

SENATO DELLA REPUBBLICA

XI COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

RIUNIONE DEL 5 FEBBRAIO 1953

(46ª in sede deliberante)

Presidenza del Vice Presidente DE BOSIO

INDICE

Proposta di legge:

(Seguito della discussione e ritiro)

« Modificazioni all'istituto della condotta medica e nuova sistemazione giuridica ed economica dei medici condotti residenziali » (N. 2502)
(D'iniziativa del senatore Caso ed altri):

PRESIDENTE	Pag. 373, 376, 378, 379
CASO	374, 378
CARELLI	376, 378
SILVESTRINI	377
BOCCASSI, <i>relatore</i>	377
RANALDI	378
CORTESE	378
MIGLIORI, <i>Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica</i>	378

La riunione ha inizio alle ore 10.

Sono presenti i senatori: Alberti Giuseppe, Benedetti Luigi, Boccassi, Cermenati, Cortese, Damaggio, De Bosio, Lorenzi, Macrelli, Magli, Nacucchi, Pazzagli, Ranaldi, Samek Lodovici, Santonastaso, Silvestrini, Traina, Zanardi e Zugaro De Matteis.

Intervengono alla riunione, a norma dell'articolo 25 del Regolamento, i senatori Caso e Carelli.

È altresì presente l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, onorevole Migliori.

MAGLI, *Segretario*, dà lettura del processo verbale della riunione precedente, che è approvato.

Seguito della discussione e ritiro della proposta di legge d'iniziativa del senatore Caso ed altri: « Modificazioni all'istituto della condotta medica e nuova sistemazione giuridica ed economica dei medici condotti residenziali » (N. 2502).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno recà il seguito della discussione della proposta di legge di iniziativa del senatore Caso ed altri: « Modificazioni all'istituto della condotta medica e nuova sistemazione giuridica ed economica dei medici condotti residenziali ».

Ricordo che nella riunione di giovedì scorso la Commissione, pur dando atto della nobile iniziativa degli onorevoli proponenti per la soluzione di questo importante problema, apparve orientata verso la reiezione della proposta stessa; ed a questo punto di vista aderì anche l'onorevole Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica. Tuttavia si ritenne giusto ed opportuno rinviare il seguito della discussione alla riunione odierna al fine di consentire che gli onorevoli proponenti, assenti nel corso dell'ultima riunione, potessero esprimere in questa sede il loro avviso.

Ciò premesso, ha facoltà di parlare il senatore Caso, primo proponente della proposta di legge in esame.

CASO. Debbo innanzitutto mettere la Commissione al corrente dei motivi che hanno spinto i proponenti a presentare questa proposta di legge.

Il medico condotto fa parte della medicina di prima linea ed il tentativo di assistenza ai sofferenti, fatto circa sett'anni or sono, è stato consolidato fino ai giorni nostri dalla capacità e dall'abnegazione dei medici condotti. Prima la condotta medica fu condotta piena e, successivamente, per i soli poveri: servì, comunque, a mettere in evidenza il medico di famiglia, cioè il medico che, attraverso prove del suo valore, veniva chiamato come consigliere aulico oltre che tecnico della famiglia stessa. Attraverso decenni il medico condotto ha dimostrato quanta ampiezza sociale avesse la sua funzione, quasi senza che ci se ne avvedesse, giacchè le tappe della medicina sono state gradualmente insensibili nel passaggio da un'epoca ad un'altra; solo oggi, nel contrasto di certe situazioni sociali, emerge in pieno la nobiltà e l'elevatezza della missione dei medici condotti, volta al sollievo dell'umanità sofferente. Oggi si è passati dal concetto della beneficenza a quello dell'assistenza quale dovere sociale, in altri termini si è sostituita alla liberalità del rapporto fra medico e cliente bisognoso, l'obbligatorietà della visita e delle cure, in seguito a che balza evidente la nuova funzione del medico o con l'intermediario dello Stato o di enti che esercitano, per legge, l'assistenza mutualistica. Inoltre bisogna tener conto dei progressi incalzanti della scienza e delle aumentate esigenze del pubblico, per comprendere quale vastità di compiti debbano oggi essere affidati ai medici, che non sono più, naturalmente, chiamati a risolvere una diagnosi e ad applicare una cura a singoli individui, ma a riguardare il problema delle malattie riflesso nella famiglia, negli ambienti di lavoro e nei rapporti con la comunità sociale. Che cosa è successo da dieci anni a questa parte con i tentativi di assistenza nelle aziende e poi, man mano, presso le varie categorie e classi sociali? È accaduto che l'impulso, del tutto spontaneo, da parte dei cittadini bisognosi, di associarsi per procurarsi mutualisticamente il minimo indispensabile in caso di malattia si è esteso sempre più e, quando il risultato si è dimostrato benefico, sono intervenuti o lo Stato o

enti di diritto pubblico a garantire le prestazioni nell'interesse delle collettività più bisognose, lasciando, naturalmente, ai soli cittadini forniti di reddito cospicuo la possibilità e la responsabilità dell'assistenza individuale contro le malattie.

Dai primi tentativi mutualistici si è passati oggi ad un volume di assistenza che riguarda 18 milioni di individui attivi, compresi in essi i familiari. Naturalmente, conseguenza di questi avvenimenti è stata la trasformazione potenziale della condotta medica che, nello svolgere il compito di assistere i poveri, cioè i bisognosi di allora, si è trovata di fronte al pieno vigore di tutte le leggi attuali sulla tutela degli operai, sia durante il lavoro che durante la disoccupazione involontaria, sia in rapporto con le malattie comuni che con quelle professionali e con gli infortuni sul lavoro, cioè con un improvviso e nuovo orientamento della medicina assicurativa.

Io mi sono particolarmente occupato di questa materia come studioso di medicina del lavoro e di legislazione sociale ed ho tratto la convinzione che la condotta medica è un istituto fondamentale della struttura sanitaria dello Stato e come tale deve rimanere, ma adattato a quella profonda trasformazione della vita sociale che sarebbe grave errore ignorare.

Pertanto abbiamo il dovere di essere aggiornati e dare, a tempo opportuno, una configurazione giuridica alla condotta medica che sia consona ai tempi che viviamo, mentre i medici condotti saranno pronti a dare agli altri medici coi quali si collegano in cordialità di rapporti e, soprattutto, al pubblico, la certezza che essi ammettono per primi una solidarietà sociale che, superando concetti individualistici, alimenterà tutte le sue azioni per garantire non solo il lato economico del problema, ma soprattutto quello di sapere inquadrare la tradizionale potenza ed efficacia della medicina nella profonda e sentita solidarietà sociale.

Quello che più deve interessare e che fa parte integrante del tema che sto trattando, sia pure sommariamente, è il vedere quali sono gli aspetti sociali legati alla figura e alla funzione del medico condotto che devono essere riconosciuti, per inquadrarli, al posto conve-

mente, nella struttura della nuova politica sanitaria del nostro Paese.

Da chi dipendono attualmente i medici condotti nell'esplicazione della loro alta funzione sociale? Oggi sono dei dipendenti degli enti locali in base ad un determinato capitolato di lavoro, ma svolgono un insieme di funzioni di interesse pubblico senza avere un vero e proprio *status*. Essi non hanno infatti diritto a promozioni e l'anzianità di servizio non ha valore quando partecipano ai nuovi concorsi, dovendo, in caso di vittoria, iniziare daccapo il loro lavoro alle dipendenze del nuovo Ente locale prescelto o assegnato. In sostanza, quelle che oggi affiorano sono tante piccole deficienze che, riunite insieme, sminuiscono l'importanza della carriera e rendono alquanto evanescente la figura del medico condotto.

Questo succede oggi e noi realisticamente ne dobbiamo prendere atto per porvi rimedio, nel senso relativo o assoluto della parola, cioè trasformando e consolidando la condotta medica alla luce dei tempi oppure eliminandola e sostituendola con la condotta medica sociale o mutualistica che dir si voglia.

Noi siamo per la conservazione dell'istituto della condotta medica al quale devono essere con precisione assegnati i compiti sociali. I rapporti di merito e di fiducia, che sono basilari per l'esercizio delle professioni sanitarie, non sono più oggi il risultato esclusivo della domanda e dell'offerta del lavoro, ma sono il riflesso di un duplice e reciproco dovere di concedere e somministrare l'assistenza e consapevolmente e beneficamente usufruirne.

Teniamo conto, inoltre, che in Italia vi sono circa ottomila Comuni rurali e grosse frazioni (come se fossero queste altrettanti Comuni) e anche in base a questa distribuzione ci convinceremo che il medico condotto è indispensabile nell'esercizio della sua funzione rapportata alla densità della popolazione, ma non con l'intenzione certamente di creare la condotta piena.

Io penso che il medico condotto diventi medico sociale anche in rapporto ad un determinato numero di abitanti presso i quali sia il coordinatore di tutti i servizi sanitari che riguardino la sua zona non in senso esclusivistico ma per la tutela ed il controllo della salute pubblica, che per legge non può essere af-

fidata ad un libero professionista, ma soltanto ad un medico che liberamente ed in seguito a concorso accetti di dedicarsi ad una tale alta funzione sociale e, quindi, statale.

Il medico condotto non sarà più il medico dei poveri ma il medico degli assistibili in rapporto al bisogno di quella zona e a quella determinata densità di popolazione.

Difatti, a mano a mano che prende vigore il sistema assicurativo-assistenziale-mutualistico, l'elenco dei poveri presso il Comune andrà assottigliandosi e la condotta medica, praticamente, si trasformerà in un istituto fondamentale per l'assistenza sanitaria locale decentrata.

Io sono dell'avviso che, a parte la presenza dei bisognosi, anche la parola povero dovrebbe scomparire dalla nostra abituale classificazione, tanto essa suona condanna per noi stessi.

La figura del medico condotto è dunque una figura complessa se riguardata in rapporto alla struttura assicurativa mutualistica dello Stato, figura che, come tale, va considerata non solo quando il medico tratta i problemi del singolo individuo, ma anche e soprattutto quando, naturalmente, deve occuparsi di quelli che si riflettono sul rendimento del lavoro e sul recupero delle attività momentaneamente compromesse dalle malattie, che sono altrettante invalidità temporanee. Non è il caso, in questa sede, di stabilire dettagli, ma una volta impiantato così l'istituto della condotta medica, si vedrà se esso deve dipendere dallo Stato direttamente oppure dall'ente Regione, quando questo sarà costituito: l'essenziale è di sganciare la condotta medica dal rapporto di dipendenza dalle amministrazioni locali. Crediamo che debba tutto ciò essere stabilito per legge e per questo abbiamo ritenuto, con i senatori Jannelli e Alberti Giuseppe, che la legge stessa debba poggiare sui seguenti cardini basilari:

1) dovere da parte della società di riconoscere nella condotta medica residenziale l'esistenza di una funzione sociale e quindi statale.

La Costituzione della Repubblica, con l'articolo 32, stabilisce appunto che è dovere dello Stato tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività garantendo cure gratuite agli indigenti ed

assicurando perfino l'assistenza sanitaria ai ciechi abbienti per la profilassi contro le malattie infettive e contagiose. Le vaccinazioni obbligatorie sono una riprova che il medico agisce, per legge, nell'interesse della collettività;

2) per questa sua funzione ampiamente sociale il medico condotto non può essere più localizzato ma deve avere, o nell'ambito della Regione o dello Stato, tutte le garanzie di legge e svolgere la sua attività tecnica in rapporto di dipendenza dal Ministero dell'interno e dall'Alto Commissariato dell'igiene e sanità in attesa che sia approvato il disegno di legge n. 2087 sulla costituzione del Ministero dell'igiene e dell'assistenza, proposto dall'onorevole senatore professor Silvestrini e controfirmato da 104 senatori, in essi compresi tutti i componenti del Gruppo medico senatoriale.

Il problema risulta dunque maturo, soprattutto perchè sono mature le condizioni locali e generali di reciproca comprensione fra i vari fattori che contribuiscono al mantenimento della salute pubblica. Noi crediamo fermamente nella sistemazione giuridica ed economica della condotta medica, in base ad una nuova apposita legge che sancisca il coordinamento di tutti i servizi sanitari nell'ambito di una nuova politica sanitaria che è necessario promuovere in Italia facendo leva sull'istituto della condotta medica e sui grandi istituti assistenziali e mutualistici e sulla riforma degli ospedali e degli enti post-ospedalieri (convalescenziari, colonie, centri di rieducazione al lavoro, centri di cure termali).

Per completare il quadro dell'assistenza sanitaria decentrata, dovrebbe trovar posto, accanto al medico condotto, l'assistente sanitaria visitatrice, il veterinario condotto, l'ostetrica condotta, l'ufficiale sanitario consorziale, l'assistente del lavoro sociale e, nelle zone più vaste, il dirigente del lavoro sociale;

3) il medico condotto residenziale dovrebbe essere parificato al grado IX iniziale dello Stato e aver diritto a promozioni sino al grado VI, con tutti vantaggi concessi ai funzionari dello Stato o delle istituende Regioni.

Il senatore Boccassi, nella sua relazione, accetta il concetto informatore della nostra proposta di legge, ma consiglia di emendarla rinviando il grosso del problema a quando saranno

stabiliti, con più precisione, i compiti delle singole categorie ed enti della sanità nel quadro della più ampia riforma sanitaria, con alla testa l'istituzione del dicastero della Sanità e dell'assistenza sociale. Noi, firmatari della proposta di legge in esame, siamo d'accordo con lui ed è appunto questo lo scopo che volevamo raggiungere, cioè incominciare a mettere un po' d'ordine in uno dei fondamentali pilastri della struttura sanitaria italiana, la condotta medica.

Ma siccome i medici condotti, in sede di Congresso nazionale a Taormina (ottobre 1952), sono stati contrari a prendere in considerazione la nostra proposta, ritenendola, per ora almeno, non adeguata alle loro aspirazioni, e siccome il Governo ha già pronto un progetto più limitato ma che è ritenuto più soddisfacente, noi non abbiamo alcuna difficoltà a ritirare la proposta stessa, paghi di aver secondato un impulso di solidarietà verso i medici condotti e di aver posta la prima pietra di quella futura ma compiuta sistemazione giuridica ed economica dell'istituto della condotta medica che, assieme agli altri istituti ed enti che esercitano l'assistenza sociale in Italia, dovranno costituire la salda ossatura della nostra ben più ordinata, specifica ed efficiente organizzazione sanitaria, quale è richiesta dalle esigenze di uno Stato moderno.

PRESIDENTE. Credo di interpretare l'opinione di tutta la Commissione nel ringraziare il senatore Caso per il suo ampio intervento con il quale ha ribadito i concetti che già nella precedente riunione il senatore Boccassi, relatore, aveva esposto, che, cioè, il medico condotto diventi, non più e non solo colui che cura le persone malate, ma il medico sociale con funzioni soprattutto umane ed assistenziali.

CARELLI. Prendo occasione da questa nobilissima proposta di legge, per la quale esprimo il mio compiacimento concordando completamente con ciò che ha detto l'onorevole Presidente, per segnalare all'onorevole Migliori, Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, che il problema dei medici condotti non è un problema a se stante; è un problema di attività sanitaria, così come sono attività sanitarie quelle dei farmacisti e dei veterinari. Non bisogna quindi tener conto solo della attività del medico condotto e della attività far-

maceutica ma anche di quella veterinaria. Mi permetto di ricordare all'onorevole Migliori che i veterinari attendono una sistemazione definitiva della loro attività. Noi ci troviamo di fronte al dramma dei farmacisti rurali che aspettano una sistemazione per poter collaborare con i medici condotti alle attività sanitarie del luogo, e al dramma ancora più grande dei veterinari, che si trovano disorientati. Il numero stragrande dei laureati in medicina e in farmacia rende necessario che l'Alto Commissario prenda dei provvedimenti indispensabili per il riordinamento di queste attività sanitarie che, come ha detto il senatore Caso, dovrebbero essere orientate, dalla sistemazione definitiva, non nel senso della statizzazione ma nel senso di dare ad ogni collaboratore di questo settore una sicurezza non solo per il presente ma anche per l'avvenire ed un collocamento definitivo.

Occorre inoltre il coordinamento delle attività assistenziali. Noi conosciamo gli enti che esercitano queste attività, ad esempio l'I.N.A.M. Sarebbe indispensabile inserire l'attività dell'I.N.A.M. nel complesso sanitario di tutta la Nazione organizzando questo istituto in maniera armonica e definitiva.

Vorrei pregare l'Alto Commissario di tener presenti queste mie osservazioni, di riesaminare tutte queste questioni e di facilitare l'esame della proposta di legge di iniziativa del senatore Silvestrini completandola non solo nel quadro di un Ministero della sanità ma di un Ministero della sanità e dell'assistenza.

SILVESTRINI. Ho ascoltato con grande soddisfazione il senatore Caso avendo constatato che l'argomento si è sviluppato sempre più sfociando nella necessità del coordinamento di tutti i servizi che operano nel campo medico assistenziale. È inutile che cerchiamo di approfondire un lato solo del problema senza tener conto degli altri. Ciò è anche dimostrato dal fatto che ormai siamo giunti a parlare di argomenti ai quali sembravamo in un primo tempo completamente estranei, si è parlato cioè di estendere il numero delle malattie dipendenti dal lavoro. È evidente che esiste un forte sfasamento per quanto riguarda gli organi preposti a questo settore dell'assistenza. Accolgo perciò con grande soddisfazione l'esposizione brillante dell'amico senatore Caso e, giacché mi si offre l'occasione di avere qui l'Alto Com-

missario, ne approfitto per ricordargli che negli ultimi giorni dell'anno scorso ho visto pubblicata sui giornali una circolare con la quale venivano ampliate le attribuzioni, le mansioni e il lavoro dell'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, partendo da quel concetto della medicina sociale che noi sosteniamo. Successivamente veniva pubblicata un'altra circolare, del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, con la quale il Ministro nominava una Commissione con l'incarico di occuparsi del coordinamento di tutte le istituzioni igieniche e sanitarie e a capo di questa Commissione metteva l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica. Ciò dà la prova di una grande trascuranza: un Ministro del lavoro che nomina capo della Commissione per unificare tutti i servizi igienici e sanitari l'Alto Commissario! Ma dovrebbe essere l'Alto Commissario a pensare a queste cose senza essere nominato dal Ministro del lavoro.

Comunque, il problema si incardina nella revisione completa, donde nasce la necessità, come ha detto il senatore Caso, di agitare il problema in modo che si possa poi ottenere quello che noi tutti desideriamo.

BOCCASSI, *relatore*. Prima che termini la discussione su questa proposta di legge, permettete che io faccia alcune considerazioni. Anzitutto, sono spiacente di non aver potuto aderire completamente a quanto è detto nella proposta di legge del senatore Caso che ha percorso, sì, i termini, ma che certamente è stata suggerita da una esigenza fondamentale sentita nella nostra Nazione oggi in modo particolare, l'esigenza di avere una assistenza sanitaria adeguata; prova ne sia che oggi alcune categorie, come ad esempio quella dei coltivatori diretti, che si è riunita a Roma, fanno pressioni affinché i progetti di legge presentati nell'altro ramo del Parlamento abbiano attuazione. Sono milioni di persone che reclamano l'assistenza ospedaliera, sanitaria e mutualistica. Si vorrebbe che questa assistenza sanitaria fosse estesa anche all'assistenza domiciliare cioè generica e non solo ospedaliera. Perciò la condotta medica rurale assume una importanza vitale.

Sono spiacente che la proposta di legge in discussione non possa trovare oggi quell'accoglimento che è nel voto, non solo mio, ma dei medici condotti. Tutti abbiamo la sensazione

XI COMMISSIONE (Igiene e sanità)

46ª RIUNIONE (5 febbraio 1953)

che i tempi urgono e che sono necessari un coordinamento ed una riforma.

Detto questo, io mi rivolgo all'Alto Commissario invitandolo a presentare con urgenza quegli emendamenti al testo unico delle leggi sanitarie che riguardano il trattamento economico dei medici condotti, perchè questa è la loro più vitale esigenza. Qui non si fa nessuna considerazione di carattere politico, ma entra solo una antica aspirazione dei medici condotti per poter avere il loro trattamento economico una volta per sempre risolto.

PRESIDENTE. È stato ora presentato dai senatori Cortese, Boccassi e Caso un ordine del giorno così formulato: « L'11ª Commissione del Senato invita l'A.C.I.S. a studiare la sistemazione giuridica ed economica della condotta medica in base ad una nuova apposita legge che sancisca il coordinamento di tutti i servizi sanitari nell'ambito di una nuova politica sanitaria che è necessario promuovere in Italia, facendo leva sull'istituzione della condotta medica e sui grandi istituti assistenziali e mutualistici, sulla riforma degli ospedali e degli enti post-ospedalieri ».

RANALDI. Questo ordine del giorno rappresenta evidentemente un invito alla statizzazione della condotta medica. Io dissento da tale indirizzo per una ragione fondamentale. A parte le ragioni economiche, per le quali è più che giusto che la situazione dei medici condotti sia regolata da disposizioni legislative, noi, adottando quest'indirizzo, ci metteremo in una posizione contrastante con le precise disposizioni costituzionali che decentrano le funzioni sanitarie attribuendole alle Regioni e agli Enti locali.

Inoltre, ci troveremo in opposizione con l'impostazione legislativa attualmente in atto. Io non so se i membri della Commissione abbiano già deliberato questi argomenti nelle riunioni precedenti. In ogni caso, faccio osservare che si tratta di una presa di posizione di eccezionale gravità.

PRESIDENTE. La Commissione ha lungamente discusso nella riunione precedente questo argomento.

CORTESE. L'ordine del giorno da me presentato insieme al senatore Boccassi è un invito a studiare la sistemazione giuridica ed economica della condotta medica, e non altro.

CARELLI. Propongo di aggiungere dopo le parole: « giuridica ed economica » le altre: « e funzionale » perchè dobbiamo insistere sull'attività pratica.

Vorrei anche osservare che il fare leva sulle istituzioni assistenziali coinvolgerebbe anche l'I.N.A.M., il che a me pare eccessivo. Vorrei segnalare all'Alto Commissario l'opportunità di un decentramento di questa attività assistenziale, decentramento che potrebbe prospettarsi consigliabile per tante ragioni; quindi sarebbe forse opportuno che l'ordine del giorno venisse modificato nell'ultima parte rendendolo più generico.

CASO. Vorrei pregare il senatore Cortese di sostituire alla parola « studiare » la parola « promuovere » perchè la fase dello studio è già superata.

MIGLIORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. Ma gli studi fatti debbono ancora arrivare ad una conclusione.

CASO. Con la proposta di legge del senatore Silvestrini, con la relazione fatta dal nostro Presidente senatore Caporali e dal senatore De Bosio, riguardante il Ministero della sanità, mi pare che la fase dello studio sia già superata. Pertanto io proporrei di dire « promuovere » oppure « ad affrettare lo studio ».

MIGLIORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. Innanzitutto, dichiaro di accogliere l'ordine del giorno come una raccomandazione, molto cordialmente, riconoscendo ben inteso che si tratta di un invito a proseguire gli studi, a coordinarli e a dirigerli verso una attuazione per la quale però non si dettano in questo momento al Governo dei principi direttivi invalicabili. La stessa relazione con cui il senatore Caso ha illustrato la decisione di ritirare la sua proposta di legge e che è pregevolissima oltre che per il suo valore tecnico anche per l'ispirazione umana così ampia che la guida, ci ha dimostrato come siamo davanti ad una materia che veramente fermenta mentre la si guarda e che ingigantisce mentre la si considera. Mi sembra però che non si veda chiara la distinzione tra le funzioni del medico condotto e dell'ufficiale sanitario che frequentemente sono associate nella stessa persona ma che restano ugualmente distinte. Questo tranquillizza le preoccupazioni

