. Ora, tale titolo rimane operante, per cui se pensiamo che il disegno di legge ora in esame si connette all'articolo 15 della legge fondamentale, allora vediamo subito come la figura del Sovrintendente è già definita.

Vorrei pregarvi fin d'ora di tener presente questo riferimento alla legge generale; altrimenti man mano che proseguiremo nello esame di questi articoli, troveremo sempre delle apparenti lacune.

Nel mio concetto, la dizione « rispettivamente del Direttore sanitario » significa che, ove non esista il Sovrintendente, subentra appunto il Direttore sanitario.

Debbo una parola di chiarimento in merito alla proposta fatta dal collega Lorenzi: non avrei nulla in contrario ad affidare il giudizio sempre al Direttore sanitario se non venissero a derivare da ciò dei gravissimi inconvenienti. Gli ospedali riuniti dei grandi centri, infatti, hanno più unità ospedaliere, e per ogni unità vi può essere un Direttore sanitario; in ogni caso vi è una pluralità di Direttori sanitari, salvo che nei piccoli centri in cui ne esiste uno solo, per cui non si saprebbe a chi affidare il compito in questione. Quando invece manca il Sovrintendente, vi è un solo Direttore sanitario, ed

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)23^a SEDUTA (19 febbraio 1960)

allora va da sè che in esso si identifica l'individuo che deve emettere il giudizio.

In conclusione, quindi, se si desidera chiarire questa formulazione io non ho nulla in contrario; però nella sostanza essa deve rimanere così com'è, altrimenti si ingenereranno degli elementi di confusione.

B O N A D I E S . Sono d'accordo col relatore. Il Sovrintendente è colui che sta più vicino all'Amministrazione e può raccogliere le designazioni dei vari Direttori che sono negli altri ospedali. Il medico interno, infatti, può rimanere per cinque mesi in un ospedale, poi essere trasferito in altri, quindi può completare il biennio in vari ospedali; i Direttori sanitari allora fanno la proposta al Sovrintendente, che è l'unico che, come ho detto, è vicino all'Amministrazione e deve fare la deliberazione di conferma o meno.

Pertanto io lascerei la dizione così com'è.

L O R E N Z I . Sono d'accordo.

S A M E K L O D O V I C I . Io non insisto, però mi permetto di far presente che in alcuni ospedali esiste sia il Sovrintendente che il Direttore sanitario. Ora, la dizione « su proposta del Sovrintendente, rispettivamente del Direttore sanitario » alla lettera può essere interpretata nel senso dell'equipollenza dei pareri del Sovrintendente e del Direttore sanitario; essa deve invece, come è noto, interpretarsi nel senso che, laddove esistono ambedue le figure, il parere deve essere dato dal Sovrintendente, mentre laddove quest'ultimo non esiste, deve essere dato dal Direttore sanitario. La dizione attuale potrebbe anche interpretarsi, lo ripeto, nel senso che si può chiedere il parere indifferentemente all'uno o all'altro; ecco perché avevo proposto di aggiungere le parole « ove esista ».

F R A N Z I N I . Mi pare che sulla sostanza siamo tutti d'accordo e che si tratta solo di una questione di forma.

Noi conosciamo il disegno di legge, quindi ci rendiamo conto di ciò che intendiamo significare; però chi lo legge soltanto, senza es-

sere molto esperto in materia, può trovarsi di fronte alla parola « Sovrintendente » senza sapere a quale figura si riferisca tale qualifica. Io domando allora se non si potrebbero aggiungere, per maggiore chiarezza, in fondo all'articolo 1, le parole: « In alcuni ospedali è contemplata la figura di Sovrintendente ».

M O N A L D I , *relatore*. Io penso che si possa chiarificare il senso di ambedue gli articoli inserendo nel primo comma dell'articolo 2 questa dizione: « su proposta del Sovrintendente ove esista ai sensi dell'articolo 15 del regio decreto 30 settembre 1938, numero 1631 ». In tal modo la figura del Sovrintendente viene definita.

