

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

11^a COMMISSIONE

(Igiene e Sanità)

MARTEDÌ 14 APRILE 1964

(11^a seduta, in sede deliberante)

Presidenza del Presidente ALBERTI

INDICE

DISEGNO DI LEGGE

« Norme sullo stato giuridico del personale sanitario degli ospedali » (458) (*D' iniziativa dei deputati Ceravolo ed altri e De Maria ed altri*) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Discussione e approvazione):

PRESIDENTE	Pag. 134, 137, 140, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154
CASSINI, relatore . . .	134, 137, 143, 151, 152, 153
CHIARIELLO	145, 152
CREMISINI	145
D'ERRICO	135, 137, 139, 142, 146, 150, 151, 152, 153
DI GRAZIA	135, 138, 141, 149, 152, 153, 154
FERRONI	139, 141, 147, 153, 154
LORENZI	138
MACCARRONE	135, 138, 140, 148, 152, 153, 154
MANCINI, Ministro della sanità	148, 152
MONNI	146, 150, 152, 153
OLIVA	137, 138, 140, 147, 150, 152, 153
PERRINO	141, 151
PICARDO	135, 145
PIGNATELLI	152, 153
SAMEK LODOVICI	137, 140, 143, 147, 148, 151, 152, 153, 154

SELLITTI	Pag. 142
SIMONUCCI	143
ZONCA	139, 150

La seduta è aperta alle ore 17,15.

Sono presenti i senatori: Alberti, Caroli, Cassese, Cassini, Cremisini, D'Errico, Di Grazia, Ferroni, Lorenzi, Maccarrone, Perrino, Picardo, Pignatelli, Rosati, Samek Lodovici, Sellitti, Simonucci, Tomasucci, Zanardi e Zonca.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma, del Regolamento, i senatori Cassano, Farneti Ariella, Lombardi, Scotti e Zelioli Lanzini sono sostituiti, rispettivamente, dai senatori Oliva, Brambilla, Monni, Caponi e Berlanda.

A norma dell'articolo 25, ultimo comma, del Regolamento è presente il senatore Chiariello.

Interviene il ministro della sanità Mancini.

Discussione e approvazione del disegno di legge d'iniziativa dei deputati Ceravolo ed altri e De Maria ed altri: « Norme sullo stato giuridico del personale sanitario degli ospedali » (458) (Approvato dalla Camera dei deputati)

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge d'iniziativa dei deputati Ceravolo, Perinelli, Di Piazza, Mezza Maria Vittoria, Alini e Usvardi; e dei deputati De Maria, De Pascalis, Sorgi, Romano e Montanti: « Norme sullo stato giuridico del personale sanitario degli ospedali », già approvato dalla Camera dei deputati.

Comunico alla Commissione che il Presidente del Senato ha aderito alla richiesta formulata all'unanimità nella precedente seduta, dai membri della 11^a Commissione di passaggio di questo disegno di legge dalla sede referente alla sede deliberante.

Dichiaro aperta la discussione generale, e prego il relatore Cassini di riassumere brevemente le sue conclusioni ed il lavoro compiuto fino a questo momento dalla Commissione relativamente al provvedimento al nostro esame.

C A S S I N I , *relatore*. Onorevole Ministro, signor Presidente, onorevoli colleghi; desidero anzitutto esprimere il mio vivo compiacimento, che ritengo condiviso da tutti i componenti la Commissione, per il passaggio di questo disegno di legge alla sede deliberante.

Dopo lungo e approfondito dibattito tenutosi con alto senso di responsabilità e con piena consapevolezza dell'importanza dell'argomento in sede di Sottocommissione in sede referente, e penso anche in seno ai singoli Gruppi, l'aver raggiunto l'unanimità dei consensi per la richiesta di assegnazione del disegno di legge alla Commissione in sede deliberante dimostra chiaramente la serietà e la ponderazione con cui la Commissione stessa ha affrontato il problema del personale ospedaliero.

Ci si è trovati concordi infatti sul principio essenziale e sostanziale del provvedi-

mento, cioè la stabilità e la cessazione dal servizio al 65° anno di età per tutti quei sanitari elencati all'articolo 1 del provvedimento stesso. Del pari l'accordo è stato raggiunto sulla norma transitoria relativa alla cessazione dal servizio al 70° anno di età per i primari che, pur avendo compiuto il 65° anno di età, siano rimasti in servizio in forza di una nota legge più volte prorogata; nonché sulle altre norme transitorie relative agli ospedalieri che abbiano prestato servizio di ruolo e a coloro che, pur trovandosi fuori ruolo, abbiano conseguito la idoneità e siano tuttora in servizio.

Tutto ciò credo possa dispensarmi dal ripetere la serie di argomentazioni e di ragioni che io ho espresso nella mia relazione in sede referente e colle quali intendevo dimostrare che il disegno di legge è opportuno, tecnicamente idoneo a raggiungere gli scopi che si prefigge, e socialmente doveroso.

Ero arrivato alla conclusione ed avevo esplicitamente affermato che, per superare le perplessità che sono affiorate e che sono state validamente sostenute nel corso dei precedenti dibattiti, sarebbe stato sufficiente presentare un ordine del giorno che invitasse il Governo ad emanare disposizioni ad integrazione e chiarificazione di questo disegno di legge atte a soddisfare varie istanze e superare contrastanti posizioni, dando quelle garanzie che si erano auspiccate e che si auspicano ai fini di una piena e razionale applicazione del provvedimento stesso.

È prevalso invece il concetto di determinare subito queste garanzie attraverso emendamenti ai vari articoli del disegno di legge, che devono pertanto essere riesaminati ed eventualmente approvati in sede deliberante.

Mi auguro che questi emendamenti, già discussi e concordati in sede referente, siano tali da non ritardare, anzi da permettere una sollecita approvazione del disegno di legge alla Camera dei deputati, e da non suscitare in quella sede gravi dissensi, anche in considerazione del fatto che il provvedimento si trascina ormai da due legislature provocando un profondo turbamento nell'ambiente ospedaliero.

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

Una volta approvato, esso potrà dare certamente ad una benemerita categoria di sanitari sicurezza e serenità per l'avvenire, il che non potrà che riflettersi positivamente su tutta la vita degli ospedali e sull'assistenza agli infermi e contribuire da un lato ad impedire che i medici ospedalieri si adagino in pericolose forme di apatia culturale, dall'altro ad incentivare la loro attività e capacità professionali.

Mi riservo infine di presentare, dopo la discussione dei singoli articoli, un ordine del giorno che inviti il Governo ad emanare disposizioni per la revisione degli organici degli ospedali al fine di adeguare gli organici stessi alla accresciuta mole di lavoro, per istituire una carriera per gli aiuti e gli assistenti, la quale, oltre agli altri vantaggi, potrà anche rappresentare uno stimolo al loro maggior perfezionamento; ed infine altre disposizioni tendenti a dare ai titolari delle cattedre universitarie una maggior autonomia didattica, ferma sempre restando la stabilità fino al 65° anno di età.

Con questo confido di aver assolto al compito che mi era stato affidato.

D I G R A Z I A . Desidererei invitare i colleghi della Commissione, quando passeremo all'esame degli articoli, a considerare non soltanto le linee generali della legge, ma a soffermarsi anche e soprattutto sulle norme transitorie.

Infatti, specialmente in alcune parti di Italia, come nella mia Sicilia, a causa di particolari situazioni ambientali che si trascinano da decenni, molti medici ospedalieri si vengono a trovare in posizioni veramente abnormi.

Chiedo perciò ai colleghi di dimostrare maggiore comprensione nei confronti di questi medici della mia e di altre regioni italiane, la cui diligenza ed attività, non inferiori a quelle di altri ospedalieri, non è stata finora tenuta nel debito conto.

D ' E R R I C O . Debbo fare alcune di chiarazioni preliminari, anche a giustificazione di quanto dirò in sede di discussione dei singoli articoli.

Premetto che sono veramente spiacente di non aver potuto essere presente all'ulti-

ma seduta di questa Commissione, e di aver dovuto conoscere per via indiretta gli emendamenti che sono stati proposti.

Avevo espresso il mio pieno accordo sulla sostanza del disegno di legge inteso ad assicurare la stabilità di carriera al personale ospedaliero. Dato però che gli emendamenti che sono stati proposti e che verranno discussi inficiano non soltanto il principio della professione libera, ma intaccano alla base lo stesso stato giuridico del personale in questione debbo dissentire in via preliminare con tutto il provvedimento, riservandomi di fare le debite osservazioni a proposito dei singoli articoli.

P I C A R D O . Avevo già dichiarato di essere favorevole all'approvazione rapida ed integrale del disegno di legge, considerando una specie di legge stralcio, e fermo restando sempre l'impegno del Ministro di presentare entro il 30 maggio la grande legge organica per il riordinamento di tutta la materia ospedaliera.

Mi dichiaro quindi contrario a qualsiasi emendamento.

M A C C A R R O N E . Noi crediamo di aver chiarito a sufficienza il nostro pensiero durante l'esame del disegno di legge in sede referente, e il passaggio alla sede deliberante non fa che confermare la validità delle nostre argomentazioni.

Si temeva da parte di alcuni colleghi che, con l'approvazione di questo provvedimento, si determinasse una situazione che avrebbe potuto in qualche modo compromettere lo spirito e l'impostazione generale dell'auspicato riordinamento dell'intero settore sanitario ospedaliero, e negli ultimi quindici giorni questi colleghi si sono opposti recisamente al passaggio del disegno di legge alla sede deliberante proprio per il suo presunto carattere profondamente innovativo.

Gli emendamenti proposti e che sono stati esaminati, in verità, alquanto superficialmente nella precedente seduta, confermano invece la portata estremamente limitata di questo provvedimento, che non tocca se non un aspetto particolare del problema e richiede solo pochissime precisazioni.

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

Nondimeno noi intendiamo discutere gli emendamenti presentati nella misura in cui essi possono rappresentare un'anticipazione alla predetta riforma generale.

Si vuole mantenere in vita, svisando a mio giudizio il concetto di autonomia degli enti non territoriali, una discrezionalità da parte delle Amministrazioni ospedaliere profondamente contrastante con le esigenze di una riforma ispirata a criteri di modernità e di progresso: se il nostro Paese vuole veramente superare gli inconvenienti oggi esistenti nel settore ospedaliero, deve appunto provvedere alla eliminazione di quanto di anacronistico esiste ancora nella legge del 1890.

Perchè vogliamo allora inserire emendamenti del tipo proposto? Perchè anticipare, sotto l'urgenza di approvare questo disegno di legge, norme che, mi si consenta dirlo, sono in contraddizione colle idee manifestate proprio dalla vostra stessa parte quando sostenevate in diverse legislature e per mezzo di diversi relatori la necessità di proporre al Paese un disegno di legge organico sulla riforma sanitaria ospedaliera? Ricordo il contenuto e lo spirito della relazione di maggioranza del collega Criscuoli che, anche a questo proposito, richiamava tale diffusa e sostanziale esigenza avvertita nel Paese, non solo da parte nostra, ma anche largamente dalla vostra. Leggendo in questi giorni gli atti di un convegno, tenutosi a Milano per iniziativa di esponenti del movimento cattolico italiano ci si accorge chiaramente come sia diffusa ormai la convinzione che si debba superare, non solo attraverso l'ampio concetto della « programmazione », ma proprio con atti legislativi ispirati a idee riformatrici, la situazione attuale, se si vuole veramente progredire.

Ecco il motivo per cui non vedo la necessità di apportare modificazioni al testo originario di questo disegno di legge. Del resto anche il relatore Cassini, cui do atto della diligenza e passione con cui ha esposto il suo pensiero, ha affermato che esso può essere approvato nell'attuale formulazione e che le modificazioni proposte dai colleghi postulano necessariamente altre modificazioni, ulteriori precisazioni, che non possono però —

mi scusi, senatore Cassini — essere affidate, ad un ordine del giorno, perchè in tal caso meglio varrebbe, a mio avviso, fissare soltanto il principio generale della stabilità rimandando all'ordine del giorno ogni altra norma complementare attinente alla minuta regolamentazione del disegno di legge.

Mi pare, quindi, che la Commissione, a prescindere dalla loro portata, dovrebbe astenersi da questi emendamenti proprio perchè il loro contenuto potrebbe trovare sede più adatta in un disegno di legge di carattere generale, che dia organica e soddisfacente soluzione al delicato problema degli ospedali, di queste grandi e benefiche istituzioni che nei secoli passati hanno costituito un elemento di progresso e che oggi, invece, presentano aspetti negativi.

Siamo favorevoli al disegno di legge così com'è stato presentato; non diciamo che sia perfetto, ma vorremmo pregare i colleghi di non inseguire il miraggio della perfezione, il che può a volte creare situazioni anacronistiche.

Nel sancire il divieto di ogni forma di attività professionale esterna, siamo pienamente convinti che esso potrà essere effettivamente osservato? Certamente no, se esaminiamo il problema obiettivamente tenendo presente la situazione del nostro Paese. Verremmo quindi a predisporre una norma sapendo in anticipo che essa non potrà essere attuata, che sarà condizionata da un altro provvedimento relativo ai rapporti tra personale secondario e Amministrazione ospedaliera, provvedimento che non può essere inserito nel presente disegno di legge; a meno che non pensiamo che questo divieto possa servire all'Amministrazione come arma di pressione o di ricatto nei confronti del personale secondario. Non fissando infatti alcun limite, è chiaro che l'Amministrazione stessa mancherà di ogni criterio cui uniformarsi per accettare o respingere la domanda di esercizio dell'attività professionale esterna.

Poichè attualmente le cose stanno in questi termini, perchè creare una norma del genere? Anche l'articolo 6, per esempio, a mio parere, dovrebbe essere emendato inserendovi ciò che il senatore Cassini intendereb

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

be precisare nel suo ordine del giorno, cioè, un preciso obbligo di adeguamento degli organici alle effettive esigenze dell'assistenza. Ma tutto questo è necessario, è urgente, ricade nell'ambito di applicazione di questo disegno di legge? A me non pare, perchè, o riteniamo che le norme sullo stato giuridico del personale sanitario debbano valere ancora per molto tempo e debbano essere recepite nella legge di carattere generale, e in questo caso può darsi che le vostre obiezioni siano fondate, oppure consideriamo il provvedimento in esame come strumento necessario e transitorio per salvare una situazione anormale, ed allora, cari colleghi, questi emendamenti che voi ci proponete non hanno alcuna ragione di essere.

Con queste precisazioni, preannunciamo fin d'ora il nostro voto favorevole al disegno di legge, riservandoci di esaminare nella loro definitiva formulazione gli emendamenti proposti.

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

Passiamo ora all'esame e alla votazione degli articoli, di cui do lettura:

Art. 1.

I sovrintendenti sanitari, i direttori sanitari, i vicedirettori sanitari, gli ispettori sanitari, i direttori di farmacia, i primari, gli aiuti e gli assistenti, che abbiano superato il periodo di prova, cessano dal servizio al compimento del 65° anno di età.

Le ostetriche, che abbiano superato il periodo di prova, cessano dal servizio al compimento del 60° anno di età.

A questo articolo è stato presentato dai senatori Samek Lodovici ed altri un emendamento tendente a inserire, al primo comma, dopo le parole « vicedirettori sanitari » le altre « e i farmacisti ».

Lo metto ai voti.

(È approvato).

D'ERRICO. In conformità della dizione dell'articolo 2, nel quale si dice che « Il

personale di cui all'articolo precedente acquista la stabilità... eccetera », io proporrei una modificazione formale dell'articolo 1 (che credo tuttavia possa avere la sua importanza), nel senso di sostituire le parole « che abbiano superato il periodo di prova », con le seguenti: « che abbiano conseguito la stabilità ».

CASSINI, relatore. Mi pare che non si possa fare riferimento alla dizione dell'articolo 2 per adottare la stessa formulazione nell'articolo 1, trattandosi di due concetti diversi.

SAMEK LODOVICI. L'articolo 1 fissa il limite massimo di età per la cessazione dal servizio; l'articolo 2, invece, stabilisce le norme per conseguire la stabilità; credo, quindi, che non vi sarebbe alcuna contraddizione se si adottasse nell'articolo 1 la dizione « che abbiano conseguito la stabilità ».

Io mi associo, pertanto, all'emendamento proposto dal senatore D'Errico che mi sembra, del resto, abbia solo valore formale e di estetica legislativa.

OLIVA. Credo che le due locuzioni siano perfettamente equivalenti; vorrei, però, fare notare che — avendo l'articolo 1, in fondo, lo scopo di fissare, indipendentemente dal fatto che il personale interessato abbia conseguito o meno la stabilità, il 65° e il 60° anno di età come limite massimo per la cessazione dal servizio — l'emendamento proposto comporterebbe, inevitabilmente, ulteriori precisazioni che, a mio parere, sarebbe meglio evitare mantenendo il testo nella sua attuale formulazione.

D'ERRICO. Sono d'accordo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo 1, quale risulta con l'emendamento testè approvato.

(È approvato).

Art. 2.

Il personale di cui all'articolo precedente, acquista la stabilità dopo il periodo di prova

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

di due anni, trascorso il quale il consiglio di amministrazione, entro il termine massimo di due mesi, provvede alla nomina definitiva o alla dimissione.

Il senatore Samek Lodovici ed altri propongono di sostituire l'intero testo di questo articolo con il seguente:

« Il personale di cui all'articolo precedente, tranne gli assistenti e le ostetriche, acquista la stabilità dopo il periodo di prova di due anni, trascorso il quale il consiglio di amministrazione, entro il termine massimo di due mesi, provvede alla nomina definitiva o alla dimissione. Per gli assistenti e le ostetriche il periodo di prova è di tre anni.

Il provvedimento di dimissione deve essere motivato ».

D I G R A Z I A . Non sono d'accordo sul periodo di prova di tre anni per il passaggio in pianta stabile degli assistenti e delle ostetriche. Mi sembra che due anni siano sufficienti a valutare la capacità professionale di un medico; non capisco perchè si debba aumentare tale periodo e propongo pertanto di ripristinare la formulazione originaria.

O L I V A . Vorrei ricordare che il termine dei tre anni fu il risultato di un ragionamento compromesso, mi pare, tra la tesi dei due e quella dei quattro anni. Dal momento che l'attuale situazione di instabilità comporta per gli assistenti un periodo di prova di quattro anni, frazionato in due bienni (per dare all'Amministrazione la possibilità, in caso di insufficiente rendimento, di dispensare il sanitario dal servizio), si ritiene che la riduzione a tre anni, considerato il vantaggio notevolissimo della stabilità, costituisca semplicemente una giusta garanzia per l'Amministrazione stessa. Pregherei, pertanto, il senatore Di Grazia di non insistere nella sua proposta.

D I G R A Z I A . Le argomentazioni del collega Oliva mi sembrano non del tutto valide; comunque, le accetto e ritiro il mio emendamento.

M A C C A R R O N E . Siamo contrari all'emendamento proposto e insistiamo sul mantenimento del testo presentato. Il personale assistente, attualmente, viene nominato in ruolo subito dopo aver superato il concorso di idoneità: tale posizione però viene a cessare dopo due anni e l'Amministrazione può confermarla ancora per altri due indipendentemente dal rendimento dato nel primo biennio. D'altra parte, se per gli assistenti il periodo di prova sarebbe di due anni più due, lo stesso periodo per gli aiuti-ospedalieri sarebbe di quattro anni più quattro. Perchè non stabilire allora anche per gli aiuti-ospedalieri un periodo proporzionale? Per quale motivo per il personale con qualifica inferiore dobbiamo chiedere un periodo di prova più lungo?

O L I V A . Perchè si tratta di un personale agli inizi della carriera.

M A C C A R R O N E . Non è esatto, perchè il personale che stabilizziamo arriva negli ospedali dopo un concorso di idoneità e dopo un lungo tirocinio teorico e pratico.

La figura del medico ospedaliero è cambiata rispetto alla legge del 1938; sono cambiati i rapporti nelle sezioni ospedaliere, e noi non possiamo non tener conto di queste innovazioni, alla vigilia di una riforma generale, nel dettare queste norme sia pure di carattere transitorio.

Ecco perchè, contrari all'emendamento proposto, sosteniamo che il limite del periodo di prova debba essere quello normale di due anni, tanto più che l'articolo 3 offre sempre all'Amministrazione la possibilità di dispensare dal servizio il personale in questione in caso di insufficiente rendimento.

L O R E N Z I . Io ritengo che le ragioni addotte dal senatore Oliva siano più che valide e che sia necessario mantenere una distinzione tra l'una e l'altra categoria di sanitari; non è giusto neppure che chi è appena laureato non possa concorrere al posto di assistente.

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

11ª SEDUTA (14 aprile 1964)

Quanto ai primari, si tenga presente che essi si presentano ai concorsi spesso in età matura, dopo molti anni di attività professionale teorica e pratica e dopo avere superato precedenti esami per assistenti e aiuti e quindi in grado di poter essere facilmente valutati.

Quando io mi sono laureato, mi sono sentito veramente sgomento perchè non sapevo ricettare, nè esaminare un ammalato, pur non essendo stato l'ultimo della classe ed avendo frequentato assiduamente gli ospedali! Ora, questa mia situazione deve essere un po' quella di tutti i neo-laureati che hanno dovuto mettersi a fianco di un collega più anziano e cominciare dal nulla la loro carriera. Perciò due anni di prova sono forse insufficienti per consentire una valutazione globale delle capacità dell'assistente e per questo motivo si propongono tre anni, a differenza delle altre categorie che hanno dietro di loro più lunga carriera e maggiore esperienza; ed io insisto affinché siano mantenuti i tre anni.

Z O N C A . Noi sappiamo che in tutte le cliniche universitarie il numero degli studenti è tale per cui essi non possono seguire l'opera dell'aiuto o del professore: molti non frequentano neppure l'università e la maggioranza, all'infuori di quei dieci o venti al massimo che sono riusciti a diventare interni o volontari, non riesce ad apprendere la semeiotica, per cui quando essi escono dall'università non sono ancora in grado di esercitare.

Le enormi responsabilità che attendono il medico nel lungo arco della sua carriera esigono che la sua capacità professionale sia accertata e controllata con estrema prudenza, per cui un periodo iniziale di tre anni di prova è perfettamente giustificato.

D' E R R I C O . Io sono d'avviso che per valutare le effettive capacità dell'assistente, data la natura delle sue mansioni, debbano essere sufficienti, anche agli effetti della stabilità di carriera, due anni di prova.

L'aiuto assolve mansioni diverse, essendo investito, specie in campo chirurgico, di responsabilità operatorie dirette, per cui nel

suo caso, come periodo di prova, può essere tenuto conto anche di tutto il periodo di assistentato. Mi pare quindi che fissare un periodo di prova uguale per le varie categorie sia rispondente alle reali responsabilità del personale sanitario.

F E R R O N I . Desidero anzitutto ribadire che sono fermamente convinto che il disegno di legge debba essere approvato nel testo pervenutoci dalla Camera dei deputati. E ciò per tutte le ragioni già espresse nella precedente seduta, e più diffusamente illustrate oggi dal collega Maccarrone, che non occorre quindi ripetere.

Abbiamo tuttavia accettato di discutere alcuni emendamenti, poichè questo è il solo mezzo per raggiungere un accordo e facilitare l'approvazione del disegno di legge.

Sono stato io — se ben ricordo — che in merito all'emendamento che prevedeva quattro anni ho proposto a portare a tre gli anni di prova, se due soli potevano sembrare insufficiente garanzia di raggiunta maturazione e capacità professionale.

Debbo dire anche che ho insistito sui tre anni, a prescindere dalla volontà degli ospedali su questo punto. Gli assistenti non dedicano tutto il loro tempo agli ospedali stessi, ma vi svolgono una attività limitata e saranno costretti a farlo ancora per molto tempo, finchè l'auspicata riforma non stabilisca, insieme ad adeguate retribuzioni, quel principio dell'orario pieno che tutti auspichiamo e che potrà permettere a questi medici di non cercare altre fonti di guadagno, come accade ora, presso gli enti mutualistici; allora, quando l'ospedale potrà essere per i giovani sanitari continua e sicura fonte di dottrina e di esperienza, questa cautela dei tre anni potrà forse essere meno necessaria, ma, allo stato attuale delle cose, io ritengo che un triennio di prova non sia eccessivo.

Per tranquillizzare la mia coscienza ho voluto interpellare alcuni degli interessati, e quelli tra loro dotati di maggiore coscienza e senso di responsabilità hanno detto di accettare il periodo di prova di tre anni, perchè, una volta risolto il problema della stabilità, che è quello che più sta a cuore

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

a questi sanitari, essi si sottopongono di buon grado a questo più lungo periodo di prova, non solo, ma ne avvertono essi stessi la necessità al fine di consolidare la loro cultura e dare alla conseguita stabilità una più solida giustificazione.

Mi dichiaro quindi favorevole al periodo di prova di tre anni.

SAMEK LODOVICI. Desidero associarmi in parte a quanto è stato detto, ma soprattutto desidero rivolgere una sommessata preghiera ai colleghi della sinistra: non pensate minimamente che questo emendamento, da noi proposto e sostenuto, voglia essere, nella nostra mente, uno strumento di eliminazione; tutt'altro.

In realtà quando si parla di primario e di aiuto è evidente che si tratta di personale che ha già dimostrato di avere attitudine alla vita ospedaliera; ma nei confronti di un giovane medico — poichè è fuori di dubbio che si può adire al concorso per assistente anche subito dopo la laurea e che si può anche riuscire — è logico che un ente ospedaliero si trovi nella necessità di accertare la sua capacità, la sua diligenza, la sua attitudine al servizio e alla vita ospedaliera, con tutti i sacrifici che essa comporta.

Ora, un periodo di noviziato di tre anni non è davvero un sacrificio eccessivo, e credo di poter aggiungere che tale periodo si risolve anche in una utilità per il giovane medico, perchè l'attesa della conferma definitiva lo spingerà a continuare il suo perfezionamento teorico, tanto più valido in quanto integrato e illuminato ora anche dalla casistica e dalla pratica.

Vi pregherei quindi, colleghi della sinistra, di voler accettare anche voi questo emendamento che ha fini assolutamente onesti, e nell'interesse dell'ente e in quello del giovane medico. Approviamolo all'unanimità.

MACCARRONE. Noi prendiamo atto dello spirito con cui il senatore Samek Lodovici ha illustrato l'emendamento; quindi dichiariamo di ritirare il nostro.

PRESDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti

l'emendamento presentato dai senatori Samek Lodovici ed altri, tendente ad aggiungere, dopo le parole: « il personale di cui all'articolo precedente », le altre: « tranne gli assistenti e le ostetriche ».

(È approvato).

Metto ai voti l'emendamento presentato dagli stessi senatori, tendente ad aggiungere, dopo il primo comma, il seguente: « Per gli assistenti e le ostetriche il periodo di prova è di tre anni ».

(È approvato).

Metto ai voti l'articolo 2 quale risulta con gli emendamenti testè approvati.

(È approvato).

Dopo l'articolo 2, alcuni senatori propongono di inserire un articolo 2-bis del seguente tenore:

« Per i medici, i farmacisti e le ostetriche ospedaliere di ruolo è incompatibile l'esercizio professionale alle dipendenze, con rapporto di impiego stabile, di qualsiasi altro ente pubblico, di istituti e case di cura private, salvo autorizzazione sempre revocabile del Consiglio di amministrazione dell'ospedale ».

SAMEK LODOVICI. Converrebbe forse sospendere brevemente la seduta per chiarire i vari punti di vista sull'articolo 2-bis.

OLIVA. Accolgo senz'altro la proposta del senatore Samek Lodovici di una breve sospensione della seduta per uno scambio di idee. Tuttavia, poichè non ho ancora risposto al collega Maccarrone che panoramizzava le nostre rispettive posizioni, vorrei precisare che anche la nostra parte politica è vivamente preoccupata di risolvere il problema al nostro esame in modo razionale che valga ad avvicinarci e non ad allontanarci dalla futura grande riforma ospedaliera.

L'introduzione tuttavia del principio della stabilità per il personale ospedaliero, al quale noi tutti ci siamo dimostrati pienamente favorevoli, costituisce già di per sé

un aspetto tanto decisivo ed anticipatore della riforma stessa da destare in noi la legittima preoccupazione e da farci sentire l'esigenza di decidere fin d'ora, in modo utile e vantaggioso, non solo nei confronti del personale medico, ma anche ai fini di assicurare ai malati un'assistenza valida e garantita da una quanto più possibile assidua partecipazione dei sanitari alla vita dell'ospedale.

Solo così — e non sotto pressioni di ordine sindacale che possono in qualche modo turbare una piena obiettività di giudizio — si può comprendere la ragione, dettata da spirito di collaborazione e di responsabilità, per cui noi vi preghiamo di considerare la necessità di associare alla concessione della stabilità qualche garanzia che faccia sentire agli amministratori e ai medici l'importanza del passo che stiamo compiendo.

E concludo col rivolgere al senatore Mac carrone la preghiera di non voler configurare come larvata forma di ricatto da parte delle Amministrazioni ospedaliere il richiamo il medico alle sue prestazioni. Stabilendo questo nuovo principio, noi intendiamo invece dare alle Amministrazioni stesse più piena coscienza della loro responsabilità soprattutto futura per quanto concerne, anche sotto l'aspetto sociale, l'osservanza da parte dei sanitari dei doveri che loro incombono.

P E R R I N O . Non posso che condividere il pensiero espresso dal collega Oliva ricordando che, in sede referente, io ed i colleghi del mio Gruppo ci siamo sforzati di contemperare le esigenze della categoria dei medici con gli interessi degli ospedali. Appunto a tal fine abbiamo suggerito e ridotto al minimo gli emendamenti che, senza impedire la sollecita approvazione del disegno di legge, costituiscono tuttavia quel minimo di cautela che le Amministrazioni ospedaliere ritengono necessarie.

Non sono del parere che si proceda alla approvazione delle leggi con la riserva che si debbano poi modificare o addirittura abrogare nel giro di pochi anni, come si è detto alla Camera relativamente al provvedimento al nostro esame.

Ora, dal momento che noi riteniamo che questo disegno di legge, insieme al noto decreto ministeriale del 16 febbraio 1964, rappresenti come una specie di preludio alla legge generale, cerchiamo di adottare quel minimo di cautele necessarie perchè essa non debba essere modificata, ma venga invece integralmente recepita nel quadro organico della futura riforma ospedaliera.

Ecco perchè insisto che la dizione dell'articolo 2 bis resti quella concordata in sede referente, e cioè senza la parola « stabile ».

D I G R A Z I A . In sede referente si è molto discusso su questo argomento e ricordo che ci trovammo tutti d'accordo sulla necessità di precisare in qualche modo i limiti dell'esercizio professionale esterno per non lasciare all'Amministrazione una indiscriminata e pericolosa discrezionalità in questo campo nei confronti dei medici ospedalieri, che avrebbe finito col precluder loro in certi casi la possibilità di esplicare, anche solo in parte, la professione libera. Si era, alla fine, convenuto di circo scrivere il divieto ad ogni forma di esercizio professionale esterno in concorrenza con gli interessi dell'ospedale e incompatibile con gli orari di servizio stabiliti dall'Amministrazione.

A questo punto, però, vorrei sapere se, secondo le intenzioni dei colleghi che hanno stilato l'emendamento, è consentito ad un medico ospedaliero l'esercizio della professione in case di cura proprie.

P E R R I N O . Se tali medici dipendono da ospedali seri, certamente no.

D I G R A Z I A . Sta bene. Consentitemi, allora, un'altra domanda.

Dato che molti direttori di cliniche universitarie hanno notoriamente le loro case di cura nelle quali operano senza che nessuno si opponga, perchè si dovrebbero trattare in modo diverso e assai più svantaggioso gli ospedalieri, che, oltre tutto, sono anche peggio retribuiti?

F E R R O N I . Questo emendamento rappresenta, evidentemente, lo scoglio mag

giore del nostro provvedimento, perchè abbiamo il timore di mettere il guinzaglio al collo degli assistenti e degli aiuti affidando poi il capo nelle mani delle Amministrazioni ospedaliere che non sempre, come di cevo nella precedente seduta, sono rette nel modo più corretto e democratico.

È chiaro, pertanto, che l'emendamento, nella formulazione proposta, non può essere da noi accettato; occorre che questa delicata questione sia chiarita in modo esplicito, perchè si deve dare agli assistenti e agli aiuti la garanzia di poter esercitare la professione anche fuori dell'ambito dell'ospedale, finchè non si giunga ad un riordnamento di tutto il settore, che assicuri loro un trattamento economico dignitoso e proporzionato alla loro fatica.

SELLITTI. Il concetto espresso dal senatore Ferroni mi trova consenziente, perchè l'emendamento non è molto chiaro; del resto già nella ultima seduta mi sono battuto, anche un po' troppo, su questo argomento.

Occorre che sia affermato da un lato il principio della libertà professionale, e dall'altro siano precisati i rapporti d'impiego dei sanitari con gli altri enti pubblici e privati, perchè non sono d'accordo che si lasci all'Amministrazione ospedaliera la facoltà di autorizzare o meno l'esercizio della professione presso tali enti; una facoltà che sarebbe, spesso ed inevitabilmente, esercitata in base a criteri di preferenza e di discriminazione.

D'ERRICO. Ho sentito fare delle affermazioni molto gravi: si è parlato di ospedali seri, il che fa pensare, evidentemente, che ve ne siano anche di non seri.

Abbiamo sempre dato atto al senatore Perrino della serietà e dell'efficienza del suo ospedale; però anch'egli deve essere consapevole della penosa situazione nella quale versano gli ospedali di alcune zone del Mezzogiorno d'Italia. Vi sono reparti che hanno più sanitari che malati; l'ospedale Pellegrini, a Napoli, ad esempio ha un centinaio di medici di ruolo e 250 posti letto e non è un mistero che esistono reparti in cui i medici

sono retribuiti con stipendi che si aggirano sulle 28.000 lire mensili, e dove le ripartizioni sono irrisorie.

Non dobbiamo fare una legge per gli ospedali seri, ma una legge da applicare a tutti gli ospedali italiani.

Nel momento stesso in cui noi accordiamo ai medici la stabilità di carriera, con l'articolo 2-bis tendiamo a sottrarre loro quei proventi dell'esercizio professionale extra-ospedaliero indispensabili a integrare quelli ospedalieri in molti casi troppo scarsi: da una parte si tende a dare soddisfazione agli ospedalieri e, dall'altra, si richiede loro un sacrificio economico.

Ho sentito anche dire che le Amministrazioni debbono tutelare la salute degli ammalati! Forse che i medici degli ospedali non si adoperano per lo stesso fine? Credete che i medici non desiderino avere condizioni di lavoro adeguate? E vi siete mai chiesti perchè i medici italiani emigrano in Inghilterra e in America e non ritornano? La risposta è che le nostre Amministrazioni ospedaliere non si sono mai preoccupate di dare una sistemazione dignitosa a questo personale!

Le Amministrazioni possono appoggiarsi a disposizioni di legge già esistenti per impedire quei soprusi cui si accennava; non c'è bisogno di crearne altre allo stesso scopo; gli ospedali possono già adesso obbligare i loro sanitari a non assumere altri incarichi e a rispettare l'orario previsto dal regolamento interno.

Ed ora due parole sulla situazione degli ambulatori mutualistici. Attualmente la maggior parte degli ambulatori specialistici in seno alle mutue è in mano di assistenti e di aiuti ospedalieri, o di assistenti e aiuti universitari. Se l'articolo 2-bis dovesse diventare operante, questi incarichi dovrebbero essere abbandonati con danno dei medici e di tutta l'attività mutualistica.

Quando si potrà attuare il principio del « tempo pieno », che tutti noi auspichiamo nell'interesse principalmente degli ammalati, dei medici e delle Amministrazioni, e si avrà l'invocata legge riordinatrice di tutta la materia ospedaliera, anche questi problemi troveranno la loro soluzione. Cominciare

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

11ª SEDUTA (14 aprile 1964)

ora a sancire queste limitazioni lasciando poi le cose invariate, non torna, a mio giudizio, a vantaggio di nessuno.

Ci si è scagliati contro le case di cura. Perchè sono sorte tante case di cura e gli ammalati le preferiscono spesso agli ospedali? Perchè gli ospedali sono inadeguati, sia qualitativamente che quantitativamente. Quando gli ospedali saranno all'altezza dei loro compiti, gli ammalati vi si indirizzeranno spontaneamente. Non faremmo perciò l'interesse di nessuno, se cercassimo di forzare adesso demagogicamente le cose.

S I M O N U C C I . È noto l'atteggiamento positivo del Gruppo comunista sul problema del « tempo libero ».

Noi riteniamo che chi insiste a voler introdurre oggi tale principio in questo disegno di legge manifesta scarsa fiducia che il Parlamento riesca effettivamente, a breve scadenza, a realizzare la riforma generale ospedaliera.

Noi siamo convinti che questo emendamento sarà lo scoglio su cui è destinato a naufragare il presente provvedimento, il che ci preoccupa seriamente. Invitiamo pertanto tutti i colleghi a riflettere sull'opportunità di respingere l'emendamento stesso.

C A S S I N I , *relatore*. Desidero chiarire ai colleghi quale sia il rapporto di impiego esistente tra le casse mutue e gli assistenti e aiuti ospedalieri.

Quasi tutti questi sanitari prestano la loro opera negli ambulatori specialistici dell'I.N.A.M. e di enti similari con un contratto rinnovabile firmato dalle due parti interessate. Si tratta di un contratto implicante la stabilità, tanto è vero che le mutue trattengono sui compensi pattuiti l'importo di ricchezza mobile, nè esse possono licenziare arbitrariamente nessuno di questi specialisti. Se quindi nel disegno di legge parliamo di impiego stabile, ci riferiamo in pratica a questi contratti che consentono ai sanitari di arrotondare con le predette prestazioni ambulatoriali il magro stipendio corrisposto loro dagli ospedali.

Noi siamo già premuti dagli interessi di categoria tutelati dai diversi sindacati; ap-

provando ora questo emendamento, non solo ostacoleremmo il passaggio del disegno di legge alla Camera, ma creeremmo nel Paese un malcontento che potrebbe sfociare in manifestazioni che noi dobbiamo cercare di prevenire. Dobbiamo perciò respingere assolutamente questo emendamento.

S A M E K L O D O V I C I . Vi prego di tenere conto della situazione di particolare difficoltà in cui mi trovo. Caro collega D'Errico, io sono primario fin dal 1935 ed ho conosciuto nel ventennio, e anche dopo, abusi di potere e angherie delle Amministrazioni ospedaliere, nei confronti delle quali, pur facendo sempre scrupolosamente il mio dovere, ho dovuto duramente difendermi. Potrei raccontarvi in proposito una vera odissea! E questo vi dica il mio stato d'animo per le sofferte esperienze. Ma non potrei lecitamente indulgermi.

Prendo nella più seria considerazione quanto è stato detto dal senatore D'Errico e non desidererei certo essere tacciato dai miei colleghi di mancanza di sensibilità collegiale. Mi potete anzi tutti dare atto che, nella precedente seduta in particolare, ho messo in chiara evidenza come l'enorme maggioranza dei medici italiani abbia sempre fatto il proprio dovere.

Però, caro collega D'Errico, qui non c'è nè il primario ospedaliero, nè l'assistente ospedaliero; qui ciascuno di noi è un rappresentante del popolo doverosamente preoccupato degli interessi generali della Nazione. Dobbiamo spogliarci da quelle che sono le nostre preoccupazioni di carattere professionale e di categoria! Io sono amico dei primari e dei medici in genere, *sed magis amica veritas*: come vi sono stati e vi sono degli abusi di amministrazione, non possiamo nasconderci che vi sono state e vi sono anche delle situazioni deprecabili per colpa di medici, delle situazioni non compatibili, non tollerabili, e non solo in tema di diligenza di servizio: sappiamo anche che il licenziamento di un sanitario che non faccia il suo dovere, dopo la stabilità, è praticamente quasi impossibile!

Ora, è vero, attendiamo tutti una legge organica ospedaliera, ma è certo che dobbiamo preoccuparci che con questo disegno di legge non si pongano ostacoli, pregiudizi alla necessità della legge futura; e d'altra parte nulla vieta che si cominci già ora a dare qualche indirizzo che desideriamo che la nuova legge prenda in seria considerazione e rafforzi pel bene comune.

Quali sono gli scopi dell'emendamento proposto dal mio Gruppo? Scopi onesti e che tendono ad assicurare, con la stabilità, anche la massima dedizione del personale sanitario al proprio ospedale. Che poi questo emendamento sia idoneo o meno allo scopo, è tutta un'altra questione, ma la stella polare che ci ha guidati è questa. Non c'è dubbio che il principio sia giusto, e soprattutto lo sia socialmente.

Vi sono però degli ostacoli che non possiamo nascondere: la scarsa retribuzione degli ospedalieri, soprattutto degli assistenti e degli aiuti, i quali, *sic stantibus rebus*, sono portati fatalmente a cercare fuori dell'ospedale fonti di sussistenza e di guadagno. Questo riguarda però soprattutto gli assistenti e gli aiuti e, tra parentesi, io ritengo che l'intervento del Ministero della sanità, per una più equa distribuzione dei compensi, per una migliore e più equa partecipazione agli utili della cosiddetta azienda ospedaliera, sia fundamentalmente giustificato nella sua finalità che lodo; pur dissentendo, onorevole Ministro, sul modo, dovuto forse (lo dico con tutta deferenza) anche alla scarsa conoscenza dell'estrema diversità di situazione da ospedale a ospedale, da mansioni a mansioni in uno stesso ospedale.

Ci sono dunque degli ostacoli. Riassumo:

1) scarsa retribuzione di assistenti e aiuti in genere, che speriamo venga corretta da opportuni provvedimenti. Non dobbiamo guardare soltanto ai grandi ospedali, ma agli ospedali di seconda e terza categoria che costituiscono la maggioranza;

2) deficienza delle attrezzature interne ospedaliere per una adeguata ricezione dei solventi in proprio, cioè di tutta quella categoria di persone che non si contentano

del prestigio e della capacità del primario medico chirurgo, ma vogliono avere comodità e decoro che possiamo definire alberghieri.

Mi auguro che venga presto una legge che disciplini le case di cura, in modo da difendere anche il povero cittadino, onde non si faccia abbagliare talvolta dalla bellezza e perfezione alberghiere di certe case di cura e non le confonda e identifichi con la capacità intrinseca dei curanti, che può essere anche altissima, ma va valutata con altri criteri.

Questi sono i grandi ostacoli che si frappongono ad un'accettazione *sic et simpliciter* dell'emendamento aggiuntivo proposto.

È dunque vero che gli ospedali sono in gran parte in condizioni di arretratezza, però, senatore Ferroni, le debbo raccontare un episodio. Io sono andato alcuni anni a Iesolo per le sabbie ed ho sempre sentito dire dagli abitanti e dai maggiorenni di quella meravigliosa spiaggia che Iesolo non si attrezzava perchè Venezia temeva la concorrenza di Iesolo, e non lo permetteva.

L'arretratezza di Iesolo veniva attribuita a Venezia!

Non è il caso di generalizzare, ma può darsi che qualche volta la mancanza di ospedali, la deficienza delle attrezzature, l'arretratezza di certi ospedali, siano la conseguenza di influenze esterne (voi, colleghi della sinistra, direste capitalistiche).

Certe volte, e nel Sud in particolare, gli ospedali non hanno avuto quello slancio che avrebbero dovuto avere, mentre sono pullulate le case di cura.

Possiamo rivolgerci questa domanda: le case di cura sono pullulate perchè gli ospedali erano deficienti, oppure gli ospedali sono rimasti arretrati e scarsi perchè prosperassero le case di cura private?

Sono domande; io non do la risposta. Il problema bisogna prospettarlo nella sua interezza.

L'articolo 2 mira, a mio avviso, a raggiungere ottimi scopi, cioè il potenziamento dell'ospedale, nella sicurezza del massimo servizio, del massimo impegno dei sanitari alla vita ospedaliera; non essendoci però igno

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

ta la inadeguatezza, l'im maturità del momento presente, si è stabilita una clausola: « salvo autorizzazione » che gioca a favore dei medici.

Dopo tutto, se siamo dei regionalisti e combattiamo per l'autonomia delle regioni e dei comuni dovremmo rallegrarci — e quindi voi pure in modo particolare, colleghi della sinistra, dovrete rallegrarvi — di questa confermata autorità delle Amministrazioni, le quali indubbiamente, se oneste, lasceranno libertà professionale all'assistente, all'aiuto, al primario, fino a che non possano trovare nell'ambito ospedaliero, quelle possibilità di vita e di soddisfazione attualmente non raggiunte.

Quindi, in linea generale ritengo, riservandomi naturalmente di consultarmi con il mio Gruppo, che si potrebbe mantenere l'articolo 2-bis.

P I C A R D O . Dichiaro di essere assolutamente contrario all'articolo 2 bis, perchè, se è vero che con questo disegno di legge noi concediamo la stabilità ai sanitari, è altrettanto vero che con l'emendamento in questione chiediamo loro dei sacrifici ingiustificati. Infatti noi non possiamo pretendere che un medico resti tutto il giorno in ospedale con un reparto di 20 posti letto e con una retribuzione di 40.000 lire mensili, inibendogli qualsiasi altra possibilità di lavoro e di guadagno.

È inoltre da tener presente la sempre crescente difficoltà di ricezione dei malati da parte degli ospedali e la loro insufficiente attrezzatura, che, anche nell'interesse degli ammalati stessi, non ci deve portare ad impedire ai medici di esercitare la loro attività anche nelle cliniche private.

Riassumendo, sarei d'avviso di lasciare il testo così com'è; del contenuto dell'emendamento se ne dovrà parlare a tempo e luogo, quando cioè, in sede di riforma generale, accanto ai doveri, noi stabiliremo anche i diritti del personale ospedaliero.

C H I A R I E L L O . Dichiaro di trovarmi completamente d'accordo con il senatore Maccarrone e con il senatore Picardo testè intervenuto. Approviamo dunque il di-

segno di legge nel testo originario, senza introdurre anticipazioni e precisazioni che possono soltanto rendere più difficile la vita degli ospedali. Dobbiamo preoccuparci per il momento di mettere a disposizione degli enti mutualistici e dei loro ambulatori dei medici specializzati, i quali dal canto loro potranno così integrare i loro magri stipendi.

E se è vero che molti di questi posti si ottengono attraverso raccomandazioni, non bisogna neppure dimenticare che esistono anche i concorsi nei quali viene operata una selezione obiettiva dei vari titoli presentati dai candidati.

Ho il massimo rispetto per le Amministrazioni ospedaliere, tuttavia, poichè esse sono composte di uomini soggetti a tutti gli umani difetti, non è bene concedere ad esse una pericolosa discrezionalità nei confronti dell'attività esterna dei sanitari, i quali sono nella massima parte degni della più alta fiducia, sia sotto l'aspetto morale che professionale, come vincitori di un regolare concorso.

Mi preme inoltre far presente al senatore Perrino che non in tutti gli ospedali esiste purtroppo quella invidiabile organizzazione che vanta l'ospedale da lui diretto.

Vi sono alcune località dell'Italia meridionale, come ad esempio Salerno, dove se non vi fossero le cliniche private, mancherebbe qualunque forma assistenziale.

Alla luce di queste considerazioni, sono quindi completamente d'accordo sulla completa soppressione di questo articolo 2-bis.

C R E M I S I N I . Nel confermare quanto ha osservato il senatore Picardo, desidero aggiungere e precisare che siamo contrari all'emendamento per una questione di ordine pratico e per una questione di principio.

Dal punto di vista pratico — e l'argomento è stato largamente trattato da tutti coloro che sono intervenuti nella discussione — ci sembra strano controbilanciare il soddisfacimento di una aspirazione ormai comune a tutti gli ospedalieri con limitazioni e cautele che troverebbero, invece, la loro sede più adatta nella legge di carattere generale.

Come questione di principio, non vediamo perchè si debba da una parte far cadere tanto dall'alto questa concessione della stabilità che, in fin dei conti, ripeto, è quasi un fatto scontato, e dall'altra parte, invece, se ne approfitti per peggiorare ancor più la già critica situazione economica dei medici ospedalieri.

MONNI. È bene chiarire, innanzitutto, che noi ci dobbiamo preoccupare solo di fare una buona legge, che risponda a criteri di interesse generale e non già alle aspettative di singoli settori.

Sono amministratore ospedaliero e ho discusso lungamente di questa materia con i colleghi. Io penso che sia giusto tranquillizzare gli assistenti, gli aiuti, tutti i medici ospedalieri con una legge che dia loro garanzie di stabilità, di giusto compenso, di carriera; ma credo che sia altrettanto giusto preoccuparsi del buon funzionamento degli ospedali, cioè della salute pubblica.

Non dimentichiamo che gli ospedali non sono al servizio dei medici, ma i medici al servizio degli ospedali. Con ciò non è detto però che le Amministrazioni debbano abusare della loro autorità sottoponendo i medici a vessazioni o ingiustizie, tanto più che è interesse delle Amministrazioni stesse potere in qualunque momento disporre di un personale esperto, affiatato, ed anche soddisfatto, perchè, se non c'è la tranquillità, le prestazioni non potranno mai essere complete nè soddisfacenti.

Ora, l'articolo 2-bis ha, secondo me, un suo fondamento ma, naturalmente, deve essere chiaro e preciso. Non si può mantenere quell'aggettivo « stabile », che sembra innocente mentre, invece, finirebbe per distruggere il valore di tutto l'articolo. È assolutamente indispensabile che la famiglia dei medici ospedalieri si renda conto che non la si vuole rinchiudere affatto in ospedale 24 ore al giorno, ma richiamarla soltanto all'osservanza degli orari di servizio regolamentari. Durante le ore stabilite gli ospedalieri devono essere al loro posto; gli ammalati e i parenti degli ammalati debbono avere questa certezza, affinchè non accada quello che ci sta raccontando un collega, che cioè,

essendo venuto a Roma per visitare un parente ricoverato in ospedale, non aveva trovato nè il primario, nè l'aiuto, nè l'assistente. Sono casi possibili, ma che non devono accadere.

Cerchiamo dunque di conciliare la possibilità di lavoro esterno, soprattutto quello prestato negli ambulatori mutualistici, con gli orari di servizio in ospedale. Questo è possibile, mentre non lo sarebbe altrettanto conciliare il fatto che un primario chirurgo apra una propria casa di cura in contrasto con gli interessi dell'ospedale!

Penso, pertanto, che l'articolo 2-bis debba essere approvato senza alcuna variazione. Sarei disposto soltanto, d'accordo con il senatore Samek Lodovici, ad aggiungere che è ammessa la libera consulenza ambulatoriale presso le mutue, salvo sempre il rispetto della ore e delle esigenze di servizio dell'ospedale.

PRESIDENTE. Se la Commissione è d'accordo, propongo di sospendere la seduta per procedere ad un breve scambio di idee.

(La seduta, sospesa alle ore 18,45, è ripresa alle ore 19).

PRESIDENTE. Dopo una discussione in sede privata, che ha consentito una maggiore chiarificazione delle idee, il senatore Monni, affiancato dai senatori del Gruppo democristiano, propone di inserire un nuovo articolo sostitutivo dell'intero articolo 2-bis e del seguente tenore:

« Le disposizioni di cui all'articolo 19 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, sono estese a tutto il personale sanitario ospedaliero. È comunque vietata ogni forma di esercizio professionale esterno in concorrenza con gli interessi degli ospedali oppure con gli orari di servizio stabiliti dalle Amministrazioni ».

Tale emendamento è corredato da otto firme.

D'ERRICO. Mi dichiaro perfettamente d'accordo, coerentemente a quanto avevo già affermato, e cioè che è sempre pos-

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

11ª SEDUTA (14 aprile 1964)

sibile richiamare i medici all'osservanza dei regolamenti interni e dell'orario di servizio dell'ospedale.

O L I V A . Volevo far notare che il contenuto di questo nuovo emendamento ha la stessa finalità dell'articolo 2 *bis*, e cioè il divieto della concorrenza, non inteso come divieto della professione medica in quanto tale, ma solo come esercizio deterioro — oggi purtroppo in atto in molti ospedali — della professione stessa.

S A M E K L O D O V I C I . Ritengo più corretto invece delle parole « con gli interessi degli ospedali » adottare la dizione: « con gli interessi dell'ospedale ».

P R E S I D E N T E . Metto ai voti lo emendamento sostitutivo dell'articolo 2-*bis* testè proposto con la modificazione formale suggerita dal senatore Samek Lodovici.

(È approvato).

Art. 3.

Il personale di cui alla presente legge può essere dispensato dal servizio, prima della scadenza prevista, per constatata invalidità, per provata incapacità professionale, per persistente insufficiente rendimento, per soppressione di posti o per altra causa prevista negli ordinamenti dell'ente ospedaliero.

Ai fini del precedente comma, è considerato di persistente insufficiente rendimento il sanitario che, previamente ammonito, riportati al termine dell'anno nel quale è stato richiamato una qualifica inferiore al « buono ». Al sanitario proposto per la dispensa dal servizio è assegnato un termine per presentare, ove creda, le proprie osservazioni.

Il sanitario può chiedere di essere sentito personalmente dal consiglio di amministrazione.

La dispensa è disposta con deliberazione del consiglio di amministrazione e deve essere motivata.

È fatto in ogni caso salvo il diritto al trattamento di quiescenza e previdenza spettante secondo le disposizioni vigenti.

Quando la dispensa debba avvenire per constatata invalidità, si procede all'accertamento delle condizioni di salute del sanitario mediante visita medica collegiale.

Il sanitario ha diritto di farsi assistere da un medico di propria fiducia.

Ricordo che su questo articolo era stato proposto in sede referente di sostituire la espressione « per provata incapacità professionale » con l'altra « per inadeguata capacità professionale ».

O L I V A . Vorrei si mettesse bene in chiaro questo: intendiamo noi, con questo articolo, dare all'Amministrazione la possibilità di liberarsi di un medico di non più adeguata capacità professionale, oppure vogliamo costringere i malati di questo o quell'ospedale ad essere curati da un medico il quale, per poter essere licenziato, deve essere condannato per provata incapacità professionale? Può anche verificarsi il caso di un medico ospedaliero che, dopo una lunga carriera come assistente e aiuto, diventato già in età avanzata un bravo primario, debba essere dimesso per « provata incapacità » solo perchè cominciano a tremargli le mani. Ma questa non sarebbe « incapacità professionale », ma solo « inadeguata capacità professionale »!

Noi non intendiamo qui prendere le parti nè dell'Amministrazione nè del medico, ma solo tutelare il malato, nei cui confronti non è simpatico che nel disegno di legge si ipotizzi una provata incapacità professionale nei confronti di un medico alle cui cure egli può essere stato affidato e che può avere dietro di sé quaranta o cinquanta anni di carriera.

F E R R O N I . Io mi preoccupo anche qui di tutelare la reputazione professionale di questi aiuti, di questi assistenti, i quali potrebbero essere oggetto di una valutazione inadeguata, o un po' troppo generica o un po' troppo arbitraria.

Non che io sia convinto della bontà della dizione: « provata incapacità professionale », tanto più che mi domandavo come si riesca praticamente a provarla nei confronti

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

11ª SEDUTA (14 aprile 1964)

di un medico che ha magari trent'anni di pratica professionale. D'altro canto, accettando la formula della « inadeguata capacità », si vengono a consentire degli arbitri e degli abusi. Perciò io sono quanto meno perplesso e temo che questo, che sembra un correttivo, non finisca invece per peggiorare la situazione.

Sarei, quindi, del parere di lasciare inalterato il testo primitivo.

M A C C A R R O N E . Vorrei rileggere insieme ai colleghi il testo dell'articolo 3. Le cause previste di risoluzione non sono soltanto la incapacità professionale, del resto ancora ammissibile, ma si allargano fino ad abbracciare rapporti complessi (dai quali non sono sempre estranei grossi interessi) fra l'Amministrazione e i sanitari dipendenti. L'articolo 3 vorrebbe in sostanza tutelare l'Amministrazione e garantire al tempo stesso il medico. Ma se l'Amministrazione da un lato non ha bisogno di garantirsi con questo provvedimento deve essere invece soltanto la legge a tutelare il medico quando si tratti di dispensarlo dal servizio, fissando i criteri oggettivi di valutazione per tale rescissione del rapporto di impiego.

I colleghi mi insegnano infatti che proprio in materia di rapporti di lavoro l'oggettività è uno dei criteri fondamentali da fare rispettare per legge esigendo nei licenziamenti la giusta causa, principio che se vale nei rapporti tra privati, sarebbe un grave errore non applicare anche ai rapporti pubblici.

Io credo che i colleghi, fermando la loro attenzione sul solo requisito della incapacità professionale, non entrino perfettamente nello spirito dell'articolo 3. Quando vi è da tutelare l'interesse dell'Amministrazione nei confronti di maldestri compiuti per incapacità professionale dai suoi dipendenti (nel qual caso può intervenire anche il giudice penale), è giusto che l'Amministrazione disponga di uno strumento di ordine amministrativo per oggettivare la responsabilità fino ad arrivare alla rescissione del rapporto di lavoro.

La dispensa dal servizio però può avvenire anche per invalidità e per insufficiente rendimento, concessione quest'ultima, a mio

giudizio, eccessiva alla discrezionalità, spesso opinabile, dell'Amministrazione, soprattutto se non viene specificato nella legge qual'è l'organo tecnico che deve giudicare. L'insufficiente rendimento professionale infatti si presenta con una gamma di casi estremamente complessa. Se esistesse il Collegio dei primari — che di fatto esiste in diversi ospedali — potrebbe essere questo organo ad emettere un giudizio, ma, allo stato attuale delle cose, questo giudizio viene emesso in forma molto approssimativa. Quindi, per non complicare le cose io sono del parere di adottare il testo primitivo.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo 3 di cui ho già dato lettura.

(È approvato).

Do ora lettura di un articolo aggiuntivo 3-bis proposto, durante l'esame in sede referente, da un gruppo di senatori democristiani.

« A domanda o d'ufficio le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di trasferire ad altro servizio affine gli aiuti e gli assistenti ».

S A M E K L O D O V I C I . Desidero ricordare ai colleghi che da parte del mio Gruppo fu presentato, nella precedente seduta, un articolo 3-bis del seguente tenore: « Le Amministrazioni ospedaliere hanno facoltà di trattenere in servizio fino al compimento del 70° anno di età i sovrintendenti sanitari, i direttori sanitari, i direttori di farmacia ed i primari. Dopo il 65° anno di età le conferme devono essere deliberate di anno in anno ».

Mi permetto di notificare che il mio Gruppo ritirò questo articolo 3-bis in seguito alle chiarificazioni intervenute e alla formale assicurazione del Ministro che nella prossima legge organica verrà senz'altro concessa la permanenza in servizio a questi sanitari fino al 70° anno di età. Prego pertanto il Ministro di voler confermare, sia pure a titolo personale, questa assicurazione.

M A N C I N I , *Ministro della sanità.* Devo dare atto al senatore Samek Lodovici

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

che, in sede referente, l'articolo in questione preventivamente proposto fu ritirato dietro assicurazione da parte governativa che la nuova legge avrebbe portato indistintamente a 70 anni il limite di età per la cessazione dal servizio dei primari, sovrintendenti e direttori.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo aggiuntivo 3-bis.

(È approvato).

NORME TRANSITORIE

Art. 4.

I sovrintendenti sanitari, i direttori sanitari, i direttori di farmacia e i primari, che alla data di entrata in vigore della presente legge occupino un posto di ruolo, sono tratti in servizio fino al compimento del 70° anno di età.

I sanitari di cui al precedente comma, che siano scaduti per superamento del 65° anno di età e siano stati tratti in servizio a norma della legge 23 ottobre 1962, n. 1552, e successive proroghe, sono ricollocati nella posizione di ruolo già da essi occupata e tratti in servizio fino al compimento del 70° anno di età.

(È approvato).

Art. 5.

Gli aiuti, gli assistenti e le ostetriche, che abbiano prestato servizio di ruolo presso gli ospedali e che siano rimasti in servizio senza interruzione sino alla data di entrata in vigore della presente legge, sono ricollocati nella posizione di ruolo da essi già occupata.

(È approvato).

Art. 6.

I primari, gli aiuti, gli assistenti e le ostetriche, che, all'entrata in vigore della presente legge, prestino servizio non di ruolo e

che abbiano conseguito l'idoneità per il posto che occupano in un pubblico concorso per titoli ed esami negli ospedali presso i quali prestano servizio o in altri di pari o superiore categoria, sono nominati in ruolo, nei limiti delle disponibilità degli organici, dopo aver superato un concorso loro riservato da svolgersi, entro un anno, a norma del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 e successive modificazioni.

Il periodo di servizio richiesto per l'ammissione al concorso riservato di cui al comma precedente deve essere per i primari di almeno cinque anni, per gli aiuti di almeno tre anni, per gli assistenti e le ostetriche di almeno due anni.

A questo articolo è stato presentato dal senatore Di Grazia un emendamento tendente a sopprimere nel primo comma le parole « e che abbiano conseguito l'idoneità per il posto che occupano in un pubblico concorso per titoli ed esami negli ospedali presso i quali prestano servizio o in altri di pari o superiore categoria » .

È stato inoltre presentato dal senatore Maccarrone un altro emendamento tendente ad aggiungere, dopo il primo, un altro comma del seguente tenore « Entro un anno e prima di bandire i concorsi interni di cui al comma precedente le Amministrazioni ospedaliere devono adeguare gli organici all'effettiva necessità dell'assistenza » .

D I G R A Z I A . Come è noto, l'articolo 6 del presente disegno di legge si propone di risolvere alcune situazioni irregolari che sussistono in molti ospedali. Io mi rivolgo ora ai colleghi pregandoli di avere una certa comprensione nei confronti di alcuni problemi assai gravi che sorgerebbero subito dopo l'approvazione del provvedimento in esame, soprattutto a causa dell'attuale formulazione dell'articolo 6.

Quanto disposto da tale articolo, infatti, dovrebbe rappresentare una specie di sanatoria generale di molte situazioni individuali o di categorie di sanitari ospedalieri, ma in effetti non lo è, in quanto, prevedendo, tra i requisiti necessari per partecipare al concorso riservato, il precedente conseguì-

mento dell'idoneità in un pubblico concorso, molti medici, che non hanno avuto la possibilità di sostenere concorsi e di conseguire tale idoneità nella propria regione (come si è verificato ad esempio in Sicilia, dove da dieci anni circa non è stato più bandito un concorso) e che d'altra parte non potevano immaginare che in futuro sarebbe stata approvata una legge di questo genere, si verranno a trovare in una condizione di inferiorità nei confronti di coloro che hanno avuto questa possibilità e, diciamo pure, questa fortuna!

Ho ritenuto, quindi, di dover proporre un emendamento tendente a sopprimere appunto l'inciso relativo all'idoneità al fine di consentire anche a questi medici ospedalieri di adire al concorso interno loro riservato, il quale ovviamente non dovrà ridursi ad una pura formalità, ma accertare effettivamente la capacità dei singoli concorrenti.

Ritengo, inoltre, che non vi sia alcuna necessità di un allargamento degli organici dal momento che ogni medico concorrerà per il posto che già occupa.

M O N N I . Il fatto che nell'articolo 6 si consenta ai primari, agli aiuti, agli assistenti ed alle ostetriche che si trovano in quelle particolari condizioni di partecipare ad un concorso loro riservato è subordinato esclusivamente alla premessa che costoro abbiano conseguito l'idoneità per il posto che occupano in un pubblico concorso per titoli ed esami negli ospedali presso i quali prestano servizio o in altri di pari o superiore categoria.

Anche ammesso, quindi, che vi siano ospedali dove da tempo non sono stati banditi concorsi, l'idoneità potrà esser stata ugualmente conseguita dagli interessati in altri ospedali di pari o superiore categoria.

Senza questa condizione l'articolo non avrebbe evidentemente ragione d'essere, anzi sancirebbe un arbitrio e un abuso! Per questo motivo mi dichiaro favorevole al mantenimento dell'articolo 6 nel testo pervenuti dall'altro ramo del Parlamento.

D ' E R R I C O . A mio parere, la sanatoria interna può essere ammessa soltanto

mantenendo il requisito dell'idoneità; in caso contrario, infatti, sarebbe lesiva dell'attività sanitaria.

Ritengo quindi anch'io opportuno mantenere l'articolo 6 nel testo attuale. Se poi si dovesse eliminare il requisito dell'idoneità conseguita in un pubblico concorso, sarebbe necessario, a mio avviso, rivedere tutta l'impostazione del concorso interno, poiché altrimenti non vi sarebbe un solo bocciato!

Z O N C A . Sono io pure del parere che il principio dell'idoneità conseguita in un pubblico concorso debba essere assolutamente mantenuto al fine di evitare una ingiusta discriminazione nei confronti di coloro che parteciperanno ai concorsi riservati avendo conseguita l'idoneità stessa.

Ritengo, quindi, che l'articolo 6 non debba essere modificato.

O L I V A . Mi associo senz'altro allo emendamento presentato dal senatore Macarrone: ritengo, però, che tutta la questione imponga una certa meditazione.

A mio avviso, infatti, se si mantiene il requisito dell'idoneità conseguita in un pubblico concorso — cosa questa che io ritengo non essenziale — sorge un obbligo morale da parte delle amministrazioni ospedaliere di adeguare gli organici alle effettive esigenze dell'assistenza prima dell'espletamento dei concorsi interni in modo di poter stabilizzare tutti gli idonei; se, invece, si elimina il principio dell'idoneità e contemporaneamente si allargano gli organici a tutto il personale non di ruolo che riuscirà a superare i concorsi, c'è da prevedere un lungo periodo in cui gli ospedali disporranno di sanitari non eccessivamente qualificati. È necessario in tal caso dare una certa serietà a questo concorso riservato, affinché effettivamente attraverso di esso vengano acquisiti i migliori e scartati i meno validi elementi, aprendo anche le porte a coloro che nel frattempo sono usciti dalle Università e si affacciano con pieno diritto alla vita ospedaliera. Resta però, a mio avviso, necessario che prima di tutto si adeguino gli organici.

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

P E R R I N O . A mio parere l'articolo 6 non può che rimanere nel testo pervenutoci dalla Camera dei deputati per le stesse ragioni poc'anzi esposte dal senatore Monni.

E necessario tener presente, però, che anche ammettendo soltanto gli idonei a partecipare ad un concorso interno, cioè ad un concorso di importanza limitata, si viene a intaccare in un certo senso un principio che si è sempre seguito in questo campo, quello cioè che i sanitari non possono essere immessi nel loro posto se non attraverso un pubblico concorso.

L'articolo 6, comunque, rappresenta una sanatoria con la quale si cerca di risolvere tutte quelle situazioni irregolari che si riscontrano in molti ospedali. Tuttavia, ad evitare che per il futuro simili situazioni abbiano a ripetersi e per conferire una certa serietà a tutto il settore, io ritengo che sia necessario sancire l'obbligo da parte delle amministrazioni di bandire il concorso interno entro un certo numero di mesi dal momento in cui si renda vacante qualche posto.

P R E S I D E N T E . Questo è già previsto; nel primo comma, infatti, è detto « entro un anno ».

P E R R I N O . Io ridurrei ulteriormente tale periodo.

D ' E R R I C O . Dal momento che si tratta di un concorso interno, al fine di snellirne la procedura, io non vedrei male — per l'esperienza che ho delle lungaggini che comporta l'espletamento di un concorso — che in questa sede precisissimo, fermo restando il principio dell'idoneità, che la Commissione d'esame può essere nominata nell'ambito dell'ospedale stesso o di altri ospedali della provincia.

C A S S I N I , *relatore*. Sono favorevole al mantenimento del concetto della idoneità e del concorso interno. Peraltro vi è una constatazione da fare e che finora è stata trascurata. Il testo dell'articolo recita: « I primari, gli aiuti, gli assistenti e le ostetrichi che prestino servizio non di ruolo e che

abbiano conseguito l'idoneità per il posto che occupano... ». Poniamo il caso che vi siano persone che hanno conseguito l'idoneità come aiuti e che occupino un posto di assistente o viceversa: con la norma che stiamo per approvare essi non potrebbero venire stabilizzati. Ecco perchè, a mio avviso, sono da sopprimere le parole « per il posto che occupano ». Nel caso in cui la Commissione fosse d'accordo, propongo che si aggiungano le parole « anche se il posto occupato non è quello per il quale è stata conseguita l'idoneità ». Si evita così che un medico, il quale abbia, ad esempio, conseguita l'idoneità ad aiuto ed occupi il posto di assistente, venga escluso anche dal concorso interno per assistente.

S A M E K L O D O V I C I . A me sembra che non siano state ben precisate le finalità dell'articolo in esame. Si tratta di permettere ad un certo numero di ospedalieri, attraverso un concorso interno, quindi un concorso di limitata importanza, di occupare stabilmente il posto che già occupano di fatto. Questa eccezionale agevolazione viene loro concessa solo in quanto essi abbiano conseguito, per quel determinato posto a cui concorrono — di assistente, di aiuto o di primario — la relativa idoneità, non importa se in un ospedale pari o di diversa categoria.

P R E S I D E N T E . Mi pare sia chiaro.

D ' E R R I C O . Per eliminare ogni eventuale perplessità si potrebbero lasciare solo le parole « l'idoneità per il posto », eliminando le altre: « che occupano ».

P R E S I D E N T E . Per una maggiore speditezza della discussione, sarei dell'avviso di procedere anzitutto alla votazione dell'emendamento proposto dal senatore Di Grazia, tendente a sopprimere le parole iniziali: « I primari, gli aiuti, gli assistenti e le ostetrichi, che, all'entrata in vigore della presente legge, prestino servizio non di ruolo e che abbiano conseguito l'idoneità per il posto che occupano in un pubblico concorso per titoli ed esami negli ospedali presso i

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

quali prestano servizio o in altri di pari o superiore categoria ».

M A N C I N I , *Ministro della sanità*. Il Governo si rimette alla Commissione.

D I G R A Z I A . Mi permetto di far notare agli onorevoli colleghi che, se invece di medici, si fosse trattato di un'altra categoria di lavoratori, di salariati e simili, non si sarebbe aperta una così lunga discussione su quelle che, in definitiva, non sono altro che norme transitorie; ma ognuno sarebbe stato stabilizzato, magari con qualche accorgimento o cautela, nel posto che occupa. Solo per i medici dunque sorgono continui ostacoli e difficoltà?

C H I A R I E L L O . Sono state avanzate grosse perplessità mentre non si tratta, a mio avviso, se non di dettagli trascurabili. Ritengo perciò che l'articolo possa essere approvato nel testo in esame. Non dimentichi che si tratta di una categoria di sanitari la quale ha superato vari concorsi e conseguito la relativa idoneità. Nel mio ospedale, per esempio, su dieci sanitari ve ne sono almeno 7 od 8 che hanno conseguito l'idoneità, essendosi spostati in tutta Italia per sostenere concorsi e acquisire i relativi titoli. E quei pochi, 2, 3 al massimo, che non si sono mai presentati ad alcun concorso, e che pertanto non sono in possesso dell'idoneità, sono medici che, probabilmente, non intendono correre l'alea di queste prove non avendo la sufficiente preparazione e che hanno ottenuto il posto che occupano attraverso raccomandazioni.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento soppressivo proposto dal senatore Di Grazia, di cui ho già dato lettura.

(*Non è approvato*).

Vi è ora un emendamento proposto dal senatore D'Errico secondo il quale, dopo le parole « che abbiano conseguito l'idoneità », le altre seguenti « per il posto che occupano » dovrebbero essere sostituite con « nel ruolo corrispondente ».

O L I V A . Suggestirei di dare al medesimo concetto una diversa formulazione, per esempio: « che abbiano conseguito l'idoneità per il grado e la qualifica corrispondenti al posto che occupano ».

M A C C A R R O N E . A mio avviso andrebbero soppresses le parole « per il posto che occupano ».

M O N N I . Vorrei pregare i colleghi di non apportare alcuna modificazione al testo originario perchè il concetto ivi espresso è chiaro e non vi è possibilità di equivoco. Infatti, quando si dice: « prestino servizio non di ruolo e abbiano conseguito l'idoneità per il posto che occupano », è evidente che ci si riferisce a quel determinato posto di primario, di assistente o di aiuto.

S A M E K L O D O V I C I . A mio sommo parere, adottando la dizione suggerita dal senatore Oliva, correremmo il rischio che un medico, il quale in un pubblico concorso abbia ottenuto l'idoneità per il grado, ad esempio, di aiuto ostetrico e che occupi un posto nel reparto di ostetricia, sia autorizzato a presentarsi al concorso per stabilizzarsi in un reparto diverso; invece, per presentarsi al concorso interno, deve possedere l'idoneità proprio per il posto specifico al quale concorre.

O L I V A . Ritiro la mia proposta.

D ' E R R I C O . Io invece vorrei mantenere l'emendamento da me proposto, per una questione formale. Si faccia il caso di un posto rimasto vacante in un ospedale e che viene affidato ad un sanitario il quale ha conseguito l'idoneità per altra mansione: per quale motivo costui non dovrebbe poter usufruire del concorso interno?

C A S S I N I , *relatore*. Appunto: può darsi il caso già prospettato che un medico, il quale abbia conseguito l'idoneità come aiuto, occupi un posto d'assistente ...

P I G N A T E L L I e verrebbe quindi escluso dal concorso interno.

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

CASSINI, *relatore*. Questo non sarebbe giusto.

FERRONI. Non possiamo prevedere tutti i casi particolari e personali.

OLIVA. Mi rendo conto delle perplessità del relatore; però ritengo che lo spirito informatore del disegno di legge in discussione sia, come ha opportunamente sottolineato il senatore Samek Lodovici, quello di provvedere alla sistemazione dei medici nel ruolo da essi già occupato. È pacifico quindi che un aiuto, il quale sia in possesso della idoneità come assistente, non possa sostenere il concorso per venire stabilizzato nel ruolo di aiuto, perché per tale qualifica non dispone della prescritta idoneità, mentre, per quanto concerne il ruolo di assistente, egli si troverà di fronte al medesimo impedimento, in quanto si tratta di una qualifica per la quale possiede la idoneità, ma non più, oramai, la presenza.

PRESIDENTE. Non per nulla le norme contenute nel disegno di legge in esame sono state definite transitorie.

OLIVA. Ho dichiarato di ritirare l'emendamento da me proposto; però ritengo necessario chiarire che la richiesta idoneità deve essere stata conseguita in un concorso per quel determinato posto. Ecco perché sarebbe opportuno precisare: « che abbiano conseguito l'idoneità per un posto di ruolo corrispondente a quello che occupano ».

MACCARRONE. A me sembra che ogni perplessità debba cadere se si procede nella lettura dell'articolo: più oltre infatti si dice: « negli ospedali presso i quali prestano servizio o in altri di pari o superiore categoria ».

PIGNATELLI. È effettivamente così.

D'ERRICO. Dichiaro di rinunciare all'emendamento da me presentato.

CASSINI, *relatore*. Un'ultima proposta: lasciamo invariato il testo del primo comma, e dove è detto: « dopo aver superato un concorso loro riservato » specifichiamo: « dopo aver superato un concorso riservato alla categoria in cui è stata ottenuta la idoneità ».

SAMEK LODOVICI. Sono favorevole all'approvazione dell'articolo nel testo in esame, con la precisazione che possono essere ammessi al concorso anche medici i quali, eventualmente, dispongano di titoli superiori a quelli richiesti, il che risponde a criteri della più elementare giustizia.

PRESIDENTE. La cosa è implicita.

DI GRAZIA. Dichiaro di astenermi dalla votazione del primo comma.

PRESIDENTE. Metto ai voti il primo comma dell'articolo 6 nel testo di cui ho già dato lettura.

(È approvato).

Dopo il primo comma è stato presentato dal senatore Maccarrone il seguente emendamento aggiuntivo:

« Entro un anno e prima di bandire i concorsi di cui al comma precedente, le amministrazioni ospedaliere debbono adeguare gli organici alle effettive necessità dell'assistenza ».

DI GRAZIA. È una disposizione che non ha nulla a che vedere con lo spirito e la lettera del provvedimento in discussione.

MONNI. Sarei d'accordo con il senatore Maccarrone sullo spirito che anima l'emendamento da lui proposto: porre cioè le amministrazioni degli ospedali in condizioni di funzionare efficacemente e di rispondere alle esigenze dell'assistenza. Tuttavia,

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

stabilire un obbligo come questo senza conoscere le varie situazioni alle quali esso potrebbe applicarsi, mi sembra possa dar vita ad una norma pericolosa e comunque di difficile inserimento in un provvedimento che tratta tutt'altro argomento.

FERRONI. Sono anch'io dello stesso avviso e pertanto prego il senatore Maccarrone di non insistere nella sua proposta.

SAMEK LODOVICI. Io pure condivido questo punto di vista.

MACCARRONE. D'accordo, non insisto e trasformerò l'emendamento in un ordine del giorno.

PRESIDENTE. Resta da esaminare il secondo e ultimo comma, a proposito del quale vi è un emendamento sostitutivo proposto dal Governo, con cui viene ridotto il periodo di servizio richiesto per l'ammissione al concorso riservato. Esso recita così:

« Il periodo di servizio richiesto per la ammissione al concorso riservato di cui al comma precedente deve essere per i primari di almeno tre anni, per gli aiuti di almeno due anni, per gli assistenti e le ostetriche di almeno un anno ».

Lo metto ai voti.

(E approvato).

Vi è ora un ultimo emendamento aggiuntivo, proposto dal senatore Di Grazia come articolo 6-bis del seguente tenore:

« Gli assistenti incaricati, che siano stati promossi aiuti incaricati con deliberazione dell'Amministrazione ospedaliera, possono partecipare al concorso interno per aiuti in quanto la promozione al grado superiore deve considerarsi come idoneità.

Gli assistenti incaricati che hanno prestato servizio per oltre dieci anni con qualsiasi mansione comunque retribuita, hanno diritto, anche se superato il limite di età, a partecipare ai concorsi che saranno banditi

nei vari ospedali, entro due anni dall'approvazione della presente legge ».

DI GRAZIA. Ritengo che questo mio articolo aggiuntivo non abbia bisogno di alcuna illustrazione.

Con esso desidero semplicemente venire incontro alle particolari situazioni di disagio in cui si verranno a trovare molti medici ospedalieri in seguito all'approvazione del presente provvedimento.

Lo raccomando, pertanto, alla considerazione degli onorevoli colleghi.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo aggiuntivo 6-bis presentato dal senatore Di Grazia.

(Non è approvato).

Informo la Commissione che è stato presentato dal senatore Maccarrone ed altri il seguente ordine del giorno:

« La 11^a Commissione del Senato fa voti affinché, prima dell'espletamento dei corsi interni di cui all'articolo 6 del disegno di legge n. 458, ed al massimo entro un anno, le amministrazioni ospedaliere adeguino gli organici all'effettiva necessità dell'assistenza ».

Poichè nessuno domanda di parlare, lo metto ai voti.

(E approvato).

È stato inoltre presentato dal senatore Picardo il seguente ordine del giorno:

« L'11^a Commissione igiene e sanità del Senato, considerato che con l'approvazione della legge n. 458 viene regolato lo stato giuridico di parte del personale sanitario degli ospedali (primari, aiuti, assistenti), lasciando insoluto la sistemazione di una notevole quantità di medici interim, incaricati, specialisti, che hanno lodevolmente e con spirito di sacrificio prestato la loro opera, impegna il Ministro della sanità, affinché, in attesa dell'elaborazione e relativa approvazione della legge generale sugli ospedali, dia

11^a COMMISSIONE (Igiene e Sanità)11^a SEDUTA (14 aprile 1964)

disposizione ai medici provinciali ed alle Amministrazioni ospedaliere di mantenere in servizio i sanitari, comunque assunti e denominati, purchè non abbiano superato il 65° anno di età ».

Poichè nessuno domanda di parlare, lo metto ai voti.

(È approvato).

Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

(È approvato).

La seduta termina alle ore 21,15.

Dott. MARIO CARONI

Direttore gen. dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari