

COMMISSIONI RIUNITE INTERNI (I) E LAVORO (XI)

II.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 DICEMBRE 1949

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA I COMMISSIONE **MIGLIORI**

INDICE

	PAG.
Congedi:	
PRESIDENTE	5
Disegno di legge (Discussione):	
Ratifica del decreto legislativo 3 maggio 1948, n. 949, contenente norme transitorie per i concorsi del personale sanitario degli ospedali (228)	5
PRESIDENTE	5, 6, 18
TOZZI CONDIVI	5, 6
LONGHENA, <i>Relatore</i>	5, 6, 8, 15
COTELLESA, <i>Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica</i>	8
DE MARIA	9
PERROTTI	10
CORNIA	12
LETTIERI	13
GENNAI TONIETTI ERISIA	14
EMANUELLI	14, 15
COPPA	16
BIASUTTI	17
LOMBARDI RUGGERO	17

Discussione del disegno di legge: Ratifica del decreto legislativo 3 maggio 1948, n. 949, contenente norme transitorie per i concorsi del personale sanitario degli ospedali. (228).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Ratifica del decreto legislativo 3 maggio 1948, n. 949, contenente norme transitorie per i concorsi del personale sanitario degli ospedali.

TOZZI CONDIVI. Debbo insistere in una protesta che ho elevato più volte in sede legislativa e particolarmente per l'esame di questo provvedimento legislativo. Noi non conosciamo la relazione né la bozza del provvedimento legislativo sul quale dobbiamo discutere: non possiamo arrivare alla discussione senza ignorarle.

Faccio poi una seconda obiezione. È necessario che gli uffici delle Commissioni siano regolarizzati affinché un commissario non sia contemporaneamente impegnato in due Commissioni in sede legislativa, come accade a me stamane. Chiedo perciò formalmente che venga rinviata la discussione di questo disegno di legge.

LONGHENA, *Relatore*. Mi fu detto, a proposito della relazione, che quando i progetti di legge vengono in sede legislativa la relazione non viene stampata; tuttavia pregai che ne fossero tirate delle bozze e distribuite. A me sono pervenute.

Prego il collega Tozzi Condivi a non insistere sulla sua richiesta di rinvio perché io

La seduta comincia alle 9,15.

Interviene l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, Cotellessa.

Congedi.

PRESIDENTE. Comunico che è in congedo il deputato Castellarin.

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

quasi giornalmente ricevo pressioni affinché questo disegno di legge arrivi finalmente in porto. Un rinvio equivarrebbe a rimandarlo al 1950, mentre oggi è opportuno iniziare subito la discussione per arrivare al più presto possibile all'approvazione.

TOZZI CONDIVI. Mi richiamo al verbale della seduta precedente nel quale feci inserire questa richiesta ed ebbi la promessa formale della Presidenza e dell'ufficio di segreteria che con la convocazione sarebbe stata rimessa anche la bozza della relazione.

PRESIDENTE. Onorevole Tozzi Condivi, mi permetta di farle osservare che il decreto legislativo che ci apprestiamo a ratificare fu a suo tempo regolarmente distribuito. Quanto alle sue osservazioni circa il funzionamento delle Commissioni, ella sa che io sono del suo stesso avviso. Ricordo poi che la Commissione ebbe veramente ad esprimere il voto circa la distribuzione della relazione scritta. Gli uffici di Presidenza hanno però avvertito che, trattandosi di seduta in sede legislativa, la relazione doveva essere fatta per regolamento nel corso della seduta della Commissione stessa oralmente.

Mi associo alla preghiera rivolta dal relatore all'onorevole Tozzi Condivi di non insistere nella domanda di sospensione, trattandosi di una legge urgente, la cui approvazione è richiesta quotidianamente dalle direzioni degli ospedali.

TOZZI CONDIVI. Mi scusi, signor Presidente, ma io sono dell'avviso che sia necessario insistere perché dobbiamo uscire una volta per sempre dalla secca nella quale ci troviamo. Troppe volte, infatti, succede che si debbano riscontrare delle deficienze che ostacolano un esame approfondito dei disegni di legge che dobbiamo approvare in sede legislativa. È vero che è stata distribuita a suo tempo una bozza del decreto legislativo, ma ella sa che il disegno stesso è stato discusso dall'XI Commissione, la quale vi ha apportato modifiche in parecchie parti. Inoltre noi non conosciamo gli emendamenti proposti dal relatore. Insisto pertanto nella mia proposta di sospensione.

PRESIDENTE. Metto ai voti la proposta sospensiva dell'onorevole Tozzi Condivi.

(Dopo prova e controprova, non è accolta).

L'onorevole Longhena ha facoltà di svolgere la sua relazione.

LONGHENA, *Relatore*. Non è colpa mia, onorevoli colleghi, se non sono loro pervenute le bozze della mia relazione e del decreto legge che ci apprestiamo a ratificare e

chiedo scusa inoltre, a coloro che le hanno avute, per i numerosi refusi che vi si riscontrano. La colpa non deve essere imputata a me, non avendo io potuto rivederle.

Questo disegno di legge, preparato dall'Alto Commissario per la sanità, porta la data del 3 maggio 1948. Susseguentemente ebbe una sospensiva, perché l'Alto Commissario credette opportuno mandare alle prefetture e agli enti ospedalieri alcune norme per la valutazione dei titoli. Fu poi ripreso, e so che alcuni ospedali hanno provveduto a bandire i concorsi. Ma verso la fine di ottobre l'onorevole Marconi ed altri chiesero alla Camera che questo decreto, che aveva suscitato molte critiche, venisse sospeso, e la Camera approvò. Per nostra ignoranza, non ci premurammo di presentare la legge relativa alla sospensione, per modo che l'attività del decreto continuò. Ce ne accorgemmo in ritardo e fu allora presentato, dai colleghi Tozzi Condivi e Poletto e da me, un articolo in cui si stabiliva la sospensione del decreto stesso, articolo che fu approvato dalla Camera dopo una mia breve relazione.

Naturalmente in me ed in altri era il desiderio che questo decreto potesse finalmente esser varato. Vi prego di tener presente che negli ultimi 14 anni ci furono ben 3 decreti di sospensiva nei concorsi degli ospedali: nel 1935 a seguito della guerra d'Africa, nel 1938 e nel 1940.

Nel 1935, ripeto, la sospensiva fu dovuta alla guerra; nel 1938 fu dovuta al fatto che proprio in quell'anno fu approvato il decreto, conosciuto sotto il nome dell'Alto Commissario di allora, che riguardava tutta la materia degli ospedali ed in esso era contenuta la clausola che i concorsi potevano essere banditi soltanto se i singoli ospedali avessero adeguato i loro regolamenti alla nuova legge. Nel 1940 la nuova sospensiva fu dovuta alle condizioni di eccezione causate dallo stato di guerra esistente in Europa. Le leggi di ripresa dei concorsi sono rispettivamente del 1936, 1939 e 1946, ma quest'ultima esclude i servizi sanitari. È comprensibile che, in queste condizioni, i rappresentanti degli ospedali abbiano insistito a lungo presso l'Alto Commissario affinché presentasse un disegno di legge che riaprisse i concorsi ospedalieri. Il decreto che dobbiamo ratificare è appunto dovuto a queste insistenze e alla necessità di provvedere a normalizzare la situazione degli ospedali.

Fra l'Ordine dei medici e le amministrazioni degli ospedali si sono svolte su questi argomenti delle discussioni che qualche vol-

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

ta hanno assunto toni aspri. Però il tempo ha attenuato i dissidi, per modo che su tre punti è stato possibile raggiungere un accordo ed io, alla luce di esso, ho proposto degli emendamenti che la Commissione dovrà esaminare.

Per toccare i punti più discussi della legge, accennerò agli articoli 10, 13 e all'articolo 4.

L'articolo 10 accenna a quei sanitari (primari, aiuti, assistenti) che in concorsi precedenti, ma posteriormente al 1936, siano stati dichiarati idonei e, assunti in via provvisoria da amministrazioni ospedaliere, si trovino oggi in effettivo servizio: essi possono essere confermati in via definitiva.

Osservo anzitutto che un bando di concorso, che viene dopo numerosi anni in cui non si sono espletati concorsi, non deve avere limitazioni a favore di alcuna categoria. I medici hanno riconosciuto la perfetta bontà del nostro argomento aderendo alla soppressione dell'articolo 10.

Per quanto riguarda l'articolo 13, approviamo il primo e secondo comma in quanto riguardano l'elevazione dei limiti di età. Infatti, essendo stati i concorsi differiti per tanti anni, ci troveremmo di fronte a numerosi concorrenti che non possono partecipare perché hanno superato i limiti di età senza loro colpa. Pertanto bisogna tener conto di queste persone.

Nel terzo comma si dice: « I limiti di età per la permanenza in servizio previsti dal secondo comma dell'articolo 18 del decreto predetto per i sanitari che hanno acquistato la stabilità sono elevati fino al raggiungimento del 70° anno di età ». Noi siamo contrari a questa disposizione. So che qualche collega ha delle ragioni da addurre, per giustificarla; ma queste ragioni sono più di carattere particolare che generale. Noi non possiamo tener conto del vigore di alcuni medici; dobbiamo dettare una disposizione di carattere generale, analogamente a quanto è stabilito per gli impiegati, anche per permettere ai giovani di accedere a questi posti. Quindi noi proponiamo la soppressione del terzo comma: i medici hanno accettato, ma alcuni hanno addotto come giustificazione il fatto che i professori di università possono durare in carica fino al 70° anno. Osservo che i professori di università hanno una figura diversa: accanto alla attività ospedaliera, essi svolgono soprattutto una attività scientifico-didattica che può essere continuata fino al 70° anno. Chi è pratico di cliniche universitarie sa che tutto viene affidato all'aiuto ed il professore si

limita a dirigere, il che naturalmente è bene non avvenga in un ospedale. Bisogna tenere soprattutto presente la disoccupazione veramente notevole ed il fatto — che per me è preoccupante — che tutti questi giovani usciti dall'università dal 1941, costretti a non aver clientela, si sono dati ad una attività che non è affatto lodevole, perché costretti a raccogliere il necessario per vivere; essi si sono dati ad una attività che è antiumanitaria e ad ogni cliente che si reca a farsi visitare non esitano a proporre iniezioni od altro per guadagnare. Dobbiamo consentire a questi giovani, molti dei quali sono assai valenti, di entrare negli ospedali. Abbiamo bisogno di professionisti e il medico ospedaliero che vive a lungo negli ospedali diventa veramente un ottimo libero professionista.

L'articolo 4 è quello che ha maggiormente suscitato controversie. Con il collega De Maria ieri siamo arrivati ad una quasi intesa. Noi teniamo fede al nostro punto, non per un puntiglio, ma semplicemente perché siamo convinti della bontà di quanto proponiamo. L'articolo 4 è diviso in parecchie parti: riguarda i concorsi per direttori sanitari, i concorsi per primari ed aiuti, i concorsi per assistenti; stabilisce inoltre la composizione delle commissioni esaminatrici. Credo che l'amico Cotellessa abbia già su questo punto abbandonato le sue prime cifre, perché è necessario che il numero dei commissari sia ristretto al minimo; per i direttori sanitari è stabilito il numero di 7, per i primari e gli aiuti il numero di 6. Questo numero non è adatto e propongo di abbassarlo a 5, tanto più che la molteplicità dei concorsi dovrà occupare una infinità di primari e di professori universitari e quindi i concorsi non si potranno espletare con la necessaria rapidità. Bisogna tener presente che oggi un commissario di più pesa enormemente sull'ospedale perché questi luminari della scienza non possono venire e dare la loro opera gratuitamente. Il piccolo ospedale, che dovrà espletare un concorso per tre posti, dovrà spendere una somma assai forte e la retta dovrà quindi essere elevata, sollevando in tal modo le proteste dei comuni. Su questa nostra proposta non è sorta alcuna obiezione.

Per il soprintendente sanitario o il direttore sanitario si propone che la commissione sia composta di quattro tecnici e del rappresentante dell'Amministrazione. Nemmeno qui sorgono opposizioni. Ma, quando si parla dei primari, l'articolo 4 stabilisce che l'Amministrazione non deve affatto essere presente e la commissione deve esser composta di tutti

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

medici. Noi chiediamo che l'Amministrazione sia rappresentata dal presidente o da un membro delegato dal consiglio di amministrazione e che quattro siano gli altri membri tecnici scelti dalle organizzazioni stabilite dall'Alto Commissario. Desideriamo che un rappresentante del consiglio di amministrazione sia nella commissione per una ragione di carattere logico. Noi facciamo dei concorsi per tutti i rami, per ingegneri, per ragionieri, per dottori in agraria perché gli ospedali abbracciano tutti questi rami di attività amministrativa: ebbene, non è mai accaduto che da parte del Collegio degli ingegneri o dell'Accademia dei ragionieri o dell'Ordine dei dottori in agraria si sia avanzata la richiesta assurda che la commissione doveva essere composta di cinque ingegneri o di cinque ragionieri o di cinque dottori in agraria. Noi, che sappiamo come il tecnicismo nei concorsi oggi debba avere la prevalenza, ci siamo comportati in maniera che nessun Ordine ha mai protestato. È la prima volta, questa. I medici vengono a dirci: noi non dobbiamo essere giudicati che da medici. Hanno ragione, ma osservo che quando su cinque membri quattro sono tecnici, il giudizio è naturalmente dei tecnici, non è dell'amministrativo. L'amministrativo a nostro avviso deve essere presente perché il concorso è un fatto amministrativo: nessuno lo può negare. Si tratta di stabilire un rapporto di quel determinato lavoro che è il lavoro del medico. Noi desideriamo che vi sia l'amministrativo e le ragioni addotte dai colleghi medici non mi pare siano particolarmente valide. Qualcuno mi disse: finché ci siete voi alla testa degli ospedali, stiamo tranquilli, perché siete delle persone ragionevoli. Io ho ribattuto che il presidente di ospedale, sia anche un bracciante, per me è il signor presidente ed ha tutta l'autorità dinanzi a cui piego la testa. Se è un lazzarone, può esserlo anche se laureato, per cui io non distinguo fra laureati e non laureati. Così pure per me il sindaco è sempre il sindaco e come tale, da qualunque parte venga, ha il mio rispetto.

I colleghi medici dissero allora: per i grandi complessi sanitari possiamo anche ammettere il vostro principio. Respinsi la proposta. Ricordo che qui rappresento non solo l'ospedale di Milano, ma anche il piccolo ospedale di terza categoria il cui presidente domani mi può rimproverare di averlo abbandonato.

Pertanto sosteniamo la presenza nella commissione del rappresentante dell'amministrazione, tanto più che bisogna valutare non sol-

tanto elementi tecnici, ma anche elementi morali che debbono avere il loro peso, sia pure non prevalente. Bisogna che questo lato della questione sia tenuto presente, perché quattro commissari venuti da quattro parti diverse d'Italia possono non disporre degli elementi di giudizio necessari ed occorre che il rappresentante dell'amministrazione intervenga non tanto per influire quanto per fornire quegli elementi.

Bisogna poi considerare una cosa: che fra gli ospedalieri e i clinici non vi è un gran buon sangue.

COTELLESA, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. Ma noi dobbiamo cercare di eliminare questa situazione, anziché peggiorarla.

LONGHENA, *relatore*. Non la peggioriamo, anzi la correggiamo perché quando gli ospedalieri, che sono rappresentati in numero di due, hanno accanto a loro il rappresentante dell'amministrazione, sanno che novantanove volte su cento hanno un loro amico e quindi potranno avere la forza di opporsi, come qualche volta è avvenuto e mi è stato riferito da mille colleghi medici. Pertanto avranno un altro alleato, saranno tre contro due e quindi si potrà realizzare una maggiore giustizia.

Per tutte queste ragioni io sostengo la necessità che non debba essere escluso il rappresentante dell'amministrazione. Io torno, onorevoli colleghi, alla legge del 1938 che, per quanto dichiarata balorda, fu un giorno accettata ed applaudita. Tale legge contiene delle provvidenze che sono veramente utili agli ospedali e che sarebbe bene venissero accolte.

Legate con questo articolo 4 sono le questioni che si riferiscono alle terne. Io personalmente sono favorevole a che il candidato che si classifica primo sia senz'altro assunto; io non capisco perché colui che è riuscito primo e che potrebbe anche notevolmente distanziare gli altri, debba correre il rischio di essere scartato in confronto con gli altri candidati compresi nella terna. Qualche amministrazione e qualche collega insistono molto su questo principio di mantenere alle amministrazioni ospedaliere quel tanto di discrezionalità che il sistema delle terne garantisce loro. Tuttavia stamattina ho ricevuto un telegramma firmato da alcuni sostenitori di questa tesi: essi vi rinunciano purché il progetto di legge sia rapidamente approvato ed io ne sono contento perché in tal modo si elimina uno degli ostacoli che potrebbero prolungare il nostro lavoro.

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

Un'altra questione che ha formato oggetto di lungo dibattito è quella dei concorsi per titoli e per esami. Io mentre sono del parere che i concorsi per i posti minori di assistente e di aiuto debbano essere fatti per titoli e per esame scritto ed orale (si tratta di giovani freschi di studi e non ancora affermati nel campo professionale) non così la penso per i concorsi maggiori di primario. Sono infatti del parere che sottoporre dei professionisti già in età e già notevolmente affermati nella professione a degli esami scritti possa determinare qualche buon elemento ad astenersi dal concorrere. È un mio dubbio personale che mi permetto esprimere e che prego la Camera di tener presente. Tanto più, onorevoli colleghi, che so per certo che in una università italiana furono fatti degli esami che prevedevano anche prove scritte: ebbene, non lo credereste, gli esami hanno avuto il loro esito, sono state fatte le assunzioni, ma i lavori scritti non sono mai stati guardati. È un dato positivo, e non una malignità, che può illuminare sul valore di certi esami scritti. Un'altra considerazione da tener presente a questo proposito è che l'esame dei titoli e l'esame diagnostico possono essere fatti a tavolino con dei precisi criteri e con sufficiente garanzia.

Per quanto riguarda il rappresentante delle amministrazioni nelle commissioni esaminatrici, mi si oppone da alcuni non essere giusto che un profano segua l'esame cui è sottoposto l'allievo al capezzale del malato. La deontologia medica, infatti, vieta che la malattia dell'infermo sia rivelata ad un estraneo. Onorevoli colleghi, mi pare che si tratti di un pretesto più che di una vera ragione. Evidentemente il rappresentante dell'amministrazione avrà un tale senso di responsabilità da sentirsi legato al segreto professionale: non si può fare un torto simile a della gente che a priori non può che essere oggetto della nostra stima.

Concludendo, io prego i colleghi di volere, accettando le più importanti delle correzioni da me esposte, approvare con urgenza questo disegno di ratifica. È un provvedimento atteso da molte migliaia di medici perché non sono meno di duemila concorsi che saranno banditi. Sono molti giovani laureati di fresco e praticamente ancora senza posizione che attendono la nostra parola.

DE MARIA. Io ho avuto un colloquio con l'onorevole Longhena e credevo che, almeno sui punti fondamentali, l'accordo fosse stato raggiunto. Evidentemente, o non ci eravamo

intesi bene o l'accordo necessita ancora di qualche chiarificazione.

Infatti mentre su alcuni punti io mi trovo ancora d'accordo con lui, su altri dobbiamo riprendere le discussioni per trovare un terreno d'intesa.

Prima di entrare nel merito, vorrei anch'io pregare i colleghi di considerare la necessità di una approvazione urgente di questo provvedimento. Da dieci anni (in Sicilia da 18 anni) non si bandiscono concorsi. Non ostante che più volte siano stati pubblicati decreti per indire i concorsi, cause esterne hanno sempre impedito di attuarli. Spero che questa sia la volta buona e spero anche che gli onorevoli colleghi vorranno accogliere la nostra preghiera di usare la massima sollecitudine nel condurre in porto questo disegno di legge di ratifica.

Il gruppo medico interparlamentare per quasi un anno non ha fatto altro che studiare questo decreto legge: uno schema di proposte è stato formulato e noi lo avizzeremo, articolo per articolo, sotto forma di emendamenti. Io mi limiterò a tracciare ora i punti fondamentali di tali emendamenti.

Anzitutto noi abbiamo avuto di mira l'opportunità di allargare la ammissione ai concorsi. La ragione ci pare ovvia: la guerra ha danneggiato parecchi medici che trovandosi ora sprovvisti di titoli, potrebbero essere superati dai colleghi più giovani che in questi ultimi anni hanno potuto preparare un insieme di titoli più abbondanti in vista del concorso. Su questa base noi proporremo dei limiti abbastanza larghi di ammissione ai concorsi: dieci anni di professione per il posto di primario, sei anni per assistente, ecc.

Un altro punto fondamentale del decreto legislativo è quello che riguarda la formazione delle commissioni esaminatrici. L'onorevole Longhena ha accennato, cercando di sottovalutarlo, all'antagonismo che esiste fra la classe dei medici e quella del personale amministrativo. Chi ha passato gran parte della sua vita negli ospedali sa che, sia negli ospedali che nelle cliniche si svolge attività scientifica a diretto contatto con gli infermi, ma sa anche che con la realtà più dolorosa si viene a contatto negli ospedali e non nelle cliniche. Quindi mi pare che il medico che proviene dall'ospedale debba avere titolo di preferenza nel confronto degli altri agli effetti del punteggio.

L'onorevole Longhena ha spezzato una lancia a favore degli esami orali e si è pronunciato, almeno per quanto si riferisce ai posti di primario, contro l'esame scritto. Egli

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

ha mostrato di avere addirittura una prevenzione contro le prove scritte.

Vorrei farvi considerare che poiché siamo in campo ospedaliero e vogliamo avanzare gli ospedali e può darsi che il clinico possa fare maggiore sfoggio di cultura dell'ospedaliero, dobbiamo pur tener conto di un altro fattore, valutando cioè chi meglio sappia cavarsela al letto dell'ammalato senza tutti gli aiuti che si hanno in clinica, dove prima di fare una diagnosi si fanno mille esami di laboratorio. Negli ospedali questi esami non si possono fare: il primario medico si deve intendere di chirurgia e spesso il chirurgo si deve intendere di ostetricia e magari anche di ginecologia. Quindi per vagliare meglio questi candidati, che vogliamo siano i migliori anche nel saper fare le diagnosi, sarebbe sufficiente una prova clinica su due infermi, più una prova orale di cultura generale.

Dovrebbe essere lasciato al criterio discrezionale della commissione, che deciderà prima dell'inizio dell'esame, il richiedere una prova di medicina patologica e una di clinica chirurgica rispettivamente per i primari medici e per i primari chirurghi.

Sulla commissione giudicatrice sono sorti i maggiori dissensi. Sapete già cosa è accaduto. Tutti gli organismi di categoria hanno avanzato le loro richieste e vi è un dissidio tra le proposte dell'uno e quelle dell'altro. Desidero giustificare il punto di vista dei medici. I medici ospedalieri praticamente chiedevano che chi fosse chiamato a giudicare della loro preparazione e della loro cultura, sia in campo tecnico-culturale che scientifico-clinico, avesse il minimo di studio richiesto ad ognuno dei concorrenti. L'esaminatore quindi deve essere in condizioni di poter giudicare. Lasciamo andare la questione di deontologia affacciata dal collega Longhena per cui il malato può pure rifiutarsi di essere esaminato in presenza di altri.

Si dice: voi tenete conto del criterio di preparazione scientifica e non della figura morale. Bisogna riferirsi al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, che contempla l'organizzazione di tutti gli ospedali ed infermerie e stabilisce i criteri di esame per la nomina di tutti i primari, aiuti, ecc. In quel decreto vi è una clausola: l'amministrazione ospedaliera, dopo due anni di prova, può mandar via il primario, l'aiuto, l'assistente, che non si dimostri — a criterio insindacabile dell'amministrazione — degno di rimanere al suo posto. Se domani quel medico non rivelerà adeguate doti morali, l'ammini-

strazione ospedaliera potrà sempre mandarlo via. Questa norma resta in vigore perché con il presente disegno di legge noi modifichiamo una parte del decreto del 1938, ma non lo annulliamo totalmente.

Il dissidio su questo punto mi pare insanabile. I medici chiedono che tutti i componenti della commissione giudicatrice siano medici, pur proponendo che il presidente della commissione sia nominato dall'amministrazione ospedaliera, ma che debba essere un medico. Gli amministratori premono affinché entri nella commissione un membro dell'amministrazione. Data l'inconciliabilità delle vedute, io credo che non si potrà trovare un punto di accordo. Gli ospedalieri dicono: su cinque membri nella commissione per i primari quattro sono medici; un quinto può rappresentare l'amministrazione ospedaliera ma quel quinto diventa il presidente della commissione giudicatrice. Questo è un fattore molto importante.

Al relatore avevo proposto che, accettando che il presidente della commissione sia un membro dell'amministrazione o di fiducia dell'amministrazione, i due primari ospedalieri fossero però nominati in modo particolare per tutelare gli interessi dei medici ospedalieri. Della faccenda del punteggio tratteremo in seguito.

Nel decreto del 1938 ed anche in quello che è consacrato nella tradizione dei concorsi ospedalieri si fanno eccezioni per i grandi istituti ospedalieri che hanno tradizioni ospedaliere ed anche clinico-scientifiche. Si tratta di scuole che spesso hanno gareggiato con le cliniche universitarie: mi riferisco al Pio Istituto di Santo Spirito di Roma ed eventualmente ad altri. Pertanto noi abbiamo formulato un emendamento in base al quale gli ospedali che hanno una media di degenza giornaliera di 2000 letti possono regolarsi secondo un ordinamento proprio. Quest'eccezione, lungi dall'infirmare la regola generale, la conferma. Diamo questa prova di conforto all'opera umanitariamente svolta dai nostri grandi ospedali.

PERROTTI. Sarò breve perché molti argomenti che volevo trattare sono stati già svolti dall'onorevole De Maria.

Per giudicare la portata di questo provvedimento legislativo che dobbiamo ratificare, è necessario riferirsi alla storia di questo decreto e soprattutto alla necessità in cui ci siamo trovati di modificare il provvedimento del 1938 che conteneva delle clausole inerenti agli appartenenti al partito fascista, clausole che ovviamente andavano soppresse.

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

Il decreto che, a suo tempo, l'Alto Commissariato per la sanità aprontò, era ispirato soltanto a portare alcune piccole modifiche al decreto del 1938 per ovviare agli inconvenienti — cui ho accennato — che lo rendevano inattuabile.

Ma in quella sede già si verificò un grave conflitto, che è sempre stato latente in Italia e che sempre si ripresenta, fra clinici e ospedalieri. Perciò la difficoltà più grande consisteva nella composizione della commissione giudicatrice. I clinici volevano una certa prevalenza, mentre dall'altro lato la volevano gli ospedalieri. La discussione fu molto acuta: l'Alto Commissario nominò una commissione di ospedalieri ed una commissione di clinici. Fu buona ventura quando in sede amichevole trovarono il modo di conciliare i propri punti di vista il rappresentante dei clinici, professor Frugoni, e il rappresentante degli ospedalieri, professor Erede. Quel decreto fu il frutto di questo accordo intervenuto fra le due parti.

Il dissidio che si ripresentava non solo circa la commissione giudicatrice, ma anche per alcuni criteri di valutazione del punteggio, si deve ritenere provvisoriamente sopito anche se non del tutto sanato; ma risorgerebbe se le nostre disposizioni non fossero conformi ai punti dell'accordo intervenuto tra clinici e ospedalieri.

Questo è stato uno degli oggetti della discussione che ha svolto la Commissione medica interparlamentare, che ha lavorato a lungo, arrivando all'accordo di cui parlava l'onorevole De Maria.

Poiché il problema degli ospedali in Italia è molto grave per la carenza di queste disposizioni che regolano i concorsi, ho sempre ritenuto che meglio sarebbe stato emanare una disposizione transitoria che, pur contenendo qualche deficienza, venisse incontro alle esigenze degli ospedali d'Italia, avviando a questa situazione che è diventata angosciata. Ed è diventata angosciata per tanti motivi e soprattutto per il fatto che mentre discutiamo, alcuni, preferiti dalla fortuna, vanno formandosi dei titoli che gli altri, meno favoriti, non possono avere. Mentre discutiamo noi favoriamo una categoria di medici che in questo momento si stanno preparando dei titoli per vincere i concorsi.

L'unico criterio che ha guidato sempre l'Alto Commissariato e la commissione dei medici è stato di dare agli ospedali i migliori medici. Quindi le disposizioni che si varranno dovranno essere ispirate a questo concetto. In altra sede ho dovuto rilevare che i

medici, i commissari, i deputati si rendono interpreti delle esigenze di una categoria di cittadini (medici ospedalieri, clinici, assistenti, aiuti), ma molto poco si rendono interpreti della grande esigenza che consiste in ciò: che medici ed assistenti sono al servizio del pubblico, cioè della pubblica salute. Questo criterio deve guidarci a far sì che i migliori medici debbano essere ammessi negli ospedali.

Poiché sono stati elaborati lungamente i criteri che debbono ispirare le disposizioni legislative, debbo dire che quei criteri sono troppo estensivi. Troppi medici vengono ammessi a partecipare ai concorsi per primario; ma in riguardo all'accordo avvenuto non intendo qui sollevare l'argomento e credo che per venire incontro il più rapidamente possibile alle esigenze degli ospedali dobbiamo rispettare quello che è stato l'oggetto dell'accordo.

Si discute soprattutto del concorso per i primari: questo è il punto più dolente e spinoso. Non discuto sul modo di designazione dei cinque membri, tutti medici, componenti la commissione giudicatrice. Quel che ci riguarda oggi è il dissenso che è sorto sull'ingresso di un rappresentante dell'amministrazione non medico nella commissione con la qualifica di presidente. Di questo argomento si è discusso nella Commissione medica interparlamentare, ma quando abbiamo consultato i clinici e gli ospedalieri, cioè i rappresentanti di tutti i medici italiani, questi ci hanno detto: non accetteremo mai un commissario non medico. Su questo punto c'è l'unanimità tanto da parte dei clinici quanto da parte degli ospedalieri.

D'altra parte dobbiamo tener conto di quello che già da parecchi è stato rilevato: cioè che la commissione deve giudicare del valore, della preparazione culturale dei concorrenti al posto di primario: deve cioè valutare la preparazione scientifica, la capacità diagnostica ed anche quello che il candidato ha compiuto in passato nel campo scientifico. Ora viene spontanea la domanda come possa una persona che non esercita la medicina dare un giudizio su questi elementi. Franca-mente è quasi ridicolo, onorevoli colleghi, che si faccia questa discussione.

Si obietta che l'amministrazione ha il diritto di essere garantita in sede di concorso su quelli che debbono essere i futuri medici dell'ospedale. Si dice che non si tratta soltanto di scegliere il più bravo dei candidati dal punto di vista esclusivamente medico, ma, trattandosi di scegliere il primario, si

deve valutare la capacità di reggere un ospedale, che è cosa diversa. Evidentemente si entra in un campo sul quale non si possono dare norme precise, non si può seguire una linea rigida. Per cui la via più giusta da seguire sarebbe quella di ammettere al posto di primario il candidato che risulterà essere il più preparato dal punto di vista scientifico, demandando poi alla amministrazione di giudicare sulle sue capacità direttive nei due anni di prova previsti dal decreto del 1938. In questo modo penso si possano conciliare le giuste esigenze dei medici che vogliono essere giudicati esclusivamente da medici e quelle delle amministrazioni che desiderano essere garantite sul personale degli ospedali.

Prolungare oltre la discussione su questo tema non è giusto come non è giusto insistere oltre da parte delle amministrazioni per avere un loro rappresentante nelle commissioni giudicatrici. Se noi accettassimo la proposta dell'onorevole Longhena, noi apriremmo una piaga particolarmente dolente, noi daremmo di nuovo ai medici l'impressione di essere sottovalutati quando li assoggettassimo al giudizio di un profano; e riapriremmo dissapori che non potrebbero non andare a danno della collettività degli ammalati.

In questo senso, onorevoli colleghi, io non posso non manifestare la mia piena solidarietà verso la classe dei medici.

CORNIA. Premetto che io non ho mai preso parte alle discussioni che si sono svolte intorno a questi concorsi in seno al gruppo medico parlamentare. Senza voler offendere i colleghi, mi era infatti parso che quella non fosse la sede competente per tale discussione. In sostanza, in questi concorsi ospedalieri tre categorie sono interessate: la categoria dei medici, le amministrazioni ospedaliere e la massa del pubblico: sarebbe più esatto dire la massa degli ammalati, ma tutti siamo ammalati in potenza. Soltanto questa Commissione mi sembra la sede adatta per discutere dell'argomento, essendo qui presenti, oltre ad un largo stuolo di medici, vari autorevolissimi rappresentanti delle amministrazioni di ospedali e, soprattutto, molti rappresentanti di quella larga massa del pubblico cui sta veramente a cuore che gli ospedali siano diretti dai migliori professionisti.

Detto questo, io vorrei stabilire alcuni punti sui quali dovremmo essere tutti d'accordo. Premessi tali punti, come pietre angolari della nostra trattazione, potremo costruire su di essi il lavoro di redazione del progetto di legge.

Il primo punto è questo: qual'è lo scopo di questi concorsi ospedalieri? Evidentemente la scelta dei medici migliori, non c'è dubbio. Come si può arrivare a tale scelta? Attraverso varie tappe, la prima delle quali è senza dubbio quella di allargare la massa dei concorrenti sia pure con quel minimo di titoli che un medico deve possedere per presentarsi ad un concorso di così notevole importanza. Io sono del parere che qualunque medico, provenga da un ospedale, da una clinica o anche da una condotta, possa partecipare al concorso, purché posseda: *curriculum vitae*, un passato scientifico ed una preparazione culturale sufficienti per aspirare a quel posto. Seconda tappa: porre i concorrenti nelle identiche condizioni di fronte al concorso. Anche questa mi pare una condizione essenziale; e a questo proposito, debbo dire, in contraddizione dell'onorevole Longhena, che la prova più rispondente a questo scopo è la prova scritta. Mentre nelle prove orali l'esame è più elastico, in quella scritta, essendo unica la domanda ed avendo i candidati possibilità di meditare la trattazione dell'argomento, la valutazione è più obiettiva e più sicura. Non dobbiamo dimenticare, onorevoli colleghi, che fu il fascismo ad introdurre gli esami per titoli o esclusivamente orali. La ragione è più che evidente; tali esami si prestavano magnificamente a favorire i candidati che dal punto di vista politico meritavano di essere favoriti. È facilissimo addomesticare un esame con delle prove orali. Io ricordo che ad un esame appunto per medici, un professore, per trarre in inganno i candidati, si limitava a fare questa domanda: « Delimitazione delle basi polmonari ». Il candidato si avvicinava all'inferno, picchiava, faceva il segno. Poi si alzava il commissario, picchiava a sua volta e sentenziava: « le basi polmonari stanno due dita più sotto », e il candidato era escluso senza possibilità di sindacare la giustezza dell'esclusione. Non così è per le prove scritte, dove unica è la domanda e dove gli elaborati possono essere conservati e compulsati ad ogni momento, anche allo scopo, se occorra, di giudicare l'opera delle commissioni di esame.

Questo per quanto riguarda la organizzazione degli esami. È evidente tuttavia che, anche stabilita una organizzazione perfetta, non sono stati posti tutti gli elementi per eseguire la scelta migliore: infatti non occorre valutare soltanto la preparazione scientifica, ma per fare un buon primario occorre un complesso di altre doti. Vi possono essere,

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

tecipano agli esami, abbiano la possibilità di vincerli, abbiano un minimo di preparazione che li renda degni di aspirare a quell'importantissimo posto.

Evidentemente, in questo modo, si supera quello che è il dissidio fra i medici ospedalieri e quelli delle cliniche, in quanto la legge tiene conto nella stessa misura tanto del servizio prestato nella clinica universitaria quanto di quello prestato presso gli ospedali.

Altra questione importante è quella che riguarda le prove di esame. Noi siamo del parere che le prove debbano essere molteplici e veramente selezionatrici, cioè difficili. Sottoporre i candidati a prove facili significa porre in imbarazzo la commissione esaminatrice. Analogamente noi insistiamo per le prove scritte, le uniche, come giustamente ha detto l'onorevole Cornia, in grado di garantire una certa equanimità nel giudizio e per la identità delle prove per tutti i candidati: cosa che può essere ottenuta appunto con gli esami scritti.

Altra questione fondamentale è quella della composizione delle commissioni giudicatrici. Noi stiamo esaminando un decreto legislativo per ratificarlo: non dobbiamo dimenticare questo particolare, e soprattutto dobbiamo chiederci se il decreto che noi esaminiamo ha dato o meno cattiva prova. L'articolo 4 del decreto legislativo in esame stabilisce in sei il numero dei commissari. Francamente non capisco perché dovremmo ridurli a cinque. Se si fa la questione della disparità, sulla quale potremmo anche esser d'accordo, penso che gli esaminatori potrebbero essere sette anziché cinque. L'onorevole Longhena ha fatto presente la questione della spesa. Siamo d'accordo: un illustre clinico non può prestarsi ad un impegno del genere senza causare all'amministrazione una certa spesa che può essere anche considerevole, ma io sono del parere che valga la pena spendere qualche cosa di più quando si tratta di immettere nel concorso un elemento tale da conferire serietà al concorso stesso e da facilitare lo scopo di effettuare una selezione più accurata. Del resto si tratta di una spesa transitoria e non continuativa.

E passiamo alla questione più dibattuta, quella della presidenza della commissione giudicatrice. Da qualcheduno, fra gli altri dall'onorevole Longhena, si sostiene che la commissione debba essere presieduta dal rappresentante dell'amministrazione. Io esprimo giudizio assolutamente negativo a questo proposito e so di essere d'accordo in questo con tutta la classe dei medici e so che la mia tesi

è confortata dalla pratica precedente. Presso i grandi ospedali di Roma, per esempio presso l'arcispedale di Santo Spirito, funzionavano un tempo vere e proprie cattedre di insegnamento (eravamo allora nel periodo del governo pontificio) nelle quali venivano preparati i futuri medici. Anche in quel periodo le commissioni giudicatrici prescindevano completamente dai rappresentanti dell'amministrazione. Si dice (e questa è l'argomentazione maggiore a sostegno della presenza del rappresentante dell'amministrazione nelle commissioni di esami) che oltre alla valutazione tecnica del candidato, si devono valutare altre doti indispensabili per la scelta. Però fino ad ora tutti hanno parlato di queste doti, ma nessuno ha indicato dei criteri esatti da seguire per tale valutazione. Qualcuno ha parlato di criteri morali, ma io non comprendo come un amministratore di ospedale possa giudicare sulla moralità di un candidato che sostiene l'esame a Roma e che proviene magari dalla Sicilia o dalla Sardegna. Del resto tra i documenti preliminari il candidato deve presentare anche il certificato penale e quello di buona condotta e ciò costituisce già una certa garanzia. Comunque faccio presente che un giudizio preciso non sulle capacità tecniche, ma sul comportamento di questo medico non può pretendersi in sede di concorso. Lo si potrà desumere dal suo servizio ed è per questo che tutta la legislazione ammette il diritto da parte dell'amministrazione di poter estromettere qualsiasi dipendente, sanitario o no, qualora esso abbia dato cattiva prova. Mi riferisco al comma terzo dell'articolo 18 del regio decreto-legge 30 settembre 1938, così formulato: « Tutti i sanitari possono essere dimessi prima dei termini suindicati per constatata inabilità fisica o per incapacità professionale o per soppressione di posti o per qualunque altra causa prevista negli ordinamenti dell'ente ospedaliero ». Con questa dizione « qualunque altra causa » si dà quindi tale larghezza di azione alla amministrazione, per cui dopo sei o sette mesi dall'entrata in servizio del sanitario l'amministrazione può dare un giudizio su altri criteri che non siano strettamente tecnici ma morali e dimetterlo dal posto. Ricordo che il decreto che stiamo esaminando fa sempre riferimento al decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

LONGHENA, *Relatore*. Lei però dimentica l'articolo 48, che consacra ciò che io sostengo.

EMANUELLI. Quella è un'altra faccenda; io sto discutendo dell'articolo 4 del disegno

onorevoli colleghi, dei medici ottimi come professionisti, ma iracundi e di carattere tale che allontanano il malato anziché avvicinarlo. Le amministrazioni debbono valutare le qualità morali del medico e lo possono fare soltanto intervenendo personalmente attraverso il presidente dell'amministrazione o attraverso un suo rappresentante nel giudizio di merito del medico con un voto che abbia peso sulla bilancia. In caso diverso non vedo altra possibilità che quella della terna su cui l'amministrazione possa scegliere, ma questa tesi è ai medici molto meno accetta della partecipazione di un rappresentante dell'amministrazione e quindi è inutile insistervi.

Il fatto che un estraneo non possa presenziare alla visita costituisce un ostacolo facilmente superabile. Infatti l'amministrazione può delegare un medico a sua libera scelta, indipendentemente dal fatto che presti servizio nell'ospedale, affinché agisca presso la commissione giudicatrice.

Desidero prospettare — e mi appello all'Alto Commissario — un'altra questione concernente la scelta delle commissioni. Non è vero che in Italia la classe medica sia divisa da dissidi profondi tra clinici e ospedalieri. Spesso vi sono rivalità e dissidi tra clinici e clinici e fra scuola e scuola. Se voi date ad una commissione giudicatrice la facoltà di giudicare parecchi concorsi, può verificarsi che i più importanti ospedali si riempiano degli allievi di una scuola escludendo quelli di un'altra: perciò propongo di restringere al minimo gli esami sottoposti ad una sola commissione, in modo che tutte le scuole possano essere scelte attraverso i propri allievi.

Seguendo questi concetti ritengo sia facile superare quei piccoli dissidi che sembrano esistere tra le varie categorie dei medici e le amministrazioni ospedaliere: potremo così arrivare ad una soluzione conciliativa che ci consenta di scegliere veramente il miglior medico. È giusto dare questa certezza all'amministrazione perché in fondo chi risponde del medico è l'amministrazione e per essa, dinanzi all'opinione pubblica, il presidente, sia esso un bracciante od un professore di università. Egli quindi deve avere la certezza di poter scegliere il miglior medico e una volta che il concorso è stato espletato non deve avere nulla da recriminare sulla scelta avvenuta.

LETTIERI. Sono stato circa venti anni nelle cliniche e quindi posso con cognizione di causa giudicare la vita degli uni e quella

degli altri. Nell'università il direttore della clinica è un uomo degno della massima ammirazione. Sono i direttori che pensano ad indirizzare i giovani verso la scienza, a seguirne i progressi, sono i direttori che hanno il compito della scuola che è pesantissimo. Il direttore, se è un chirurgo deve operare nella clinica, se è un medico deve visitare nella clinica. Inoltre il professore universitario deve creare gli alunni su una base scientifica unita ad una larga conoscenza della pratica medica.

Accanto al professore universitario vi è il medico ospedaliero il cui compito è molto più semplice. Egli ha il compito principale di curare l'ammalato: è veramente il medico del popolo. Nella maggioranza dei casi si tratta di docenti universitari, la cui scuola però non è così importante come quella universitaria. Il medico ospedaliero opera come quello universitario, ma non ha discepoli da guidare nel cammino della scienza.

Partendo da questi principi io ho sempre sognato, da lunghi anni, di avvicinare la carriera universitaria alla vita ospedaliera. Dirigo gli ospedali di Salerno: ebbene, la prima cosa che ho fatto è stata di istituire un gabinetto scientifico uguale a quelli esistenti nelle università. In tal modo negli ospedali i giovani volenterosi vengono seguiti affinché possano conquistare quel posto che sono in grado di conquistare i discepoli dei professori universitari. In Italia abbiamo moltissimi ospedalieri alle cattedre universitarie: ricordo il direttore del « Rizzoli », il direttore della clinica di Bologna, il direttore della clinica di Bari, mentre il professor Raffaele Bastianelli ed il collega Pieri hanno rifiutato la cattedra di cui erano degnissimi.

Perciò ho detto che bisogna fare di tutto affinché le due grandi classi mediche — ospedalieri e clinici — debbano essere sulla stessa via e come dobbiamo permettere all'aiuto universitario di diventare primario ospedaliero, così dobbiamo far di tutto affinché il primario ospedaliero divenga cattedratico. Proponi quindi di stabilire che il limite di età fosse eguale per l'universitario e per l'ospedaliero primario. Se il professore universitario resta in servizio fino al 70° anno di età, propongo che resti anche il medico ospedaliero. Per me la funzione dell'uno è importante quanto quella dell'altro; l'uno crea i medici, l'altro cura il popolo. A 65 anni l'individuo può rendere ancora molto ed il giovane assistente potrà apprendere molto di più di quanto non abbia appreso finché il suo maestro aveva 60 anni.

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

Parlo con un certo imbarazzo perché mi trovo in queste condizioni. Bisogna equiparare la carriera ospedaliera a quella universitaria e poiché il professore universitario ha compiti più onerosi di quello ospedaliero non vedo perché i clinici ospedalieri debbano essere dimessi a 65 anni, mentre quelli universitari lo sono a 70.

Per me non ha importanza il fatto che vi sia o non un rappresentante dell'amministrazione. Ho partecipato a tanti concorsi ma non mi sono mai accorto della presenza dell'amministrativo che non ho mai visto esercitare alcuna ingerenza. Quel che mi interessa è che i concorsi siano seri e severi perché soprattutto negli ospedali di provincia (dove vi è un solo primario di chirurgia, uno solo di medicina ed uno solo di neurologia) scegliendo un primario non all'altezza della situazione si può determinare un grave danno alla massa bisognosa di cure. Nelle grandi città invece, essendovi i professori universitari, si può sempre ricorrere alla loro opera.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Concordo in pieno con l'onorevole relatore per quanto riguarda la composizione della commissione giudicatrice. Ritengo che l'ammissione di un membro che rappresenta l'amministrazione non pregiudichi il valore scientifico del giudizio che la commissione può dare sui candidati. L'amministrazione ha la possibilità di giudicare un uomo dal punto di vista morale perché i rapporti del medico (sia esso direttore d'ospedale o assistente) con l'ammalato sono rapporti umani in cui il valore morale si rivela in tutta la sua luce. È vero che la amministrazione può dopo due anni dimettere il medico, ma voi comprendete cosa può significare per l'amministrazione sostituire un medico perché non ha fatto il suo dovere. Occorre comunque una motivazione ed è difficile darla. Questi due anni sarebbero sufficienti per mettere a soquadro l'ospedale. Invece un giudizio espresso da un membro dell'amministrazione senza opporsi a quello scientifico dei medici, potrà dare ogni garanzia dal lato morale. Gli amministratori medici talvolta creano nei riguardi dei direttori e dei primari d'ospedale un senso di disagio quando vogliono fare i medici e non gli amministratori.

La questione della terna peggiorerebbe la situazione dei medici perché nei piccoli ospedali vi sono pochi candidati ed il consiglio di amministrazione potrebbe scegliere chi vuole.

Sulla possibilità di concedere un regolamento interno agli ospedali con una degenza

media giornaliera superiore ai 2000 letti, osservo che è necessario abbassare questa cifra a 1500 letti perché esistono alcune istituzioni monospecialistiche in centri lontani dalle grandi città che non incoraggiano certo i candidati ai concorsi, perché in questi ospedali si vive veramente isolati. Cito, ad esempio, l'ospedale di Santa Corona, di Pietra Ligure, assai lontano da Genova e da Savona. In questi ospedali le degenze degli ammalati sono lunghissime ed arrivano sino a due o tre anni; l'assistente ha limitate possibilità di esplicare la sua attività fuori. È necessario quindi conferire a questi ospedali la possibilità di darsi un regolamento interno tale da avere un elemento di giudizio più conforme alle esigenze dell'ospedale stesso. Ritengo che ciò non danneggerebbe la soluzione del nostro spinoso problema.

EMANUELLI. Premetto che io esprimo in questa sede il pensiero del mio gruppo sull'argomento, veramente importante anche agli effetti pratici, che è stato posto in discussione. Dico subito, per entrare immediatamente nel vivo della questione, che noi pensiamo non essere giovevole ai fini che il concorso si propone, allargare eccessivamente i criteri di ammissibilità al concorso stesso. Un articolo proposto dall'onorevole De Maria, ripreso dalla legge del 1938, usa un criterio distinto per i grandi complessi ospedalieri e per quelli di categoria media o piccola: mentre cioè usa criteri di una certa rigidità per i primi, apre le porte nei concorsi degli altri. Non mi pare questo un criterio sostanzialmente giusto. Noi dobbiamo proporci di immettere i migliori medici in tutti gli ospedali, i grandi ed i piccoli: non è giusto riservare un trattamento diverso per questi ultimi, che, anzi, necessitano forse più degli altri di professionisti valenti.

Alla stregua di questo principio, io, d'accordo con l'onorevole Longhena, ritengo che debba farsi una accurata valutazione dei titoli presentati dal candidato. Infatti se hanno importanza le prove di esame, scritte od orali che siano, non meno importante è l'attività passata del candidato nel campo della medicina. Io proporrei addirittura che ai concorsi di primario debbano essere ammessi soltanto coloro che hanno prestato servizio effettivo per un certo periodo ed a seguito di pubblico concorso nei gradi precedenti della carriera ospedaliera.

Io sottolineo questo criterio perché mi sembra indispensabile compiere una selezione fra i concorrenti prima di ammetterli al concorso in modo che tutti coloro che par-

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

di legge del 1949 che aveva modificato il vecchio articolo 48. Se sto spezzando una lancia in favore del fatto che la presidenza dell'amministrazione debba essere affidata ad un medico, è chiaro che l'articolo 48 è stato soppresso dall'articolo 4 della legge in esame. Ora noi abbiamo in esame questo articolo 4 che ha derogato all'articolo 48.

Pertanto il criterio sulla moralità non mi sembra sia un argomento sufficiente a giustificare l'introduzione di un membro dell'amministrazione nella commissione giudicatrice affidandogli la presidenza della commissione. L'amministrazione, ripeto, ha sempre diritto di estromettere il sanitario in qualsiasi momento, come dice l'articolo 18, « per qualunque causa prevista negli ordinamenti dell'ente ospedaliero ».

Si tratta allora di un'altra cosa ed il problema va visto sotto altri termini. È necessario cioè formare una commissione giudicatrice che sia in un primo momento in condizioni di esprimere soltanto un giudizio tecnico. Non voglio tornare sulla questione della terna ch'è ormai superata. È giusto che il primo in graduatoria occupi il posto avendo vinto il concorso.

Vi è poi la questione dei limiti di età. Nella proposta fatta dall'onorevole De Maria si dice genericamente di elevare di 8 anni i limiti di età contemplati nella legge 30 dicembre 1948 onde favorire coloro che sono stati esclusi dalla possibilità di frequentare ospedali durante il periodo della guerra. Si vuole cioè usare un riguardo agli ex combattenti, ai partigiani ed ai reduci. Pertanto ritengo che con una norma così larga — cioè di elevazione *ex abrupto* di otto anni — la norma non vada a favore soltanto degli ex combattenti ma di tutti. A nostro avviso è giusto che anche le norme che regolano i concorsi per sanitari degli ospedali usino — per ciò che riguarda i limiti di età — un particolare riguardo a coloro che hanno partecipato alla guerra, ma non è giusto che di questo riguardo usufruiscano tutti. Pertanto mi riservo di formulare un emendamento affinché i limiti di età siano elevati per tutti di cinque anni e di otto anni o di nove per coloro che hanno partecipato alla guerra ed alla lotta di liberazione.

Circa la questione se i primari debbano essere mantenuti in servizio fino al 70° anno di età non concordo con il collega Lettieri. È vero che nelle università si trattiene in servizio il docente fino al 70° anno di età, ma la funzione del primario negli ospedali è diversa da quella dell'ordinario di cattedra.

Negli ospedali il primario deve essere un elemento che oltre ad avere determinate doti di capacità professionale, deve anche possedere particolari doti di idoneità fisica data la pesantezza del lavoro, come tutti i colleghi ospedalieri possono confermare.

Il docente di cattedra non è in queste condizioni: egli può affidare agli aiuti i servizi più gravosi e mantenere l'insegnamento che può espletare con onore fino al 70° anno di età ed in qualche caso anche oltre. È difficile però che l'organismo umano, raggiunto il 65° anno di età, possa sottoporsi allo sforzo massacrante che comportano ore ed ore di camera operatoria; diversamente il primario sarà costretto a lasciare questo lavoro sulle spalle dell'aiuto, dell'assistente, che molte volte non possono espletarlo nella stessa guisa in cui è espletato dal primario ospedaliero. Pertanto siamo favorevoli al mantenimento del 65° anno di età. Per quello che riguarda gli universitari, la loro opera si esplica soltanto nell'insegnamento, mentre negli ospedali si tratta di ammaestrare nella pratica medica i giovani sanitari. Come la legge prevede i due anni di durata in carica per gli assistenti ed i quattro per gli aiuti, così deve prevedere un limite più ristretto di permanenza in carica dei primari per consentire ai giovani medici di entrare in questa fucina dove i medici vanno come ad una scuola pratica. È necessario perciò cercare di sfoltire i ranghi per lasciare nuovo posto ai giovani medici che diversamente non potranno apprendere.

Debbo dire qualcosa sui requisiti necessari per l'ammissione al concorso. Bisogna decidere in precedenza del valore di un medico; spero che la stragrande maggioranza della Commissione aderirà a questa nostra richiesta. Però bisogna anche tener presente la serietà delle prove d'esame e codificare in modo preciso la valutazione dei titoli affinché i migliori medici possano essere assunti in servizio negli ospedali.

COPPA. Non avrei preso la parola se non avessi ascoltato quanto ha detto l'onorevole Cornia nel suo intervento. Sono profondamente sorpreso che in questo ambiente si discuta di qualcosa su cui credo nessuno abbia diritto di discutere. È una croce che dobbiamo portare sulle spalle noi medici quando ci sentiamo dire che in sede di concorso si deve valutare la figura morale del concorrente e perciò deve essere giudicato da un uomo che rappresenta l'amministrazione. È questa una cosa nuova che non si verifica in nessun altro concorso della branca ammini-

COMMISSIONI RIUNITE (INTERNI E LAVORO) — SEDUTA DEL 15 DICEMBRE 1949

strativa dello Stato. Chi può arrogarsi il diritto di fare il Catone nei confronti di un concorrente che deve rispondere della sua efficienza in rapporto al servizio che gli si richiede? Le sue responsabilità potrà scontrarle quando si sarà rivelato manchevole di fronte al Codice penale ed al Codice morale che sono da tutti osservati.

Affidando al rappresentante dell'amministrazione il particolare compito di giudicare il candidato commettiamo una *diminutio* degli altri quattro componenti della commissione perché riteniamo che essi non abbiano la capacità di valutare un individuo nella interezza della sua personalità di scienziato e di uomo. Riaprire questa discussione è ridicolo e — mi sia consentito — anche arbitrario ed offensivo.

L'onorevole Emanuelli ha messo un po' il dito sulla piaga facendovi un tenue accenno; per mio conto sono profondamente indignato di sentir discutere in questa sede di questo argomento e mi appello ai colleghi.

Badate, non sono un ospedaliero e quindi non sollevo questioni che mi riguardino direttamente. L'onorevole Cornia ha affermato che la responsabilità della scelta spetta all'amministrazione. Queste sono cose nuove. Infatti nessuna amministrazione ha mai risposto di quel che ha fatto un medico nell'esercizio della sua professione, a titolo di colpa o di errore. Il medico è chiamato direttamente responsabile di ciò che fa, perché in un concorso non vi è più l'*error in eligendo*, caro Longhena! Il concorso rappresenta la garanzia di fronte alla legge. Gli appunti si possono muovere al professore che ha sbagliato ma non allo Stato che ha assunto quel professore.

Vi siete mai chiesti perché vi siano le terne nei concorsi? Ho la sensazione — dico questo senza recare offesa ad alcuno — che nessuno di voi si sia reso conto del significato della terna. La terna nei concorsi universitari dà la possibilità ai ternati di essere insediati nelle cattedre vacanti. Se non vi è questa possibilità per gli ospedalieri, non resta che assumere il primo, scartando il principio della terna. Del resto, su questo punto siamo tutti d'accordo.

Per ciò che si riferisce ai famosi regolamenti interni, sono d'accordo con la collega Gennai Tonietti. Se si vuol concedere questa facoltà agli ospedali con una degenza giornaliera media di 2 mila letti, non vi è ragione per non riconoscerla a quelli che hanno una degenza giornaliera media di 1500 letti e forse anche di 1000, perché un ospe-

dale di 1000 letti rappresenta un complesso policlinico meritevole di un regolamento interno speciale.

Mi riservo di intervenire ancora sui vari argomenti, articolo per articolo.

BIASUTTI. Parlo riferendomi ad un periodo in cui fui degente in ospedale. Da allora so che, a seconda dei medici che entravano nel reparto, diverse erano le reazioni dei degenti. Ed un rimprovero si faceva alle amministrazioni, e cioè quello che questi medici, benché valenti dal punto di vista tecnico, da altri punti di vista lasciavano a desiderare.

I medici non vogliono essere giudicati da altri. Ora io dico: se vi sono quattro tecnici a giudicare, il giudizio, evidentemente, lo danno i medici, e l'elemento estraneo non porterebbe nella commissione che una sensibilità esterna, al di fuori e al di sopra di quello che può essere il concetto tecnico.

Io ricordo che l'ammalato non può scegliere l'ospedale nel quale farsi ricoverare; ma è costretto ad andare nell'ospedale più vicino, e quindi deve sottostare ad un medico il cui temperamento non gli crea le condizioni psicologiche per sottostare alle sue medicine, che gli fanno un effetto negativo.

Noi vogliamo, per quanto è possibile, fare interferire negli organi tecnici anche degli elementi estranei, perché il principio democratico non ha portato alla Camera solo legislatori, ma anche elementi del popolo, appunto perché essi portino una sensibilità, che non è legislativa, che esiste nel paese.

Circa l'età, non ho nulla in contrario a che il limite venga elevato. Però, io penso che tale limite non debba superare il 65° anno di età, perché se un medico a 50 anni ha ancora la piena capacità, oltre i 65 anni questa capacità può mancargli. Inoltre, penso che bisogna fare anche posto ai giovani, perché anche essi hanno il diritto di farsi una vita. Nulla toglie, però, che oltre il 65° anno di età i professori universitari possano continuare ad insegnare come liberi docenti.

LOMBARDI RUGGERO. Hanno parlato molti medici ospitalieri e non ospitalieri; ha parlato un ammalato, e permettete che parli anche io che sono stato amministratore di ospedali.

Chi sono gli amministratori degli ospedali? Sono delle persone scelte democraticamente, delle persone che dedicano una loro gratuita attività ad uno scopo che è esclusivamente benefico, con una finalità benefica. Gli amministratori devono curare l'ammalato

sia dal punto di vista clinico che da quello psicologico.

Ora, i medici tendono istintivamente a sottrarsi all'amministrazione e questo stato di opposizione del medico con l'amministrazione esiste spesso. Dobbiamo consolidarlo o un buon amministratore deve cercare la collaborazione fra amministrazione e medico? Non mi pare che si debba arrivare a dire che un'amministrazione deve rimanere estranea nella nomina dei suoi dipendenti. Non per un criterio morale si può giudicare del medico che concorre, ma il rappresentante dell'amministrazione può portare una sua voce, che non è esclusivamente tecnica, nella scelta di un medico, che quando deve svolgere le sue funzioni non è esclusivamente il tecnico della medicina, ma è l'uomo nel suo complesso. Infatti, non esiste il medico che resta tale in tutte le parti della sua vita, ma un medico che è un uomo — come ha dimostrato l'onorevole Coppa — il quale prende posizione, si irrita, protesta contro la violazione dei diritti del tecnicismo dei medici, dimostra insomma che al di sopra del medico vi è l'uomo con la sua sensibilità.

Questo volere escludere un rappresentante dell'amministrazione dalla commissione che deve nominare un dipendente dell'amministrazione stessa, penso che sia inammissibile. E qui devo ricordare che il rappresentante dell'amministrazione non va a valutare quelli che sono i risultati diagnostici, non va

a valutare le qualità esclusivamente tecniche del medico. Egli porta degli elementi per la valutazione dell'uomo. Il rappresentante dell'amministrazione non ha sempre portato un contributo positivo.

Concludendo: gli amministratori non sono degli stipendiati, ma si dedicano gratuitamente al raggiungimento della finalità dell'opera pia; essi possono aggiungere alla tecnica del medico una valutazione umana. Ecco perché io, pur non ammettendo che i rappresentanti degli ammalati facciano parte della commissione — perché gli ammalati li consideriamo come uomini che non abbiano l'intera capacità di intendere e di volere — ammetto tuttavia che la voce degli ammalati, filtrata dagli amministratori, possa portare utile contributo alla formazione della commissione.

Circa la questione degli ospedali con regolamento interno proprio, io credo che la legge debba essere uguale per tutti gli ospedali, e che non sia il caso di ricorrere ad eccezioni.

PRESIDENTE. Avverto che l'onorevole Capua ha proposto di rinviare ad altra seduta il seguito della discussione.

Non essendovi osservazioni, così resta stabilito.

La seduta termina alle 11,35.