S A M E K L O D O V I C I . Sono di accordo.

L O R E N Z I . Anch'io sono d'accordo.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Devo fare una considerazione, sempre di carattere generale. Il senatore Monaldi ha accennato al fatto che permangono le norme del testo unico delle leggi sanitarie che non sono contrarie a quelle contenute in questo disegno di legge.

Io sono invece del parere, più ambizioso, che questo disegno di legge debba sostituire integralmente le norme relative al personale sanitario esistenti nel suddetto testo unico. In tal modo si dà maggior pregio a questo provvedimento e non si costringe coloro che devono applicare la legge ad andare a leggere i vari articoli di quella precedente. Per ottenere ciò non occorre che un po' di studio, di applicazione, e potrà essere cura mia e dei miei uffici.

Come ha detto giustamente il senatore Franzini, non dobbiamo pensare a quella che è la nostra interpretazione del provvedimento, ma a quella che daranno ad esso gli altri. Il chiarimento fatto dal senatore Monaldi è certamente esatto, ma se potessimo completamente sostituire il richiamo alla legge fondamentale con qualche articolo iniziale da aggiungere al testo di questo disegno di leg-

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)23^a SEDUTA (19 febbraio 1960)

ge per definire alcuni concetti e per dissipare ogni dubbio, mi pare che faremmo cosa assai opportuna.

MONALDI, *relatore*. Ringrazio il Ministro per i suoi chiarimenti; però io penso che la Commissione si assumerebbe una responsabilità troppo grande considerando questo provvedimento come integralmente sostitutivo di tutte le norme precedenti. Le norme approvate col regio decreto n. 1631 per quanto concerne la posizione giuridica e la carriera dei medici ospedalieri vengono sostituite quasi interamente, ma non interamente, da questo disegno di legge, quindi il dichiarare che tutte le precedenti norme rimangono abrogate potrebbe dar luogo al verificarsi di gravi lacune nel campo legislativo. Noi potremo eventualmente riesaminare, capitolo per capitolo, le norme generali approvate col regio decreto n. 1631 mentre discutiamo questo provvedimento per vedere se si possono considerare abrogati gli articoli corrispondenti, ma è logico che, a lungo andare, avremo un nuovo testo unico delle leggi sanitarie che integrerà le eventuali lacune che potranno essere riscontrate in questo provvedimento.

L'esame di questo disegno di legge, quindi, dovrebbe a mio avviso continuare senza la preoccupazione, da parte nostra, di abrogare interamente la vecchia legge fondamentale.

GIARDINA, *Ministro della sanità*. Posso subito rassicurare il relatore Monaldi. Dicendo che intendo con questo disegno di legge sostituire tutte le norme precedenti, voglio dire che debbono essere inserite in esso anche le norme che, non ricevendo modificazione o abrogazione, rimangono valide. Il nostro testo, cioè, deve essere sostitutivo anche laddove non è innovativo, poichè le norme non abrogate del testo unico devono essere ugualmente inserite in questo disegno di legge.

In linea di massima mi pare che siamo tutti d'accordo sulla dizione che è stata formulata. Vedremo eventualmente la prossima volta se sarà il caso di inserirla in questo ar-

ticolo così com'è, o di inserire addirittura quanto disposto dallo stesso articolo 15 delle norme generali, magari in sintesi.

Vediamo ora il problema della nuova figura del medico interno. Esso viene a sostituire, in certo qual modo, l'assistente volontario del quale, anche se si tiene presente lo articolo 7, non si parla più, benchè il medico interno sia qualcosa di più dell'assistente volontario, e la sua posizione giuridica sia diversa poichè è previsto anche il concorso. L'assistente volontario rimane a far parte del personale medico, ma avrà una posizione diversa.

PRESIDENTE. Questo non è codificato nella legge.

MONALDI, *relatore*. Desidero chiarire: il medico volontario non è contemplato dai regolamenti degli ospedali, bensì da quelli delle cliniche universitarie. Negli ospedali esiste invece il medico frequentatore, il quale ha però una posizione particolare riconosciutagli nel dopoguerra. Può darsi quindi che nelle varie amministrazioni ospedaliere siano effettivamente stati nominati dei medici volontari, ma non si tratta comunque, come dicevo, di una figura riconosciuta e qualificata dall'ordinamento giuridico. Ben inteso, se tale figura dovesse essere creata non avrei nulla da eccepire. Ricordiamo però che tali « medici volontari » si sono già uniti in associazioni, in tutte le grandi città, per esigere dei compensi alla loro opera, compensi che in realtà non competono loro; è vero che ai medici in questione vengono attribuiti compiti di servizio, e che molte amministrazioni hanno cercato di superare, a tale proposito, anche difficoltà di ordine morale, assegnando loro, ad esempio, il ruolo di medico di guardia, con il relativo gettone. Ed è tale situazione che dobbiamo cercare di eliminare.

Il provvedimento in esame propone l'istituzione del « medico interno », con fisionomia ben qualificata. Alcune associazioni hanno erroneamente interpretato lo spirito di tale proposta nel senso di una eliminazione di una categoria di medici: quella, appun-

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

23ª SEDUTA (19 febbraio 1960)

to, dei medici volontari. Ma tale categoria, ripeto ancora una volta, non è mai esistita!

Ci si potrebbe chiedere, allora, per quale ragione è stato in passato rivalorizzato il titolo. Quando vennero ripresi i concorsi che erano stati sospesi da prima della guerra (praticamente la legge del 1938 non era mai divenuta operante), ci si trovò di fronte alla situazione creata appunto da sei, sette, dieci anni di vacanza di tali concorsi. Si ricorse così ad una provvida disposizione di legge, per la quale venivano presi in considerazione i dieci anni di servizio interno e volontario ininterrotto, con qualsiasi qualifica, ai fini dell'ammissione a concorsi per posti di aiuto e persino di primario. In tal modo si rivalorizzò il concetto di medico e di assistente volontario, nonchè quello di frequentatore; e da tale valorizzazione hanno avuto quindi origine i numerosi abusi che il disegno di legge tende ad eliminare completamente.

T I B A L D I . Concordo pienamente con le affermazioni del collega Monaldi. Effettivamente la figura giuridica del medico volontario è inesistente. La prassi è stata introdotta e mantenuta per necessità, per carenza di medici. Il medico volontario non esisterà dunque più: si avranno invece i praticanti, mentre le funzioni che fino ad ora si erano riferite all'assistente volontario verranno espletate dai medici interni.

A L B E R T I . Ai fini terminologici, desidero ricordare agli onorevoli colleghi che già nelle più antiche istituzioni italiane era prevista una speciale figura di assistente. Ad esempio, nell'Ospedal Grande di Viterbo vi era la figura dell'astante. La figura dell'assistente moderno è qualcosa di diverso da quella dell'astante, la quale era a sua volta diversa da quella del frequentatore. Fino al 1828, infatti, gli ospedali dei capoluoghi di provincia dello Stato pontificio fungevano anche da palestre universitarie; Leone XII abolì quindi con una Bolla tale consuetudine, ma gli ospedali in parola continuarono ad essere fucina, in sede didattica, di giovani medici. L'astante non aveva alcuna responsa-

bilità nelle operazioni interne dell'ospedale: udiva, assisteva, si abituava allo stile di discussione del primario; però, in particolari emergenze — ad esempio in casi di pronto soccorso — poteva intervenire. Negli ospedali di Roma, tra l'altro, pur essendo scomparso l'astante, è rimasto il termine « astanteria ».

Non sarebbe inopportuno, in conclusione, dato che l'onorevole Ministro desidera rivedere pure la terminologia, tener conto anche di questo.

B O N A D I E S . Negli ospedali di Roma esistono assistenti volontari con una loro posizione giuridica, essendo stata emanata tre anni fa una disposizione per cui sono ammessi a determinate funzioni, hanno diritto ad un certificato e al vitto giornaliero: essi non possono essere superiori di numero agli assistenti effettivi che di un terzo, e vengono inviati anche al pronto soccorso, in caso di bisogno; sono in un certo senso entrati, quindi, a far parte del corpo medico degli ospedali. Riterrei pertanto opportuno abolire la dizione « volontari », sostituendola con l'altra « praticanti », oppure con quella di « astanti » o di « frequentatori », in modo da precisare una volta per sempre la situazione. Da noi non esistono concorsi per volontari, ma chi affronta un qualsiasi concorso deve dimostrare in qualche modo d'aver svolto la pratica necessaria.

L O M B A R I . Il disegno di legge non rappresenta altro che un perfezionamento della legge vigente in materia. Effettivamente chi si esercita e acquista una certa esperienza come aiuto, desidera ottenere l'assicurazione di poter lavorare a lungo nello stesso luogo dove ha svolto la pratica in questione; e noi dobbiamo cercare di armonizzare la carriera degli assistenti negli ospedali con quella degli assistenti nelle cliniche universitarie. Gli interni sono giovani desiderosi di ambientarsi e di acquistare esperienza; molte Università, almeno in passato, facevano anzi pagare a tale scopo una tassa, che una volta ammontava a circa seicento lire. Gli assistenti volontari venivano nominati

annualmente a discrezione del direttore della clinica e del Rettore Magnifico (ed una nomina rettorale aveva il suo peso nella valutazione dei titoli, rappresentando effettivamente qualcosa agli effetti della professione); essi assistevano alle lezioni, aiutavano l'ordinario a compilare le cartelle cliniche, e a volte erano ammessi in sala operatoria.

Negli ospedali non esiste invece, come è stato giustamente osservato, una figura del genere.

Non bisogna dunque confondere le cose. L'articolo 2 non parla di istituire *ex novo* negli ospedali il posto di medico interno: esso ha una funzione, direi quasi, ordinatoria stabilendo che a tale posto si accede mediante concorso, diversamente da quanto accade per gli assistenti volontari o per i frequentatori.

Negli ospedali non esercitano i medici generici, ma gli specialisti. Ora, come vengono assunti nelle Università gli assistenti di ruolo? Vengono scelti nel vivaio degli assistenti volontari e sottoposti a concorso. Il concorso per medico interno permette in maniera analoga di esercitarsi per due o tre anni nonchè di giudicare l'opportunità o meno di scelta in relazione alle proprie attitudini.

In definitiva, con l'istituzione del medico interno si ha lo stesso risultato di sperimentare in pratica la passione e l'attitudine di questi giovani, i quali avranno così la possibilità di vedere — in due o in quattro anni — se siano veramente idonei al ruolo di assistente o di aiuto, e se siano veramente formati, preparati a tutte le esigenze scientifiche e attitudinali di questa profonda, utile e sana opera.

M O N A L D I , *relatore*. Il senatore Lombardi ha richiamato la nostra attenzione sull'importanza dell'istituzione del medico interno, punto al quale si è giunti partendo dalla richiesta avanzata dall'onorevole Ministro circa l'abolizione del medico volontario. Il senatore Bonadies ha a sua volta proposto di abolire esplicitamente la dizione « volontario », ed io gli rispondo subito che noi dobbiamo limitarci al testo del disegno di legge.

Se gli ospedali di Roma hanno dato un riconoscimento ufficiale ad alcuni medici volontari lo hanno fatto abusivamente. L'articolo 78 del decreto del 1938 consente la facoltà ai direttori di ospedali di accettare medici frequentatori, a condizione che questi non assumano responsabilità. Quindi anche per quanto riguarda i suddetti ospedali romani si sono verificati dei veri e propri abusi di titolo, che in tanto hanno potuto concretarsi in quanto è esistita, come ho detto, una legge temporanea con scadenza al 30 marzo prossimo, per effetto della quale, in qualunque modo si siano frequentati determinati ospedali, si è potuto e si può accedere a determinati concorsi. Una volta decaduta la legge in questione, la figura dell'assistente volontario negli ospedali sarà definitivamente scomparsa.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. Credo d'aver fatto bene ad accennare al problema dell'assistente volontario, perchè è vero quanto affermato dal senatore Monaldi circa l'inesistenza, ai fini dell'ordinamento giuridico attuale, di tale figura; ma in realtà in moltissimi ospedali — e non solo in quelli romani — essa ha ottenuto un riconoscimento, riconoscimento rappresentato a volte da un vero e proprio certificato. Non possiamo disconoscere la realtà: vi sono — come si accennava dianzi — persino associazioni di medici volontari ospedalieri, le quali hanno anche avanzato delle rivendicazioni in materia di retribuzioni.

Noi dobbiamo sempre pensare che la vita del diritto è fatta di norme codificate e di norme non codificate: è bene quindi esaminare il problema per avere ben chiaro il contenuto del provvedimento. Se noi decidessimo di introdurre nel disegno di legge la figura del frequentatore, escludendo di proposito quella del medico volontario, nessuno più farà l'assistente volontario, non presentando più il relativo certificato alcun valore neanche ai fini del titolo per i concorsi.

M O N A L D I , *relatore*. Avrà valore di merito.

G I A R D I N A , *Ministro della sanità*. ...ma non rappresenterà titolo dal punto di vista giuridico. Non possiamo ignorare che moltissimi ospedali italiani contemplan la figura dell'assistente volontario. Un mancato riconoscimento da parte nostra di tale categoria provocherà nei grandi ospedali un venir meno di energie. Subentrerà allora il medico interno, il quale sostituirà l'assistente volontario. È su questo che desidero richiamare la vostra attenzione: voi bandite un concorso, con il quale venite a inserire la figura del medico interno nell'ordinamento ospedaliero, mediante un rapporto di impiego. Si determinerà dunque un ruolo comprendente un limitato numero di posti, e ciò comporterà un immediato aggravio finanziario per l'amministrazione. Il medico interno dovrà infatti essere a carico dell'amministrazione.

Gli ospedali hanno bisogno di molto personale; in tal modo, invece, avranno un danno dal punto di vista dell'efficienza, danno accompagnato ad un onere finanziario che li colpirà proprio in un momento di crisi.

Io sono favorevole al contenuto dell'articolo in esame. Non posso però fare a meno di porre, anche a me stesso, tali problemi.

T I B A L D I . La figura del medico interno è stata lungamente dibattuta in Commissione anche durante la seconda legislatura, quando presentammo un disegno di legge che prevedeva la distinzione dei medici in due categorie: A e B. Ciò risponde in gran parte alle richieste degli assistenti, i quali desiderano raggiungere una certa stabilità che consenta loro, calcolando anche gli

anni universitari, di arrivare al minimo della pensione; ed è appunto per aderire a tali esigenze che abbiamo in seguito ripiegato sulla figura del medico interno.

Devo inoltre ricordare come gli ospedali siano aumentati enormemente; è aumentato il numero delle prestazioni necessarie in rapporto alle nuove esigenze degli ammalati, i quali hanno anche loro acquistato una figura giuridica ben diversa rispetto a prima, grazie alla mutualità. L'ammalato viene oggi all'ospedale non più in veste di povero e di beneficiario, bensì con i diritti di chi paga. Se vi è una crisi, questa è dovuta alla cattiva amministrazione. Non può esistere altro motivo, dato appunto l'incremento ospedaliero cui siamo andati incontro in questi ultimi anni per le ragioni suaccennate. Continuano anzi a piovere da tutte le parti d'Italia richieste di nuovi ospedali, la cui carenza è maggiormente sentita nel Mezzogiorno, mentre nel Nord gli ospedali già esistenti sono costretti a triplicare i posti-letto.

Ripeto pertanto che se tali ospedali fossero bene amministrati non esisterebbe alcuna crisi.

P R E S I D E N T E . Se non si fanno osservazioni, propongo di rinviare il seguito della discussione del disegno di legge ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 11,45.

Dott. MARIO CARONI

Direttore dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari