

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

11^a COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

GIOVEDÌ 24 NOVEMBRE 1960

(34^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.	321, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333
D'ALBORA		326, 330
FRANZINI		322, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 331, 332
GIARDINA, Ministro della sanità		323, 324, 325, 327, 329, 331, 332
LOMBARI		323, 326, 329, 331
LORENZI		323, 329
MONALDI, relatore		322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 330, 331, 332
PASQUALICCHIO		323, 330, 332
SAMEK LODOVICI		325, 326, 328, 329

La seduta è aperta alle ore 9,30.

Sono presenti i senatori: Alberti, Benedetti, Bonadies, Caroli, D'Albora, De Unter-

richter, Franzini, Gatto, Lombardi, Lombari, Lorenzi, Monaldi, Pasqualicchio, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Zanardi e Zelioli Lanzini.

Interviene il Ministro della sanità Giardina.

LOMBARDI, 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 ».

Come la Commissione ricorderà, nel corso delle precedenti sedute sono stati approvati i primi dodici articoli, contenuti nel titolo I.

Passiamo ora al titolo II, e precisamente all'articolo 13, di cui do lettura:

TITOLO II
DEGLI OSPEDALI SPECIALIZZATI

Art. 13.

(Definizione degli ospedali specializzati)

Agli effetti della presente legge si considerano specializzati gli ospedali, qualunque sia il pubblico ente da cui dipendono e l'ambito territoriale in cui operano, i quali sono riservati alla cura di soli infermi di malattie che rientrano in una o più delle specialità ufficialmente riconosciute o in speciali branche della patologia.

Tali sono gli ospedali sanatoriali per tubercolotici, i Centri per poliomielitici, il lebbrosario di Gioia del Colle, gli Istituti per la cura dei tumori, gli ospedali per malattie infettive.

Sono esclusi gli ospedali per malattie mentali e gli ospedali o istituti a finalità scientifica di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

La qualifica di ospedale specializzato per istituzioni non elencate dal presente articolo viene riconosciuta con decreto del Ministro della sanità.

Informo la Commissione che la Federazione dei farmacisti ospedalieri ha avanzato una richiesta tendente a promuovere la regolamentazione della categoria. Non so, però, se sia più opportuno provvedere con un articolo apposito, oppure assimilare il trattamento dei farmacisti a quello dei medici, per analogia.

MONALDI, *relatore*. Non sono pronto a rispondere a questa domanda, anche per-

chè ritenevo che la legge fondamentale definisse già in modo esauriente la posizione dei farmacisti. Mi riservo quindi, se la Commissione è d'accordo, di rispondere nel corso della prossima seduta.

Vorrei ora inquadrare rapidamente il Titolo in esame. È la prima volta, nella nostra legislazione sanitaria, che si dedica un titolo *ad hoc* agli ospedali specializzati. La legge fondamentale, del 1938, riguardava, naturalmente, anche le specializzazioni, ma le accomunava agli ospedali generali. Da quel tempo le specializzazioni hanno assunto una impostazione del tutto definita, del tutto autonoma. Le esigenze particolari delle specializzazioni si vanno sempre più estendendo, ed è previsto che il Ministro della sanità, con propri decreti, riconosca via via le istituzioni da considerare specializzate, da distinguere dai servizi speciali annessi agli ospedali generali.

Per quanto riguarda l'inquadramento del personale sanitario, si è seguito il criterio che ormai è applicato in tutte le nazioni più progredite, a partire dagli Stati Uniti, per giungere ai diversi Stati europei. Negli ospedali specializzati è difficile seguire una graduatoria pari a quella degli ospedali generali, perchè nei primi molti medici non possono passare da un settore all'altro, come avviene invece per i medici che prestano la loro opera negli ospedali generali. Per i medici specializzati non si può creare una graduatoria di assistente, aiuto e primario, come previsto negli ospedali generali; negli ospedali specializzati, una volta creato il primario, per gli altri medici la strada è chiusa. Questo avviene, principalmente, nei piccoli e medi sanatori, dove i posti di grado più elevato sono in numero estremamente esiguo. Si è presentata quindi l'esigenza di creare dei medici senza qualifica particolare, che avessero però la possibilità di uno sviluppo di carriera economica. Naturalmente, laddove sia possibile una carriera anche professionale, questa possibilità è assicurata.

FRAZINI. Vorrei sapere cosa si intende per «ospedali per malattie infetti-

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)34^a SEDUTA (24 novembre 1960)

ve», specificatamente citati nel secondo comma.

A me sembra che la dizione sia troppo generica e quindi ne propongo la soppressione.

P A S Q U A L I C C H I O. Sono d'accordo con il senatore Franzini.

L O R E N Z I. Si intendono gli ospedali per malattie infettive contagiose.

P A S Q U A L I C C H I O. Propongo allora di modificare il secondo comma nel senso di sostituire le parole « per malattie infettive » con le altre « per malattie infettivo-contagiose ».

L O M B A R I. Vorrei sapere come sono considerati i Centri traumatologici dell'I.N.A.I.L.

M O N A L D I, *relatore*. Sono favorevole all'emendamento proposto dal senatore Pasqualicchio.

Per quanto riguarda i Centri traumatologici dell'I.N.A.I.L., essi erano stati considerati nella prima stesura del provvedimento in esame, ma in seguito si decise di demandare al Ministro la decisione, in quanto ormai detti Centri sono divenuti quasi dei centri chirurgici generali. Il direttore di un Centro traumatologico oggi non è che un funzionario, mentre il direttore degli ospedali di cui ci stiamo occupando è un clinico.

Colgo, ad ogni modo, l'occasione per richiamare l'attenzione su questi Centri, i quali hanno indetto dei concorsi poco curati, e che vanno inquadrati meglio nell'ambito della legge. La Commissione può decidere se sia il caso di inserire queste norme nel presente provvedimento, ovvero di demandare al Ministro ogni decisione in merito.

L O M B A R I. Come ognuno sa, la traumatologia investe ogni parte del corpo umano, per cui esiste una traumatologia cranica, una del torace, una dell'addome, eccetera. I Centri traumatologici dell'I.N.A.I.L. hanno

una caratteristica particolare: essi sono tutti ortopedici. Il problema va quindi studiato attentamente, perchè, se si considerassero questi Centri come ospedali traumatologici, essi verrebbero assimilati agli ospedali generali, mentre si occupano esclusivamente di ortopedia. Se tale assimilazione avvenisse, occorrerebbe creare nei Centri un primario per ogni specializzazione, con tutto il contorno di aiuti, assistenti, eccetera.

Prego quindi il Ministro di approfondire la questione, perchè occorre definire esattamente le competenze di questi Centri, ed inquadrarli nella legge come tutti gli altri istituti ospedalieri. Ora è come se fossero Istituti privati di un Ente parastatale, che si regolamenta a suo modo senza assoggettarli alla legge. Ma in primo luogo occorre stabilire esattamente la funzione di tali Centri.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità*. Il primo comma dell'articolo viene a definire il concetto di ospedale specializzato, e dovrebbe essere di per sè sufficiente ai fini della presente norma. Quindi non occorrerebbe assolutamente — se il primo comma è perfetto — il secondo comma, vale a dire la esemplificazione.

Pertanto si potrebbe sopprimerlo e migliorare soltanto il primo comma, dove si deve definire con esattezza il concetto di ospedali specializzati. Io mi rivolgo ai competenti della materia per sapere se il primo comma è sufficiente a dare l'idea degli ospedali specializzati.

L O R E N Z I. È generico.

P R E S I D E N T E. Il Ministro propone di definire nel primo comma gli ospedali specializzati, abolire le esemplificazioni, modificando, di conseguenza, l'ultimo comma dell'articolo 13. Invece della dizione: « La qualifica di ospedale specializzato per istituzioni non elencate dal presente articolo viene riconosciuta con decreto del Ministro della sanità », si dovrebbe usare la seguente: « La qualifica di ospedale specializzato viene riconosciuta con decreto del Ministro della sanità ».

G I A R D I N A, *Ministro della sanità*. Questa è, in complesso, la mia idea.

M O N A L D I, *relatore*. Io non avrei assolutamente nulla in contrario — in linea di principio — ad accedere al progetto del Ministro, ma l'elencazione ha lo scopo di evitare inconvenienti di ordine pratico. L'articolo 1 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, stabiliva il riconoscimento, con decreto ministeriale, degli istituti a carattere clinico scientifico, come gli ospedali sanatoriali, i centri per poliomielitici, il lebbrosario di Gioia del Colle, gli istituti per la cura dei tumori, gli ospedali per malattie infettive, ma ci sono voluti venti anni per arrivare a questi riconoscimenti. Ecco perchè è necessario dire subito quali sono gli ospedali specializzati, e in un secondo tempo se ne potranno inserire tanti altri, perchè è il Ministro che decide.

Pertanto, onorevole Ministro, io mi permetterei di insistere sul mantenimento di questa dicitura; si può immaginare, infatti, che cosa avverrebbe per il riconoscimento delle singole Case di cura: noi fra due anni staremmo ancora a discutere per riconoscere un sanatorio, il che impedirebbe l'attuazione immediata della legge.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità*. Se si dovesse mantenere il secondo comma dell'articolo, bisognerebbe formularlo più correttamente da un punto di vista legislativo, sostituendo l'espressione: « Tali sono » con l'altra: « Sono considerati tali ... ».

Quanto al primo comma dell'articolo 13, sarebbe poi opportuno sopprimere, al quarto rigo, le parole « i quali sono ».

P R E S I D E N T E. A questo articolo è stato presentato dal Governo un emendamento tendente a sopprimere, al quarto rigo del primo comma, le parole: « i quali sono ».

Metto ai voti questo emendamento.

(È approvato).

Al secondo comma il Ministro ha proposto un emendamento tendente a sostituire, al-

l'inizio del comma stesso, alle parole « Tali sono », le altre: « Sono considerati tali ».

Lo metto ai voti.

(È approvato).

G I A R D I N A, *Ministro della sanità*. Ancora un'osservazione: quando noi diciamo, nel primo comma: « delle specialità ufficialmente riconosciute », già si sa quali sono le specialità in atto; quindi non potrebbe sorgere il problema.

M O N A L D I, *relatore*. Nella pratica la specialità può far parte anche di un ospedale generale; per esempio, oggi la cardiologia può essere una parte dell'ospedale generale, come potrebbe essere un istituto a sè stante: se è un istituto a sè stante, è ospedale specializzato. Allora è opportuno mantenere questa dizione.

P R E S I D E N T E. Al secondo comma dell'articolo 13 è stato presentato dal senatore Franzini un emendamento tendente a sopprimere, alla fine del comma stesso, le parole: « gli ospedali per malattie infettive ».

C'è inoltre un emendamento, allo stesso punto, presentato dai senatori Pasqualicchio e Lorenzi, tendente a sostituire la frase: « gli ospedali per malattie infettive » con l'altra: « gli ospedali per malattie infettivo-contagiose ».

Prima di mettere in votazione l'emendamento soppressivo, prego la Commissione di considerare il fatto che, se noi approvassimo la soppressione, non potremmo poi mettere ai voti, per ragioni preclusive, la modifica.

F R A N Z I N I. Io mantengo il mio emendamento perchè mi pare che con questo comma dell'articolo 13 si ampli troppo il numero degli ospedali specializzati. D'altra parte, siccome poi è data facoltà all'onorevole Ministro di attribuire la qualifica di ospedale specializzato ad istituzioni non elencate nel presente articolo, se in un determinato momento, in un determinato posto, si ravviserà la necessità di istituire un ospedale specializzato, questo potrà avvenire. Ma la-

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)34^a SEDUTA (24 novembre 1960)

sciando questa dizione del secondo comma, a mio parere, si attribuisce a troppi ospedali la qualifica di specializzati.

MONALDI, *relatore*. Mi rимetto al giudizio della Commissione.

SAMEK LODOVICI. A me non sembra che con la sola parola « infettive » s'intendano anche le malattie contagiose: infettive sono tutte le malattie da infezione, ricoverate generalmente nei reparti degli ospedali generali. Questo comma fa invece preciso riferimento ai reparti dove vengono esclusivamente ricoverate le forme propriamente dette infettivo-contagiose, e quindi si tratta di ospedali certamente specializzati.

PRESIDENTE. L'onorevole Samek Lodovici è d'avviso di lasciare la dizione così com'è?

SAMEK LODOVICI. Mi sembra di essere stato chiaro; sopprimiamo tutto il comma, in quanto riteniamo che nel primo è già sufficientemente definito quali saranno gli ospedali e reparti specializzati; se viceversa, addivenendo al desiderio del relatore e per ragioni storiche, vogliamo elencare quali sono gli ospedali specializzati, a mio modesto parere anche gli ospedali per malattie infettivo-contagiose debbono rientrare tutti in questa elencazione.

PRESIDENTE. Il senatore Franzini insiste nel suo emendamento sottospecie?

FRAZININI. No, lo ritiro.

PRESIDENTE. Metto ai voti lo emendamento presentato dai senatori Pascualicchio e Lorenzi, tendente a sostituire, nel secondo comma, alle parole « gli ospedali per malattie infettive », le altre: « gli ospedali per malattie infettivo-contagiose ».

(È approvato).

Metto ai voti l'articolo 13 il quale, con gli emendamenti testè approvati, risulta così formulato:

« Agli effetti della presente legge si considerano specializzati gli ospedali, qualunque sia il pubblico ente da cui dipendono, e l'ambito territoriale in cui operano, riservati alla cura di soli infermi di malattie che rientrano in una o più delle specialità ufficialmente riconosciute o in speciali branche della patologia.

Sono considerati tali gli ospedali sanatoriali per tubercolotici, i Centri per poliomielitici, il lebbrosario di Gioia del Colle, gli Istituti per la cura dei tumori, gli ospedali per malattie infettivo-contagiose.

Sono esclusi gli ospedali per malattie mentali e gli ospedali o istituti a finalità scientifica di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

La qualifica di ospedale specializzato per istituzioni non elencate dal presente articolo viene riconosciuta con decreto del Ministro della sanità ».

(È approvato).

Art. 14.

(*Ordinamento funzionale degli ospedali specializzati*)

Le amministrazioni ospedaliere stabiliscono l'ordinamento funzionale degli ospedali specializzati e, in relazione all'ordinamento stesso, deliberano la pianta organica del personale medico.

GARDINA, *Ministro della sanità*. Se un ospedale è specializzato, se ne conosce già l'ordinamento. L'articolo 14, nella sua formulazione, lascia supporre che ogni ospedale possa darsi l'ordinamento che crede.

MONALDI, *relatore*. Tale è l'intenzione. Ad esempio, un ospedale specializzato per tumori, può indirizzare le sue attività alla cura di determinati tumori, e quindi pro-

curarsi attrezature diverse e darsi un ordinamento diverso, funzionale.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo 14.

(È approvato).

Art. 15.

(*Il personale medico*)

Il personale medico degli ospedali specializzati è costituito da direttori sanitari, da medici di ospedale, da medici interni. Ove l'importanza dell'ospedale lo richieda, le amministrazioni determinano i reparti, i settori, i laboratori e i servizi, ai quali deve essere preposto personale medico con funzioni direttive.

Sempre in rapporto alle effettive esigenze funzionali le Amministrazioni possono conferire ai medici di ospedale funzioni di Vice direttore e istituire posti di Ispettore sanitario o di Sovrintendente.

D ' A L B O R A . Su suggerimento del Sindacato medici dell'I.N.P.S., propongo che al quinto rigo del primo comma di questo articolo si sopprimano le parole: « i reparti », al fine di non ingenerare equivoci.

M O N A L D I , *relatore*. D'ordinario si usa la dizione « divisione », ma qui per « reparto » s'intende una parte dell'istituto. Quando il numero dei letti di un ospedale è superiore agli ottanta, occorre dividerlo in reparti per meglio dirigerlo. I settori sono un'altra cosa: vi sono i settori batteriologici, quelli radiologici, e così via.

A mio avviso, in considerazione del fatto che esistono ospedali con tremilacinquecento letti, ritengo inopportuno accettare l'emendamento proposto dal senatore D'Albora.

D ' A L B O R A . Ritiro l'emendamento.

F R A N Z I N I . Propongo che la dizione « medici interni » venga sostituita con quella di « assistenti di ospedali specializzati ».

per un più reale parallelo con la situazione degli ospedali generali, e perchè noi dobbiamo far sì che il medico interno di ospedale generale sia sempre il punto di partenza per la carriera di tutti gli ospedali. Sappiamo per esperienza che i medici che escono dalle Università con la laurea, in realtà non sanno nulla. Se ammettiamo che un medico appena laureato possa entrare immediatamente in un ospedale specializzato, senza far tirocinio in un ospedale generale, si verificherà l'inconveniente di medici che sono bravissimi specialisti in una determinata branca, e che non sanno diagnosticare una bronchite o un'influenza.

Propongo pertanto che il primo grado negli ospedali specializzati sia quello di medico assistente, a cui si pervenga dopo un periodo di internato negli ospedali generali, anche perchè solo in tal modo un medico può indirizzarsi ad una specialità piuttosto che ad un'altra.

S A M E K L O D O V I C I . Faccio presente che da parte dell'Unione nazionale assistenti universitari è stato proposto che l'intero primo comma dell'articolo 15 venga sostituito col seguente:

« Il personale medico degli ospedali specializzati è costituito da direttori sanitari, da primari e da medici di ospedale, comprensivi delle attuali qualifiche di aiuto e di assistente ».

Lo scopo di questa proposta è di reinserire il ruolo di primario negli ospedali specializzati; questo comporta modifiche anche agli articoli successivi 17, 18 e 19.

Sembra che, effettivamente, si determinerebbe un parallelismo maggiore con i gradi che già sono stati adottati anche da noi e che la pratica ha sanzionato per gli ospedali generali.

L O M B A R I . I medici interni possono benissimo essere dei medici già avviati alla specializzazione, che non trovano posto come assistente o come aiuto.

I medici interni sarebbero dei medici che già hanno una specializzazione e precisamen-

te i cosiddetti « volontari interni ». Si potrebbe anche fare una classifica come quella proposta dal senatore Samek Lodovici; ma creare direttori e primari è una contraddizione: non si può prevedere per ogni reparto un direttore, un primario, un assistente e un aiuto. Inoltre mi pare inopportuno definire la carriera in questo articolo.

M O N A L D I, *relatore*. Ricordo al senatore Franzini che la dizione dell'articolo è stata a lungo discussa e che infine è stata adottata quale essa è ora, considerando che il medico interno sostituisce l'assistente e l'interno degli ospedali generali, tanto è vero che qui il periodo di servizio può essere protetto fino a sei anni.

Vorrei far presente che il medico che entra come interno in un ospedale specializzato non sa se potrà o se vorrà continuare in quella specializzazione. Facendo bene i conti, su cento medici interni che si immettono nella vita degli Istituti specializzati, quaranta possono proseguire e gli altri passano agli ospedali generali o ad altre attività sanitarie.

Ecco la necessità di considerare la diversa situazione del medico interno di ospedale specializzato rispetto all'interno di ospedale generale.

La vera specializzazione si ha quando si diventa medici di ospedale. Una volta divenuto medico di ospedale, il medico ha la sua carriera definita, ma deve possedere una formazione professionale completa. Prima ha semplicemente funzioni esecutive. Non c'è ragione di turbare questo ordine.

Quanto all'emendamento proposto dal senatore Samek Lodovici, vorrei pregare il collega di tener conto delle giuste osservazioni fatte dal senatore Lombari, perché, ove venisse stabilita d'obbligo la carriera di direttore, primario e medico di ospedale (comprendendo quest'ultimo dell'aiuto e dell'assistente), non si consentirebbe più all'aiuto e all'assistente di avere una carriera economica distinta; in un piccolo ospedale, per la carenza di posti direttivi, l'assistente e l'aiuto rimarrebbero bloccati e senza possibilità di aumenti di stipendio.

D'altra parte l'articolo 18 prevede la possibilità di una carriera economica. Prego pertanto il senatore Samek Lodovici di rinviare questo argomento alla discussione di detto articolo.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità*. Se teniamo presente il contenuto dell'articolo 14 in cui si riconosce all'amministrazione ospedaliera la libertà di stabilire il proprio ordinamento funzionale, la propria pianta organica, è da ritenersi superfluo il secondo periodo del primo comma dell'articolo 15, il quale recita: « Ove l'importanza dell'ospedale lo richieda, le amministrazioni determinano i reparti, i settori, i laboratori e i servizi, ai quali deve essere preposto personale medico con funzioni direttive ».

Il Governo ne propone pertanto la soppressione.

M O N A L D I, *relatore*. Non mi sembra possibile, onorevole Ministro, perchè alle funzioni bisogna provvedere, e bisogna prevedere anche la possibilità di costituzione di posti direttivi. Questo innanzi tutto per soddisfare a un'esigenza di carriera, anche limitata; poi per le necessità degli istituti che dispongono, ad esempio, di grandi laboratori. Se la Commissione vorrà onorarmi con una visita al « Principe di Piemonte », potrà constatare che vi sono laboratori che fanno invidia a un gruppo di cliniche universitarie, non a una clinica soltanto. Naturalmente lì ci vuole un posto direttivo, di necessità, al quale deve essere chiamato un primario.

P R E S I D E N T E. A questo articolo sono stati presentati due emendamenti. Il primo è quello del senatore Franzini, tendente a sostituire nel primo comma, terzo rigo, alle parole: « medici interni », le altre: « assistenti di ospedali specializzati ».

F R A N Z I N I. Nella relazione al disegno di legge, e precisamente a pagina 2, prima colonna, terzo comma, è detto: « L'istituto dell'internato si propone di consentire ai giovani laureati un periodo di formazione clinica, dando nel contempo la propria opera

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)34^a SEDUTA (24 novembre 1960)

di assistenza. Attraverso l'internato il medico potrà poi con maggiore consapevolezza fare la sua scelta verso la vita ospedaliera vera e propria o verso altre attività sanitarie.»

Questo criterio giustissimo e accettato per gli ospedali generali, non capisco perchè non debba valere per gli ospedali specializzati. Io non posso concepire che il laureato si dedichi subito alla specializzazione, perchè gli manca tutta la pratica necessaria. Il medico deve iniziare la sua attività come interno di ospedale generale, dopo di che potrà passare all'ospedale specializzato, con la qualifica di assistente.

Si tratta di qualifica, perchè le attribuzioni rimangono le stesse.

P R E S I D E N T E. Non si tratta solo di qualifica, ma di sostanza, perchè il medico interno di un ospedale specializzato lo si considera un medico già pratico, che ha compiuto il suo tirocinio nell'ospedale generale. Inizia la carriera nell'ospedale specializzato come medico interno o assistente; però ha già pratica di medicina. È quindi qualcosa di diverso dal medico interno dell'ospedale generale, che è un neo-laureato.

S A M E K L O D O V I C I . Io desidero richiamare l'attenzione dei commissari sull'importanza dell'articolo 15. Come è stato anche detto, con la competenza alla quale c'inchiniamo, dal senatore Monaldi, questo articolo può darsi che rappresenti un progresso; sta di fatto, però, che in certo qual modo è una vera rivoluzione, perchè noi conferiamo all'ospedale specializzato una configurazione anche giuridica che fino ad oggi non ha mai avuto. Ma dobbiamo pensarci attentamente, anche per quel che riguarda le qualifiche del personale sanitario. Il direttore sanitario di un ospedale specializzato ha con questa legge delle competenze e delle funzioni che non hanno nulla a che fare con le competenze e funzioni del direttore sanitario di un ospedale generale; perchè nell'ospedale generale il direttore ha soprattutto compiti di sorveglianza igienica, di coordinazione e amministrativi; invece qui il direttore dell'ospedale specializzato è all'apice della gerarchia delle competenze e acquisisce addi-

rittura una figura quasi assimilabile a quella del direttore di un istituto universitario.

Può darsi, ripeto, che tutto questo rappresenti un progresso; però noi creiamo così una distinzione profonda tra ospedali generali e ospedali specializzati e diamo valori e attributi diversi alle stesse qualifiche sanitarie.

Del resto negli ospedali specializzati, veri istituti a sè, non si parla più di primari almeno formalmente e comunque essi hanno una autonomia ben diversa da quella dei primari degli ospedali generali, perchè negli ospedali specializzati è il direttore che è all'apice e sovraintende; è lui che stabilisce anche l'indirizzo della ricerca scientifica e delle terapie; i primari scompaiono.

Sarà accolta bene una innovazione così profonda, dalla generalità? È bene che la Commissione se ne renda conto, perchè è un articolo veramente innovatore.

P R E S I D E N T E. Non importa, basta che sia utile.

M O N A L D I , relatore. Per quanto riguarda — ancora una volta — l'emendamento proposto dal senatore Franzini, io vorrei che si mantenesse l'attuale dizione. Questa sarebbe la mia opinione, poichè non è detto, senatore Franzini, che colui che entra in un ospedale specializzato, vi debba andare appena laureato. Quando mai oggi si entra in uno ospedale specializzato appena laureati? In ogni caso c'è un esame da superare.

Comunque, ove la Commissione volesse considerare sotto questo profilo il problema sollevato dal senatore Franzini, in questo caso bisognerebbe parlare di medici interni e di assistenti: prima il medico interno, e poi l'assistente di ospedale specializzato.

Ma io debbo ancora una volta ricordare che il medico interno e l'assistente sono stati conglobati insieme per creare una categoria fluttuante di preparazione alla vita dell'ospedale specializzato, ed è fluttuante in quanto questi medici hanno solo delle limitate possibilità di entrare poi come definitivi nell'ospedale specializzato. È una specie di viaio, ma solo una parte di essi potrà poi entrare nell'ospedale specializzato.

Questo vorrei si comprendesse; e tenuto conto di questo non dovremmo introdurre nessuna modifica. Ove, viceversa, si dovesse accettare l'emendamento Franzini, bisognerà rivedere la posizione del medico interno nei confronti dell'assistente, perchè si tratterebbe di due categorie distinte. In conclusione, però, si complicherebbe di molto la situazione sul piano pratico.

Per quel che riguarda la proposta del senatore Samek Lodovici, ripeto che non è escluso il primariato da questo disegno di legge, ma è contemplato dalle particolari disposizioni dell'articolo 18. Ma se in questo articolo 15 noi parlassimo di primari, escluderemmo di colpo la possibilità di una carriera economica indipendente da una carriera professionale.

Ecco pertanto l'opportunità della dizione generica di medico ospedaliero, salvo le differenziazioni nel caso di espletamento di mansioni direttive, a seconda dell'ampiezza e dell'attività dell'ospedale. Quindi l'argomento va riportato all'articolo 18.

SAMEK LODOVICI. Io mi sono permesso soltanto di dire ai commissari: riflettiamo bene, perchè non è che sia contrario per partito preso, tutt'altro. Certo, dico, è un fatto nuovo, perchè oggi, mentre ogni primario, negli ospedali generali, è re nel suo reparto e al di sopra non ha nessuno, qui invece i primari al di sopra hanno il capo dell'istituto che si chiama direttore, il quale non ha solo funzioni disciplinari e di coordinamento, ma dà le direttive tecniche, diagnostiche, terapeutiche e per la ricerca scientifica.

LORENZI. Negli ospedali altamente specializzati ci vuole una mente direttiva, altrimenti si fa un mosaico che non risponde alle reali necessità degli ammalati.

LOMBARDI. Noi stiamo discutendo senza approfondire la dizione. Il senatore Monaldi osservava che vi sono dei complessi ospedalieri specializzati che arrivano a un numero di oltre tremila letti; di conseguenza, quando ci troviamo dinanzi a questi complessi ospedalieri specializzati, come quando ci

troviamo di fronte agli Ospedali riuniti di Milano, Roma e Napoli, dobbiamo prevedere un direttore che faccia funzionare armonicamente tutto il complesso ospedaliero.

D'altra parte occorre tener presente che la seconda parte del primo comma aggiunge che le amministrazioni useranno personale medico con funzioni direttive solo nel caso che « l'importanza dell'ospedale lo richieda ». Su questo richiamo la vostra attenzione, perchè se non è un grande complesso ospedaliero specializzato, non si disporrà di personale medico con funzioni direttive.

Io credo che con questa piccola chiarificazione noi possiamo andare oltre nella discussione, senza perdere del tempo prezioso e correre il rischio di far insabbiare un disegno di legge che abbiamo discusso con tanta passione.

PRESIDENTE. Domando al senatore Samek Lodovici se non ritiene di rinviare il suo emendamento in sede di articolo 18.

SAMEK LODOVICI. Io ho posto una questione di carattere generale; mi basta di aver richiamato l'attenzione dei commissari su tale argomento.

PRESIDENTE. Il senatore Franzini mantiene il suo emendamento?

FRAZINI. Lo mantengo.

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'emendamento, presentato dal senatore Franzini, tendente a sostituire, al primo comma dell'articolo 15, alle parole: « medici interni », le altre: « assistenti di ospedali specializzati ».

(Non è approvato).

GARDINA, Ministro della sanità. Mi permetto ancora di osservare che medici di ospedale specializzato sono i primari e gli aiuti. Ora la dizione della prima parte del primo comma: « Il personale medico degli ospedali specializzati è costituito da direttori sanitari, da medici di ospedale, da medici in

terni » non pone in risalto la particolare figura del medico di ospedale specializzato, che è molto più del medico interno. La proposta del senatore Franzini serviva a meglio sottolinearne l'importanza anche nei riguardi di un osservatore esterno.

P R E S I D E N T E. È soltanto una questione di qualifiche perchè la distinzione è fissata dagli articoli 16 e seguenti, che definiscono le attribuzioni dei medici interni, dei medici di ospedale specializzato, eccetera.

Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo 15, nel testo di cui ho dato prima lettura.

(È approvato).

Art. 16.

(Dei medici interni)

Il medico interno disimpegna compiti esecutivi d'ordine diagnostico e terapeutico e vigila sul servizio di assistenza immediata agli infermi.

Ai medici interni si applicano le norme previste per la categoria similare degli ospedali generali, salvo quanto appresso:

il normale periodo di servizio, con riconferme biennali, può essere protratto fino ad un massimo di sei anni;

i concorsi vengono banditi ogni due anni per un numero di posti che non può essere superiore al terzo dei posti complessivamente previsti, in ogni ospedale, per tale qualifica.

Nella prima applicazione della presente legge la pianta organica fissa il numero di posti per i medici interni che, in ogni caso, negli ospedali in funzione non può essere inferiore al doppio dell'attuale numero di assistenti.

D'ALBORA. Ancora una volta mi faccio portavoce delle richieste avanzate dal Sindacato italiano medici dell'I.N.P.S., proponendo i seguenti emendamenti all'articolo 16: alle parole: « Il medico interno » del primo comma, aggiungere le altre: « sostituisce l'attuale medico volontario »; al secondo comma,

sostituire le parole: « un massimo di sei anni » con le altre: « un massimo di quattro anni »; infine, al terzo comma, sostituire le parole: « non può essere inferiore al doppio dell'attuale numero di assistenti » con le parole: « non può essere superiore a quello dell'attuale numero di assistenti ».

F R A N Z I N I. Per coerenza con la mia tesi, alla quale non rinuncio nonostante il voto contrario della Commissione, propongo che il secondo comma dell'articolo 16 venga modificato come segue: alle parole « le norme previste per la categoria similare degli ospedali generali » sostituire le parole: « le norme previste per la categoria degli assistenti degli ospedali generali ».

P A S Q U A L I C C H I O. Ritengo che la dizione: « Il medico interno disimpegna compiti esecutivi », nel primo comma, sia superflua. Propongo pertanto di sopprimere la parola « esecutivi ».

M O N A L D I, relatore. La parola « esecutivi » non è superflua, perchè in un ospedale vi sono anche compiti d'iniziativa, e questi non competono al medico interno.

P A S Q U A L I C C H I O. Ritiro lo emendamento.

M O N A L D I, relatore. Per quanto riguarda gli emendamenti proposti dal senatore D'Albora, preciso subito che i medici volontari non hanno posizione giuridica. Si tratta di una consuetudine. Non dobbiamo assolutamente escludere che i medici frequentino i vari istituti, in tutti gli ospedali, ma il volontariato è un'istituzione propria delle Università. Qui si tratta invece dell'internato.

Quanto ai quattro anni invece dei sei, la richiesta mi fa meraviglia. Noi dobbiamo cercare di favorire i medici, di ampliare le loro possibilità, e non di ridurle.

Anche il terzo emendamento proposto dal senatore D'Albora non convince. L'internato è un vivaio di medici, che poi potranno scegliere la carriera che preferiscono. Forse un motivo sindacale è alla base della richiesta,

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)34^a SEDUTA (24 novembre 1960)

ossia lo scopo di consentire miglioramenti di carriera per tutti. Ma una proposta simile non è accettabile, specialmente per i grandi ospedali.

Quanto all'emendamento del senatore Franzini, a mio parere è precluso dal rigetto dell'emendamento proposto dallo stesso all'articolo precedente.

F R A N Z I N I. Debbo allora ritenere che il senatore Monaldi non sia contrario a che il medico interno di ospedale specializzato possa essere un neo-laureato. Questi, con ben poche cognizioni, potrebbe indirizzarsi ad una attività specializzata senza avere alcuna preparazione generale. Faccio notare che tale sistema è molto pericoloso. A mio avviso il medico interno deve prima compiere il tirocinio nell'ospedale generale, e poi orientarsi verso la specializzazione.

M O N A L D I, *relatore.* Anzitutto rigetto in modo assoluto l'interpretazione che il senatore Franzini ha dato della mia opinione.

Io dico semplicemente che non bisogna applicare le norme dell'articolo 7 ai medici interni degli ospedali specializzati. Il medico interno non è obbligato a seguire la specializzazione dell'ospedale presso cui presta la sua opera: è prevista la possibilità di seguire dei corsi di specializzazione anche in altre branche di sua scelta. Solo quando entrerà a far parte della famiglia vera e propria dell'ospedale specializzato, solo allora avrà l'obbligo della specializzazione.

Il senatore Franzini si chiede forse che cosa potrà fare il medico interno dopo il periodo dei sei anni. A parte il fatto che nei sei anni il medico ha tutta la possibilità di perfezionare la sua preparazione, si potrebbe eventualmente stabilire che, per accedere ai concorsi per medici interni di ospedale specializzato, sia necessario aver fatto un tirocinio di almeno due anni dopo la laurea. A questo non mi dichiaro contrario.

P R E S I D E N T E. Questo importante aspetto della questione potrebbe esser risolto in occasione dell'esame degli articoli 24 e seguenti, che trattano dei concorsi e delle nomine.

L O M B A R I. Colgo l'occasione per richiamare l'attenzione della Commissione sul fatto che molte volte, nell'approvare disegni di legge, incontriamo delle difficoltà per non aver prima stabilito i principi fondamentali in base ai quali legiferare.

Nel caso specifico, il problema è di carattere generale. Si deve stabilire che prima di accedere alle specializzazioni bisogna aver acquisito veramente una preparazione generale.

Questa è l'occasione per fissare il concetto.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità.* I problemi dei concorsi e delle nomine si discuteranno quando si giungerà all'esame degli articoli che ne trattano. Per il momento mi pare che l'articolo 16 possa essere approvato senza emendamenti.

F R A N Z I N I. Non ho mai sostenuto che per fare il medico interno in un ospedale specializzato sia necessario specializzarsi preventivamente.

Il relatore ha prospettato l'eventualità di un tirocinio di due anni prima di poter entrare come medico interno in un ospedale specializzato. Se la Commissione ritiene di poter accettare tale concetto, ritiro il mio emendamento. La mia principale preoccupazione infatti è appunto quella di non creare dei medici specializzati che possano incorrere in pessime figure per mancanza di preparazione generale.

M O N A L D I, *relatore.* Ritengo sia opportuno fissare il concetto generale a cui si richiama il senatore Franzini e pertanto propongo di inserire, alla fine del secondo comma dell'articolo 16 in discussione, le seguenti parole: « possono accedere al concorso i laureati che dimostrino di aver compiuto adeguato tirocinio in ospedali generali o in cliniche universitarie ».

F R A N Z I N I. Sono favorevole all'emendamento proposto dal senatore Monaldi.

L O M B A R I. Il testo del primo comma dell'articolo 16 del disegno di legge in di-

scussione determina in me alcune perplessità. È necessario precisare maggiormente quali sono i compiti esecutivi d'ordine diagnostico e terapeutico e di vigilanza sul servizio di assistenza immediata agli infermi, affidati al medico interno non specializzato.

P R E S I D E N T E. Per i compiti esecutivi d'ordine diagnostico e terapeutico il medico interno deve necessariamente prendere le direttive dal medico superiore specializzato.

P A S Q U A L I C C H I O. Nell'articolo 12 del disegno di legge in esame il servizio in ospedali specializzati con la qualifica di medico interno è assimilato al servizio di assistente in ospedale generale. Allora il secondo comma dell'articolo 16 dovrebbe far riferimento agli assistenti degli ospedali generali, pur mantenendo la qualifica di medico interno per gli ospedali specializzati.

Propongo quindi di sostituire il testo del secondo comma dell'articolo 16 con il seguente: «Ai medici interni si applicano le norme previste per la categoria dei medici assistenti degli ospedali generali».

F R A N Z I N I. Il testo proposto dal senatore Pasqualicchio rispecchia completamente il mio emendamento!

P A S Q U A L I C C H I O. Il mio emendamento si differenzia da quello presentato dal senatore Franzini in quanto mentre egli proponeva la qualifica specifica di assistente in ospedali specializzati, io mi riferisco solo al trattamento che deve essere corrispondente a quello degli assistenti in ospedali generali.

Abbiamo già approvato l'articolo 12 dove il servizio del medico interno in ospedale specializzato viene assimilato al servizio di assistente in ospedale generale; pertanto non possiamo votare l'articolo 16 con una differente dizione, in quanto cadremmo in contraddizione.

M O N A L D I, *relatore.* Onorevole Pasqualicchio, non sussiste alcuna contraddizione in quanto in una precedente seduta abbiamo stabilito che in sede di coordinamento

sarà data una posizione diversa all'articolo 12.

Inoltre, la denominazione di assistente non modifica nulla, in quanto questi non può esercitare la professione di propria iniziativa, ma deve obbedire agli ordini che gli vengono impartiti dal medico primario.

Nella formulazione di una legge dobbiamo dettare disposizioni di ordine generale, non particolare. Pertanto dobbiamo essere esatti quanto più possibile.

P R E S I D E N T E. L'articolo 12 stabilisce: «Per l'ammissione ai concorsi si applicano le disposizioni di cui agli articoli 8 e 9 della presente legge. Il servizio in ospedali specializzati con la qualifica di medico interno è assimilato al servizio di assistente in ospedale generale; il servizio nelle due classi inferiori di stipendio di "medico di ospedale specializzato" di cui all'articolo 17, titolo II, della presente legge è assimilato al servizio di aiuto; il servizio nelle due classi superiori è assimilato al servizio di primario».

Ora questa è una chiara specificazione, che non può lasciare dubbi.

P A S Q U A L I C C H I O. Bisogna chiarire bene il concetto contenuto nel secondo comma dell'articolo in discussione; concetto che, ripeto, va a mio avviso interpretato nel senso che i medici interni di ospedale specializzato devono essere assimilati ai medici assistenti di ospedale generale.

G I A R D I N A, *Ministro della sanità.* In realtà il medico interno dell'ospedale specializzato non è neppure completamente pari all'assistente di ospedale generale. Questo ultimo rappresenta un gradino della carriera ospedaliera; al contrario dell'altro, cui tale carriera è preclusa a meno che non partecipi, come un qualunque estraneo, ad un concorso.

P R E S I D E N T E. Il collega Pasqualicchio è disposto a ritirare il suo emendamento?

P A S Q U A L I C C H I O. Lo ritiro, pur rimanendo nella convinzione che effettiva-

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)

34^a SEDUTA (24 novembre 1960)

mente il provvedimento presenta una contraddizione.

P R E S I D E N T E . Ricordo agli onorevoli colleghi che il relatore ha proposto un emendamento tendente ad aggiungere, alla fine del secondo comma, le seguenti parole: « possono accedere al concorso i laureati che dimostrino di aver compiuto adeguato tirocinio in ospedali generali o in cliniche universitarie ».

Metto ai voti questo emendamento.

(È approvato).

Metto ai voti l'articolo 16, quale risulta con l'emendamento testè approvato

(È approvato).

Se non si fanno osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge è rinvia-

to ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 12,10.

Dott. MARIO CARONI
Direttore dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari