

SENATO DELLA REPUBBLICA
— III LEGISLATURA —

11^a COMMISSIONE
(Igiene e sanità)

MERCOLEDÌ 30 NOVEMBRE 1960
(35^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	<i>Pag.</i> 337, 338, 341, 342, 343, 344, 346, 348
D'ALBORA	338
FRANZINI	338, 340, 341, 343
LOMBARI	343, 344, 347, 348
LORENZI	339, 345, 348
MONALDI, relatore	338, 340, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348
SCOTTI	339
ZELIOLI LANZINI	339, 343

Le seduta è aperta alle ore 10,05.

Sono presenti i senatori: *Alberti, Benedetti, Bonadies, Caroli, Criscuoli, D'Albora, De Unterrichter, Franzini, Gatto, Lombardi, Lorenzi, Monaldi, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti e Zelioli Lanzini*.

L O M B A R D I , 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)

P R E S I D E N T E . 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 gli onorevoli colleghi certamente ricordano, nella seduta precedente si giunse sino all'approvazione dell'articolo 16 del disegno di legge.

Proseguiamo, pertanto, oggi con l'esame dell'articolo 17, di cui do lettura:

Art. 17.

(I medici di ospedale specializzato)

La qualifica di medico di ospedale specializzato è comprensiva delle attuali qualifiche di aiuto e di primario.

I medici di ospedale specializzato vengono assunti per pubblico concorso per titoli e per esami. Possono accedere al concorso:

i medici in possesso della specializzazione in materia attinente al concorso, che siano interni da almeno quattro anni nell'ospedale che bandisce il concorso e negli ospedali similari qualunque sia l'Ente da cui dipendono, o che abbiano lasciato il servizio di internato per scadenza di termini da non oltre cinque anni;

gli assistenti incaricati, straordinari e volontari in servizio da almeno quattro anni e gli assistenti effettivi in servizio da almeno due anni in cliniche o istituti universitari di materie attinenti al concorso;

tutti coloro che abbiano prestato non meno di quattro anni di servizio con qualsiasi qualifica in ospedali di qualsiasi genere o in cliniche o istituti universitari, e siano in possesso della libera docenza in materia attinente al concorso. Per questi sussiste il requisito della età previsto dalla legge per l'ammissione al concorso di aiuto presso gli ospedali generali.

I medici di ospedali specializzati vengono assunti per un quinquennio e possono essere riconfermati per quinquenni successivi fino al 65^o anno di età, a giudizio di una Commissione nominata dall'Amministrazione, della quale debbono far parte un professore universitario di materia attinente e un medico di ruolo dell'ospedale.

M O N A L D I , relatore. Debbo rilevare che al settimo rigo del secondo comma vi è un errore di stampa. Deve infatti leggersi « che bandisce il concorso o negli ospedali », anzichè « e negli ospedali ».

P R E S I D E N T E . L'errore di stampa verrà corretto, se non si fanno osservazioni, in sede di coordinamento.

D' A L B O R A . Propongo che all'ultimo comma, dopo le parole « a giudizio », venga aggiunta la parola « motivato ».

M O N A L D I , relatore. Sono d'accordo.

F R A N Z I N I . Alla seconda parte del secondo comma io proporrei di aggiungere, dopo le parole « da almeno due anni », le parole « in ospedali generali e ».

Ritengo infatti che anche gli assistenti effettivi in servizio da almeno due anni negli ospedali generali debbano poter partecipare al concorso.

M O N A L D I , relatore. Non posso dividere il parere del collega Franzini. Qui si tratta di una materia specializzata e pertanto è necessario che esista effettivamente un requisito di qualificazione che può essere dato dal possesso della specializzazione o dal possesso di una libera docenza. Il medico che ha fatto un pur magnifico tirocinio in un ospedale generale non può considerarsi qualificato.

Desidero, invece, proporre l'aggiunta, al termine dell'articolo, del seguente comma:

« I medici di ospedali specializzati di qualsiasi categoria e grado sono tenuti ogni tre anni a frequentare un corso teorico-pratico di aggiornamento da istituirsì a carico delle Amministrazioni presso istituti universitari o presso ospedali della categoria ».

Ne illustro subito la finalità.

Come i colleghi sanno, i medici ospedalieri hanno davanti a sé la possibilità di una carriera e, con lo svilupparsi di essa, possono pervenire ai posti direttivi attraverso una adeguata valutazione. Ma esiste il pericolo che il medico, una volta immesso in un ospedale e consci del fatto che, indipendentemente dal posto che andrà ad occupare con lo sviluppo della carriera, vi rimarrà sempre, si possa adagiare nelle cognizioni che già possiede, mentre le discipline mediche sono in cammino progressivo, un cammino che in questo periodo è diventato quasi vertiginoso.

Cosa avverrebbe di quegli ospedali nei quali un medico, entrato da dieci o quindici anni, non sentisse la necessità di avvicinarsi ai

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)35^a SEDUTA (30 novembre 1960)

grandi centri di studio per seguire lo sviluppo delle scienze mediche? Di qui la necessità che i medici si tengano costantemente aggiornati e insieme l'obbligo, da parte delle varie Amministrazioni, di consentire e di rendere facilmente accessibile un tale aggiornamento. Naturalmente l'aggiornamento deriva anche dalla pratica; fra gli ospedali specializzati della periferia e quelli dei grandi centri, nei quali abbia sede, ad esempio, un istituto universitario, si notano delle differenze che talvolta assumono proporzioni ingentissime e che si riflettono anche nel trattamento che viene fatto ai malati.

L'emendamento non avrebbe senso per gli ospedali generali, poichè è stabilito che in tali organismi ogni cinque anni viene indetto un concorso per adire ai posti superiori, oppure si ha il ricambio continuativo; ma nel caso in questione mi sembra che la mia proposta potrebbe costituire un buon mezzo per rendere i medici sempre pronti a rispondere alle esigenze progressive della medicina.

Una fra le Amministrazioni a carico delle quali si dovrebbero istituire i corsi di aggiornamento sarebbe, ad esempio, l'I.N.A.I.L., che potrebbe promuoverli presso i propri ospedali, presso gli istituti di ortopedia universitari, eccetera. Altre Amministrazioni potrebbero invece incaricare dei corsi un istituto universitario.

L O R E N Z I . Io sono sostanzialmente favorevole all'emendamento proposto dal relatore Monaldi. L'esigenza di aggiornarsi continuamente sui progressi della medicina è in realtà sentita anche dai medici stessi, e corsi di questo genere hanno già pratica attuazione in molte istituzioni. L'unica obiezione che si potrebbe sollevare è di carattere amministrativo, poichè dubito che gli ospedali specializzati siano in condizioni di promuovere ogni tre anni i corsi di aggiornamento.

Io ritengo che sarebbe opportuno, caso mai, conglobare i corsi in questione, realizzandoli ogni volta in una città diversa, in modo che i medici dei vari ospedali li frequentassero spostandosi in rotazione dalla loro sede e i singoli Istituti non fossero gravati eccessivamente dalle spese di organiz-

zazione. In altre parole, la spesa necessaria per attuare i corsi verrebbe sostenuta in ogni città molto più raramente che ogni tre anni, poichè si avrebbe un turno nella realizzazione dei corsi stessi.

Come ripeto, il fine dell'emendamento è altamente apprezzabile, ma prima di inserire nel testo della legge una simile disposizione dobbiamo vedere con coscienza se le condizioni amministrative degli organismi in oggetto ci consentono di far pesare su di essi un onere di questo genere.

Z E L I O L I L A N Z I N I . Il collega Lorenzi ha praticamente espresso quello che è anche il mio pensiero.

La preoccupazione del relatore è quella di dare ai medici degli ospedali specializzati la possibilità di aggiornarsi nelle varie materie che vanno evolvendosi di settimana in settimana o, per meglio dire, di giorno in giorno. Ma noi, come legislatori, oltre che della sanità pubblica dobbiamo tener conto anche delle condizioni amministrative dei nostri ospedali, compresi quelli specializzati. Tutti sappiamo, infatti, che alcuni ospedali non sono neppure in grado di provvedere alla strumentazione necessaria e ai servizi.

Io invito pertanto i colleghi ad aprire il loro animo a queste perplessità ed a riflettere ponderatamente prima di introdurre nella legge un obbligo che poi dovrà pesare sulle amministrazioni ospedaliere.

S C O T T I . A me pare che la proposta fatta dal relatore sia molto opportuna ed il motivo che l'ha determinata veramente lodevole. D'altronde, l'esperienza del senatore Monaldi ci deve rassicurare circa l'utilità dell'emendamento, e soltanto in seguito alle perplessità manifestate dai colleghi Lorenzi e Zelioli Lanzini io credo sia opportuno che il relatore stesso ci dia qualche ulteriore chiarimento in merito alla sua proposta.

Io credo che gli ostacoli che possono sorgere da questa disposizione non siano insormontabili. Si è parlato di grandi spese, ma se si tiene conto dei corsi di aggiornamento della durata di quindici giorni già indetti da vari istituti, mi pare che non si possa temere di arrivare a somme tali da pesare in modo

determinante sull'amministrazione di questi enti, i quali hanno disponibilità notevolissime.

Io desidererei pertanto, come ho detto, che il senatore Monaldi illustrasse più ampiamente il suo emendamento in modo da fugare queste preoccupazioni che, a mio avviso, sono legittime, ma forse eccessive.

M O N A L D I , relatore. Innanzitutto ringrazio i colleghi che si sono compiaciuti di esprimere il loro pensiero approvando nella sostanza l'emendamento da me presentato, anche se sono sorte alcune perplessità di ordine amministrativo.

Desidero far presente che gli ospedali specializzati in Italia, ad eccezione delle case di cura private, le quali non vengono qui contemplate, oggi praticamente fanno capo tutti a grandi enti di carattere nazionale. Il lebbrosario di Gioia del Colle non è a carattere nazionale, ma è a carico dello Stato; così i centri per poliomielitici praticamente fanno tutti capo allo Stato.

Quanto ai centri per i tumori, sono certo che i colleghi ne conoscono la situazione, che è veramente tragica. Ogni anno si verificano circa 70.000 casi di morte per tumori, e noi non abbiamo ancora una organizzazione per tale malattia. Si spera che avvenga anche per i tumori ciò che è avvenuto per altre branche, cioè che la medicina si muova verso reali conquiste; ma cosa accadrebbe se in futuro, di fronte appunto a una reale conquista della scienza medica, la maggior parte dei medici non potessero assolvere ai propri compiti in funzione di essa?

Noi sappiamo che vi sono adesso grandi enti che provvedono a mantenere gli ospedali specializzati, e ciò ci esime dal pensare alla loro estrema povertà di mezzi.

Ma desidero fare un'altra considerazione circa le perplessità di ordine amministrativo. Io ho visitato tempo fa il grande ospedale di Basilea, poi quello di Berna, ed ho preso visione dell'organizzazione ospedaliera svizzera, così come di quella svedese. Cito queste due Nazioni perché sono in questo momento all'avanguardia, e posso dire, ad esempio, che a Basilea le casse mutue pagano circa l'equivalente di 3.500 lire per malato, il quale negli

ospedali costa 7.000 lire al giorno. Ed allora chi fa fronte alla differenza? La comunità.

Noi non possiamo più continuare a tenere gli ospedali a 2.000 e talvolta anche a 1.500 lire giornaliere, noi non possiamo pretendere che si dica che il bilancio si fa in rapporto alle dimensioni dell'ente o alle possibilità del singolo. Occorre che intervenga la collettività. Il diritto all'assistenza è uguale per tutti; non è ammissibile che nei grandi istituti si spendano dalle 5.000 alle 7.000 lire (e abbiamo istituti dell'I.N.A.I.L. che spendono anche di più) mentre in altri si spendono 1.500 lire.

Io vorrei quindi, come ho detto, che le perplessità di ordine amministrativo si attenuassero nella considerazione che si deve venire incontro alle esigenze sanitarie della Nazione per altre vie.

Rispondo ora alle osservazioni fatte dal senatore Scotti. L'aggiornamento non importa quasi alcuna spesa, dal momento che un numeroso gruppo di ospedali specializzati ha già i propri centri. È sufficiente quindi che gli ospedali mandino i loro medici a frequentare per quindici giorni un corso di aggiornamento, sostenendo una minima spesa. L'unica difficoltà può sorgere per i medici di ospedali di periferia, ma anche per questi non è necessario che le Amministrazioni intervengano a sostituirli per il periodo del corso, in quanto si può provvedere allo stesso modo che per i periodi di ferie.

F R A N Z I N I . Sostengo che ai concorsi debbono poter partecipare anche gli assistenti degli ospedali generali. Il relatore mi ha risposto dicendo che questi assistenti non hanno una sufficiente preparazione specifica. Mi chiedo ora quale preparazione possono avere gli assistenti incaricati, straordinari e volontari in servizio da quattro anni in cliniche o istituti universitari!

M O N A L D I , relatore. Senatore Franzini, è specificato nell'articolo che tali cliniche o istituti universitari devono riguardare « materie attinenti al concorso ».

F R A N Z I N I . Abbiamo ammesso, d'altra parte, che i medici di ospedali specia-

lizzati, che hanno una preparazione specifica e a volte pericolosamente limitata, possano passare agli ospedali generali. Vi domando ora perchè un medico di ospedale generale non può partecipare ad un concorso di ospedale specializzato.

P R E S I D E N T E. Senatore Franzini, è evidente che per accedere alla carica di « medico di ospedale specializzato » occorre una base di preparazione specifica. Pertanto il concorso non può che riguardare i medici interni già specializzati o gli assistenti in cliniche o istituti universitari di materie attinenti.

F R A N Z I N I. Ritiro il mio emendamento.

P R E S I D E N T E. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento, presentato dal senatore D'Albora, tendente ad aggiungere, nell'ultimo comma, dopo le parole: « a giudizio », la parola: « motivato ».

(È approvato).

Metto ai voti il seguente comma aggiuntivo, alla fine dell'articolo, proposto dal senatore Monaldi: « I medici di ospedali specializzati di qualunque categoria e grado sono tenuti ogni tre anni a frequentare un corso teorico-pratico di aggiornamento da istituirsi a carico delle Amministrazioni presso Istituti universitari o presso Ospedali della categoria. »

(È approvato).

Metto ai voti l'articolo 17, il quale, con gli emendamenti testè approvati, risulta così formulato:

« La qualifica di medico di ospedale specializzato è comprensiva delle attuali qualifiche di aiuto e di primario.

I medici di ospedale specializzato vengono assunti per pubblico concorso per titoli e per esami. Possono accedere al concorso:

i medici in possesso della specializzazione in materia attinente al concorso, che siano

interni da almeno quattro anni nell'ospedale che bandisce il concorso o negli ospedali simili qualunque sia l'Ente da cui dipendono, o che abbiano lasciato il servizio di interno per scadenza di termini da non oltre cinque anni;

gli assistenti incaricati, straordinari e volontari in servizio da almeno quattro anni e gli assistenti effettivi in servizio da almeno due anni in cliniche o istituti universitari di materie attinenti al concorso;

tutti coloro che abbiano prestato non meno di quattro anni di servizio con qualsiasi qualifica in ospedali di qualsiasi genere o in cliniche o istituti universitari, e siano in possesso della libera docenza in materia attinente al concorso. Per questi sussiste il requisito della età previsto dalla legge per l'ammissione al concorso di aiuto presso gli ospedali generali.

I medici di ospedali specializzati vengono assunti per un quinquennio e possono essere riconfermati per quinquenni successivi fino al 65^o anno di età, a giudizio motivato di una Commissione nominata dall'Amministrazione, della quale debbono far parte un professore universitario di materia attinente e un medico di ruolo dell'ospedale.

I medici di ospedali specializzati di qualunque categoria e grado sono tenuti ogni tre anni a frequentare un corso teorico-pratico di aggiornamento da istituirsi a carico delle Amministrazioni presso Istituti universitari o presso Ospedali della categoria ».

(È approvato).

Art. 18.

(*Medici di ospedali specializzati con funzioni direttive*)

I medici di ospedali specializzati preposti ai reparti, ai settori, ai laboratori e ai servizi di cui al precedente articolo 15 assumono la denominazione di primario o capo del reparto o servizio. Le relative funzioni vengono attribuite dall'Amministrazione, con modalità da disciplinarsi nel regolamento organico, ai medici dell'ospedale o degli ospedali della stessa branca se dipendenti dal

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)35^a SEDUTA (30 novembre 1960)

medesimo ente, che si trovino nelle due classi superiori di stipendio di cui all'articolo 22.

Il primario o capo del reparto o servizio risponde al direttore sanitario dell'andamento clinico, tecnico, igienico-sanitario del reparto o del servizio a lui affidato, e si attiene alle direttive cliniche e terapeutiche impartite dal direttore sanitario.

È in facoltà dell'Amministrazione di bandire concorsi pubblici per il conferimento di funzioni direttive in servizi speciali. I vincitori del concorso sono immessi nella carriera di medico di ospedale specializzato con il trattamento economico iniziale della seconda classe di stipendio. In tal caso debbono essere osservate, in quanto applicabili, le norme di servizi speciali negli ospedali generali.

Il medico di ospedale vincitore del concorso di cui al precedente comma ha la stabilità fino al 65° anno di età, mentre ai medici con funzioni direttive di cui al primo comma si applica la riconferma per quinquenni successivi, prevista nell'ultimo comma dell'articolo 17.

M O N A L D I , relatore. I medici specializzati e i sindacati in modo particolare, rivendicano o almeno pregano che si venga incontro al loro desiderio di mantenere la denominazione di « primario » per gli addetti a divisione o reparto per cura di malati e di « capo di servizio » per gli addetti a servizi speciali.

Inoltre, poichè è sorta una perplessità per quanto riguarda i rapporti tra i direttori di ospedali e gli eventuali primari (naturalmente questo vale per i grandi istituti dove ci sono più primari), ritengo sia opportuno che i primari e i capi di servizio rispondano al direttore sanitario dell'andamento delle rispettive divisioni o servizi anche in ordine alle direttive cliniche e terapeutiche generali impartite dallo stesso direttore sanitario.

Propongo pertanto di sostituire l'intero articolo 18 con il seguente:

« I medici di ospedali specializzati con funzioni direttive di cui al precedente art. 15 assumono la denominazione di primario se addetti a divisioni o reparti per cura di malati, di capo servizio se addetti a servizi spe-

ciali. Le relative funzioni, salvo quanto dispeso dai commi seguenti del presente articolo, vengono attribuite dall'Amministrazione, con modalità da disciplinarsi nel regolamento organico, ai medici dell'ospedale o degli ospedali della stessa branca se dipendenti dal medesimo Ente, che si trovino nelle due classi superiori di stipendio di cui all'articolo 22.

Negli ospedali i cui organici prevedano posti con funzioni direttive non inferiori a quattro, la metà dei posti stessi viene assegnata mediante concorso pubblico. Vengono pure assegnati mediante concorso pubblico i posti di nuova istituzione per servizi speciali.

Per l'espletamento dei concorsi di cui al comma precedente vengono osservate, in quanto applicabili, le norme che regolano i concorsi per primario di servizi speciali negli ospedali generali.

I medici vincitori del concorso di cui ai due precedenti commi hanno la stabilità fino al 65° anno di età, mentre ai medici con funzioni direttive nominati a norma del primo comma si applica la riconferma per quinquenni successivi, prevista dal penultimo comma dell'articolo 17.

I primari e i capi di servizio rispondono al direttore sanitario dell'andamento delle rispettive divisioni o servizi anche in ordine alle direttive cliniche e terapeutiche generali impartite dallo stesso direttore sanitario ».

P R E S I D E N T E . Poichè nessuno domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento sostitutivo dell'intero articolo 18, proposto dal senatore Monaldi.

(È approvato).

Art. 19.

(Il vice direttore sanitario e l'ispettore sanitario)

Il vice direttore sanitario coadiuva il direttore sanitario e svolge le mansioni da questo delegate.

L'ispettore sanitario è preposto a servizi generali, quali l'igiene e l'alimentazione, o

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)35^a SEDUTA (30 novembre 1960)

a servizi collaterali, quali l'assistenza sociale, le scuole di rieducazione e di riqualificazione.

Le funzioni di vice direttore sanitario sono conferite dall'Amministrazione per incarico, con modalità da stabilirsi nel regolamento organico. L'incarico è temporaneo e può essere rinnovato ma può anche essere revocato in qualsiasi momento per ragioni di servizio.

La scelta, per il conferimento dell'incarico predetto, è fatta tra i medici delle due classi di stipendio superiori in servizio nell'ospedale.

Il conferimento delle funzioni di ispettore sanitario avviene mediante concorso pubblico per titoli ed esami con modalità da stabilirsi nel regolamento organico. Ai vincitori del concorso si applicano le disposizioni di cui ai commi terzo e quarto dell'articolo 18 concernente il conferimento delle funzioni direttive in servizi speciali.

M O N A L D I , relatore. L'approvazione del nuovo testo dell'articolo 18, rende necessario sostituire, all'ultimo comma del presente articolo, le parole: « le disposizioni di cui ai commi terzo e quarto dell'articolo 18 » con le altre: « le disposizioni di cui al comma quarto dell'articolo 18 ».

F R A N Z I N I . Desidero chiedere al relatore se non ritiene opportuno inserire al terzo comma, dopo le parole: « conferite dall'Amministrazione », le seguenti: « su proposta del direttore sanitario ».

M O N A L D I , relatore. Ritengo sia un po' pericoloso aggiungere tali parole. L'Amministrazione può desiderare, per determinati motivi, che due medici, che non siano proprio dello stesso valore, vengano allineati su uno stesso piano.

Nell'ipotesi che l'emendamento proposto dal senatore Franzini dovesse essere accettato dai colleghi, suggerisco di modificarlo come segue: « sono conferite dall'Amministrazione su giudizio motivato di una commissione nominata dall'Amministrazione su proposta del direttore sanitario ».

Z E L I O L I L A N Z I N I . Stiamo giungendo a una esemplificazione eccessiva, che diventa veramente estenuante!

Lasciamo fare alle Amministrazioni, e vedremo le risultanze dell'applicazione pratica.

F R A N Z I N I . Ma dobbiamo tenere presente che oggi esiste uno strapotere dell'Amministrazione negli ospedali.

L O M B A R D I . Non vedo l'opportunità che l'Amministrazione nomini una commissione che, per l'origine della nomina, non farebbe altro che rispecchiare il pensiero dell'Amministrazione stessa.

Propongo di lasciare il terzo comma nella dizione attuale.

F R A N Z I N I . Ho fatto una semplice osservazione al relatore, ma dal momento che la Commissione si dimostra di contrario avviso ritiro senz'altro la mia proposta.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento, presentato dal senatore Monaldi, tendente a sostituire, nell'ultimo comma, alle parole: « le disposizioni di cui ai commi terzo e quarto dell'articolo 18 », le altre: « le disposizioni di cui al comma quarto dell'articolo 18 ».

(È approvato).

Metto ai voti l'articolo 19, quale risulta con l'emendamento testè approvato.

(È approvato).

Art. 20.

(*Il direttore sanitario*)

Il direttore sanitario è il capo dei servizi sanitari ospedalieri ed è responsabile dell'indirizzo generale dell'istituzione ospedaliera, nei riguardi clinico-terapeutici ed igienico-sanitari, e della disciplina dei ricoverati.

Il direttore sanitario è nominato mediante concorso pubblico per titoli ed esami. Vi possono accedere:

a) i direttori degli ospedali specializzati similari;

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)35^a SEDUTA (30 novembre 1960)

b) i medici di ospedale delle due classi di stipendio superiori;

c) i medici dell'ospedale che bandisce il concorso e di ospedali similiari che abbiano almeno sei anni di servizio con qualifica di medico di ospedale e siano in possesso della libera docenza in materia attinente;

d) gli assistenti ordinari di Istituti universitari con 6 anni di servizio di ruolo e in possesso della libera docenza nella branca attinente;

e) i professori titolari e gli incaricati da almeno un biennio delle cattedre universitarie attinenti e gli assistenti delle cattedre stesse con qualsiasi periodo di servizio, quando siano stati classificati entro i tre primi posti in concorsi per cattedre universitarie.

Il direttore sanitario acquista la stabilità dopo un anno di prova e rimane in carica fino al compimento del 65^o anno.

Ai concorsi per la nomina a direttore sanitario sono anche ammessi, in base alla lettera c) del secondo comma, « i medici dell'ospedale che bandisce il concorso e di ospedali similiari che abbiano almeno sei anni di servizio con qualifica di medico di ospedale e siano in possesso della libera docenza in materia attinente ».

Vorrei chiedere al relatore per quale ragione si parla di « libera docenza » e non di « specializzazione ».

M O N A L D I , relatore. La disposizione riguarda quei « medici di ospedale » ai quali — benchè non siano arrivati alle due classi superiori di stipendio — si è voluto dare ugualmente la possibilità di partecipare al concorso, alla condizione però che abbiano almeno sei anni di servizio di ruolo come medici di ospedale e siano in possesso della libera docenza.

L O M B A R I . Ma conviene escludere gli specialisti che abbiano almeno sei anni di servizio di ruolo? Questo in sostanza ha domandato il Presidente. È evidente infatti che non tutti possono conseguire la libera docenza, che è un titolo accademico, nel mentre negli ospedali in argomento quel che conta è

soprattutto la specializzazione, che si consegna attraverso la pratica.

Perciò credo non sia opportuno escludere gli specialisti e di conseguenza nella parte finale della lettera c) bisognerebbe dire « .. in possesso della libera docenza o della specializzazione in materia attinente ».

M O N A L D I , relatore. Ma non si può diventare medico di ruolo di ospedale specializzato senza specializzazione: questa è un requisito base!

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo 20, nel testo di cui ho dato prima lettura.

(È approvato).

Art. 21.

(*Il sovrintendente*)

Al sovrintendente sono attribuiti compiti di consulenza scientifica e di coordinamento delle attività cliniche.

La sovrintendenza può essere istituita per singoli ospedali e per gruppi di ospedali di egual natura se dipendenti dallo stesso ente.

La sovrintendenza viene affidata dall'Amministrazione per incarico, con esclusione di qualsiasi rapporto d'impiego, a persona di chiara fama per studi e attività scientifiche, direttoriali, organizzative, sociali, svolte nel campo della branca attinente all'ospedale o al gruppo di ospedali.

L'incarico è conferito a tempo determinato, può essere revocato per ragioni di servizio, può essere rinnovato per periodi successivi.

(È approvato).

Art. 22.

(*Organizzazione ospedaliera
a carattere interprovinciale o nazionale*)

Per gli ospedali specializzati dipendenti da enti a carattere interprovinciale o nazionale valgono le seguenti norme:

a) l'organico del personale medico è stabilito per ciascun ospedale specializzato ai sensi dell'articolo 2;

b) l'Amministrazione può far fronte temporaneamente alle vacanze nell'organico di un ospedale specializzato mediante l'invio in missione di personale medico di altro ospedale;

c) per ospedali aventi reparti destinati a più specialità è in facoltà dell'Amministrazione procedere alla costituzione della Direzione sanitaria con le norme in vigore per gli ospedali generali;

d) per il coordinamento dei servizi sanitari dei dipendenti ospedali specializzati l'Amministrazione si avvale di una organizzazione sanitaria centrale;

e) la segreteria delle Commissioni esaminatrici dei concorsi per qualsiasi qualifica è tenuta da un funzionario di grado direttivo dell'Amministrazione.

Nella lettera a) si fa riferimento all'articolo 2: mi pare che il riferimento non sia esatto.

M O N A L D I, relatore. Ha ragione, signor Presidente. Infatti si tratta di un errore, perchè il riferimento concerne l'articolo 15 e non l'articolo 2. Presento, in proposito, un emendamento tendente a sostituire, alla lettera a) di questo articolo, alle parole: « dell'articolo 2 », le altre: « dell'articolo 15 ».

Vorrei ora dare agli onorevoli colleghi alcuni chiarimenti sulle diverse situazioni previste dall'articolo in esame.

Alla lettera a) si dispone che ciascun ospedale specializzato deve avere un proprio organico del personale medico, stabilito in relazione alle norme dell'articolo 15.

Presentemente infatti le amministrazioni centrali hanno per lo più un organico generale e spostano un medico da un ospedale all'altro. Ma i medici non sono nelle condizioni, ad esempio, dei prefetti, che quando sono trasferiti trovano nella nuova sede già pronta l'abitazione e tutto quanto è loro necessario; i medici devono perciò pensare alla sistemazione della loro famiglia, dei loro interessi e così via. Di qui la necessità che anche ove si tratti di amministrazioni a carattere nazionale, gli organici siano stabiliti ospedale per ospedale.

In relazione anche a queste considerazioni, alla successiva lettera b) si dice che l'amministrazione può — mediante l'invio in « missione » di medici di un altro ospedale — far fronte « temporaneamente » alle vacanze nell'organico di un ospedale specializzato: in questo modo viene di necessità a essere limitato l'impiego di un medico fuori della propria sede.

Alla lettera c) si stabilisce che « per ospedali aventi reparti destinati a più specialità è in facoltà dell'amministrazione procedere alla costituzione della direzione sanitaria con le norme in vigore per gli ospedali generali ». Questa disposizione riguarda particolarmente il rilievo del senatore Lombardi in merito agli ospedali dell'I.N.A.I.L., in quanto che, esistendo presso tali ospedali specializzazioni molteplici e di varia natura, non sarebbe agevole e nemmeno talvolta possibile costituire una direzione sanitaria come da noi proposto. Ora, in base alla disposizione in esame, l'amministrazione non potrà esimersi dalla costituzione della direzione sanitaria, ma avrà tuttavia la facoltà di costituirla secondo le norme in vigore per gli ospedali generali.

Alla lettera d) si prescrive invece che la amministrazione, per il coordinamento dei servizi sanitari degli ospedali specializzati dipendenti, deve valersi di una organizzazione centrale sanitaria. Ciò è già in atto sia presso l'I.N.P.S., sia presso l'I.N.A.I.L. e dovrebbe pertanto essere attuato anche presso le altre amministrazioni. Almeno lo speriamo.

La lettera e) non richiede alcun chiarimento.

L O R E N Z I. Vorrei sottoporre al relatore un quesito in riferimento a quanto stabilito alla lettera b): se una organizzazione ospedaliera a carattere nazionale, come ad esempio l'I.N.A.I.L., potrà procedere al trasferimento di un primario, che abbia vinto il concorso per un ospedale di periferia, ad una sede più importante, tenendo conto della particolare posizione e delle particolari qualità morali e scientifiche dell'interessato.

Voi sapete che tutti i primari ospedalieri hanno l'aspirazione di progredire a sedi di volta in volta più importanti.

Ora io desidero appunto sapere se nello ambito degli ospedali specializzati potrà verificarsi qualcosa del genere.

P R E S I D E N T E . Si tratta, insomma, della famosa « chiamata ».

M O N A L D I , *relatore*. Il quesito posto dal senatore Lorenzi è della più alta importanza ed è stato formulato anche dalle organizzazioni sindacali; in poche parole riguarda la possibilità o meno — trattandosi di organizzazioni ospedaliere a carattere nazionale o interprovinciale — di trasferire un medico da un istituto o da un ospedale all'altro esclusivamente per « chiamata ».

Questa possibilità è offerta alle università, le quali possono coprire cattedre per chiamata, naturalmente di professori che si siano già affermati.

Ma io sono molto dubbioso circa la possibilità e l'utilità di una simile procedura nell'ambito degli ospedali, perché bisognerebbe stabilire tutta una nuova prassi, che d'altra parte nemmeno sapremmo come potrebbe essere attuata. I desideri degli interessati sono una cosa e la possibilità di soddisfarli un'altra.

Presso le università esiste il consiglio della facoltà che può procedere alle chiamate; nel caso nostro invece le chiamate dipendrebbero dalle amministrazioni: e guai se lasciassimo all'arbitrio di una amministrazione la possibilità di chiamare un individuo da un piccolo istituto a un grande istituto; sarebbe una cosa veramente pericolosa.

Secondo il disegno di legge in esame i medici di ospedale specializzato possono invece passare da un piccolo a un grande istituto attraverso due vie: quella prevista dall'articolo 18 per i medici delle due classi più alte, i quali possono essere chiamati a svolgere determinate funzioni; e quella dei concorsi.

In altri termini l'amministrazione può effettuare lo spostamento da un ospedale a un altro o da un istituto a un altro, può insomma cambiare di sede un sanitario, ma per elevarlo di grado e non già soltanto per trasferirlo.

Il quesito posto dal senatore Lorenzi io lo vedo piuttosto sotto un altro aspetto. Alle volte il trasferimento di un medico, che abbia vissuto a lungo in un determinato ospedale, può rendersi opportuno per ragioni particolari, personali, talora anche, diciamolo pure, per ragioni morali.

Io stesso mi sono trovato di recente nella necessità — avvalendomi di disposizioni che me lo permettevano — di spostare da una sede a un'altra un giovane bravissimo che, per ragioni particolari, non poteva più restare nel posto occupato. Che cosa sarebbe avvenuto di quel giovane — ripeto, bravissimo — se io non avessi potuto attuare il trasferimento? Sarebbe stato eliminato. Ma dagli ospedali specializzati, come dagli ospedali generali, devono e possono essere eliminati gli elementi che non rispondono.

P R E S I D E N T E . Nessun altro chiedendo di parlare, metto ai voti l'emendamento, presentato dal relatore alla lettera *a*) dell'articolo in esame, tendente a sostituire alle parole: « dell'articolo 2 », le altre: « dell'articolo 15 ».

(È approvato).

Metto ai voti l'articolo 22, quale risulta con l'emendamento testè approvato.

(È approvato).

Art. 23.

(Trattamento economico)

Le Amministrazioni determinano, senza obbligo di riferimento, per eventuale trattamento più favorevole, all'articolo 14 del decreto legislativo luogotenenziale 21 novembre 1945, n. 722, e all'articolo 11 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 5 agosto 1947, n. 778, il trattamento economico del personale medico.

La carriera economica del medico di ospedale è ripartita in quattro classi di stipendio.

All'atto della nomina in ruolo al medico di ospedale è attribuita la quarta classe di stipendio. All'atto della riconferma per il secondo quinquennio, il medico di ospedale consegue la terza classe di stipendio.

Le Amministrazioni determinano i posti riservati alla seconda e alla prima classe di stipendio.

Salvo quanto previsto nel terzo comma dell'articolo 18, alla seconda classe di stipendio possono accedere, per merito comparativo, i medici di ospedale con otto anni di appartenenza alla terza classe di stipendio. Alla prima classe di stipendio possono accedere, per merito comparativo, i medici di ospedale con sei anni di appartenenza alla seconda classe di stipendio.

Al medico di ospedale della seconda o della prima classe di stipendio, al quale siano attribuite le funzioni direttive o l'incarico di vice direttore sanitario, e all'ispettore sanitario compete una indennità di funzione da stabilirsi dall'Amministrazione, la quale determinerà, altresì, la indennità da corrispondere al sovrintendente.

Le Amministrazioni che abbiano una organizzazione ospedaliera a carattere interprovinciale o nazionale possono stabilire un trattamento economico differenziato tra gli ospedali dipendenti, per tenere anche conto del disagio della sede di servizio o del mancato o ridotto esercizio professionale.

Al quarto capoverso è detto: « Salvo quanto previsto nel terzo comma dell'articolo 18... » e poichè la dizione dell'articolo 18 è stata sostituita da un nuovo testo, bisognerà, se è necessario, procedere al coordinamento.

M O N A L D I, relatore. Credo opportuno dare prima dei chiarimenti sul testo dell'articolo, perchè altri punti potrebbero richiedere delle modificazioni.

Per quanto riguarda il primo comma, è bene premettere che presentemente è fatto obbligo a tutti gli enti pubblici non statali, a carattere nazionale, di stabilire una certa correlazione fra i gradi dei propri dipendenti e quelli dei funzionari delle amministrazioni statali, e di fare in modo che il trattamento economico di un determinato grado non superi di una percentuale maggiore del 20 per cento quello del grado equiparato dello Stato.

Ora, col primo comma, si è voluto sancire da questa disposizione il trattamento

dei medici degli ospedali specializzati, e ciò si è ritenuto opportuno di fare sia in relazione alle agitazioni sindacali che in merito alla questione si protraggono ormai dal lontano 1946, sia per il fatto che non è possibile da noi — come del resto in qualsiasi altro Paese — lasciare dei medici con una retribuzione assolutamente insufficiente, come oggi purtroppo avviene. Il perdurare di tale situazione renderebbe davvero impossibile la vita a questi giovani.

Il secondo comma concede anche ai medici di ospedale la carriera economica, tenendo conto anche per questo settore, come già è avvenuto in altre branche dell'amministrazione pubblica, della necessità di uno sganciamento della carriera funzionale da quella economica. Pertanto non saremo più costretti a collocare a riposo a 65 anni dei medici con ancora il titolo e lo stipendio di assistente, come io ho dovuto fare in alcune occasioni.

Infatti, come stabilisce il comma successivo, ai medici di ospedale specializzato nominati in ruolo spetta la quarta classe di stipendio e conseguono automaticamente la terza classe di stipendio all'atto della riconferma per il secondo quinquennio.

Perciò, tanti sono i medici di ospedale, tanti sono quelli che possono arrivare alla terza classe di stipendio.

Le limitazioni cominciano nella seconda e nella prima classe.

In merito al sistema generale da adottare, se concedere a tutti la possibilità della carriera economica — indipendentemente cioè dalle funzioni — fino all'ultimo gradino, oppure entro certi limiti, vi è stata disparità di vedute. In una organizzazione senza vertice, tutti possono evidentemente arrivare all'ultimo gradino; ma nel caso nostro una specie di vertice esiste. Io sarei del parere di eliminarlo.

L O M B A R I. Ma una differenziazione, sia pure piccola, ci deve essere: se chi esercita una funzione superiore ha un *quid* di natura economica in più, allora si può anche eliminare il vertice.

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)35^a SEDUTA (30 novembre 1960)

M O N A L D I , relatore. Ma per chi ha determinate funzioni è previsto un trattamento a parte

L O R E N Z I . E allora eliminiamo il vertice, mantenendo l'indennità di funzione.

P R E S I D E N T E . Io manterrei le limitazioni per l'accesso alla seconda e alla prima classe, salvo, semmai, a diminuire il numero minimo di anni di permanenza nella classe inferiore.

L O M B A R I . Ma per le classi seconda e prima è già prevista un'indennità di funzione; e d'altra parte si vuol fare in modo che i medici, a 50-60 anni di età, possano lasciare il servizio in una condizione dignitosa dal punto di vista economico.

P R E S I D E N T E . Potremmo allora eliminare del tutto il quarto comma, che dice: « Le Amministrazioni determinano i posti riservati alla seconda e alla prima classe di stipendio ».

M O N A L D I , relatore. Io credo che la Commissione potrebbe trovarsi d'accordo su questo nuovo testo, che sostituirebbe i commi quarto e quinto:

« Si accede alla seconda classe dopo otto anni di permanenza nella terza classe; alla prima classe si accede dopo dieci anni di permanenza nella classe precedente.

I medici di ospedali specializzati nominati per concorso pubblico a norma del secondo comma dell'articolo 18 e l'ispettore sanitario nominato a norma dell'articolo 19 vengono immessi direttamente nella seconda classe di stipendio ».

P R E S I D E N T E . Poichè nessuno domanda di parlare, metto ai voti questo emendamento sostitutivo dei commi quarto e quinto dell'articolo 23.

Metto ai voti l'articolo 23, il quale con lo emendamento testè approvato, risulta così formulato:

« Le Amministrazioni determinano, senza obbligo di riferimento, per eventuale tratta-

mento più favorevole, all'articolo 14 del decreto legislativo luogotenenziale 21 novembre 1945, n. 722, e all'articolo 11 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 5 agosto 1947, n. 778, il trattamento economico del personale medico.

La carriera economica del medico di ospedale è ripartita in quattro classi di stipendio.

All'atto della nomina in ruolo al medico di ospedale è attribuita la quarta classe di stipendio. All'atto della riconferma per il secondo quinquennio, il medico di ospedale consegue la terza classe di stipendio.

Si accede alla seconda classe dopo otto anni di permanenza nella terza classe; alla prima classe si accede dopo dieci anni di permanenza nella classe precedente.

I medici di ospedali specializzati nominati per concorso pubblico a norma del secondo comma dell'articolo 18 e l'ispettore sanitario nominato a norma dell'articolo 19 vengono immessi direttamente nella seconda classe di stipendio.

Al medico di ospedale della seconda o della prima classe di stipendio, al quale siano attribuite le funzioni direttive o l'incarico di vice direttore sanitario, e all'ispettore sanitario compete una indennità di funzione da stabilirsi dall'Amministrazione, la quale determinerà, altresì, la indennità da corrispondere al sovrintendente.

Le Amministrazioni che abbiano una organizzazione ospedaliera a carattere interprovinciale o nazionale possono stabilire un trattamento economico differenziato tra gli ospedali dipendenti, per tenere anche conto del disagio della sede di servizio o del mancato o ridotto esercizio professionale ».

(È approvato).

Se non si fanno osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 11,35.