

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1586

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FALCIER, ANDREOLI, ARMELLIN, ASTORI, AZZARO, AZZOLINI, BALESTRACCI, BAMBI, BECCHETTI, BIANCHI, BIANCHINI, BONFERRONI, CACCIA, CARLOTTO, CARRUS, COLONI, CRISTOFORI, DEGENNARO, DEL MESE, FERRARI SILVESTRO, LA RUSSA, LATTANZIO, LUCCHESI, MELELEO, MEMMI, MENSORIO, MERLONI, MORA, NAPOLI, NENNA D'ANTONIO, NICOTRA, NUCCI MAURO, PAGANELLI, PASQUALIN, PATRIA, PERUGINI, QUIETI, RABINO, RICCIUTI, RIGHI, RINALDI, ROSSI, RUBINO, RUSSO FERDINANDO, RUSSO GIUSEPPE, RUSSO RAFFAELE, RUSSO VINCENZO, SANZA, SAVIO, SENALDI, SINESIO, SORICE, STEGAGNINI, VISCARDI, VITI, ZAMBON, ZAMPIERI, ZOPPI, ZUECH

Presentata il 16 aprile 1984

Norme per l'accesso alla facoltà di medicina
e all'esercizio della professione medica

ONOREVOLI COLLEGHI! — Grida d'allarme per la crescente « pletora medica » — oggetto anche di frequenti e preoccupati servizi giornalistici — si odono ormai da alcuni anni, ma nessun concreto provvedimento, a nessun livello, è stato finora

preso. Eppure il problema dell'esuberanza di medici rispetto alle effettive esigenze della popolazione assistita non solo esiste, ma è anche grave, per le implicite conseguenze che porta con sé. Esse si manifestano in due direzioni: la prima verso

la categoria stessa dei medici, sulla quale pesa l'incubo della disoccupazione o della sottoccupazione o, in ogni caso, della frustrazione, per le enormi difficoltà che si presenteranno — anzi, che già oggi si presentano — nella ricerca di un posto di lavoro. La seconda è verso gli assistiti, poiché una concorrenza spietata nell'accaparramento dei « clienti » può intrinsecamente portare al superamento di secolari regole deontologiche, a scorrettezze professionali, a « sanitarizzare » oltre misura la popolazione, favorendo altresì un eccessivo consumo di farmaci.

A fronte di un medico ogni 700 abitanti quale si ha in Lussemburgo, 610 in Gran Bretagna, 540 in Olanda, 402 in Belgio, 373 in Germania, abbiamo già ora in Italia un medico ogni 270 abitanti (l'OMS ne consiglia uno ogni 600 abitanti). Ma abbiamo anche 133.000 studenti in medicina, contro i 63.000 degli Stati Uniti, che pur presentano una popolazione quadrupla rispetto alla nostra. La « plethora medica » preoccupa anche gli altri paesi della CEE, i quali temono l'immigrazione dei nostri sanitari, impossibilitati a trovare lavoro in patria.

È tempo, quindi, di provvedere, non più di discutere accademicamente, per correggere — seppure in ritardo — un fenomeno ormai ampiamente conosciuto in tutte le sue dimensioni e del quale si ignora solo la gravità del danno conseguente. Si può obiettare che la regolamentazione dell'accesso ai corsi di laurea andrebbe estesa a tutte le facoltà e non solo a quella di medicina. Ciò è vero, ma vi è una valida ragione per dare priorità assoluta a quella in argomento e cioè il fatto che, mentre la generalità dei laureati, nei momenti di crisi e di disoccupazione si « adatta » anche ad altri lavori, i laureati in medicina « esigono » di essere utilizzati esclusivamente come « medici », facendo carico alla società di trovar loro comunque un posto come tali. Ciò dipende sia da motivazioni tecniche connesse al corso di studi seguito, sia, e soprattutto, da ragioni psicologiche e storiche non facili da superare, per cui

il medico ritiene suo inconfutabile « diritto » l'esercitare solo l'arte medica.

La programmazione dell'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia, per altro, non risolve i numerosi problemi della sanità, tra i quali non va sottaciuto quello della preparazione professionale del medico libero-professionista, anche se di questo raramente parlano i *mass-media*.

È un problema particolarmente delicato, ma che appunto per questo non può essere ulteriormente ed ipocritamente ignorato.

In questi ultimi anni è stato reso obbligatorio il « praticantato » — in vigore da tempo immemorabile in campo forense — anche per l'accesso a professioni che tuttavia non mettono a repentaglio la vita o la salute di alcuno, quale ad esempio quella di consulente del lavoro o fiscale. Ma il medico neolaureato, abilitato con un esame più formale che sostanziale subito dopo la laurea, è autorizzato immediatamente ad esercitare la libera professione. E, conseguentemente, gli è consentito trovarsi « da solo », a casa del paziente, a diagnosticare, a prescrivere insindacabilmente medicinali ed esami diagnostici, a decidere o meno il ricovero del malato in ospedale. Tutto questo mentre si richiedono lunghi anni di esperienza agli assistenti ospedalieri prima di affidare loro degli ammalati e considerato anche che essi agiscono sempre e comunque sotto il controllo e la responsabilità del primario e degli aiuti. Non occorre soffermare molto il pensiero, per comprendere la gravità del problema.

È necessario, pertanto, garantire meglio i pazienti non solo della preparazione teorica, ma anche della concreta esperienza del loro medico di famiglia — sul quale tanto si basano le speranze di buona riuscita della riforma sanitaria — imponendogli un sufficiente tirocinio ospedaliero nelle due aree fondamentali della medicina interna e della chirurgia generale.

Ed è altresì necessario imporre ai medici liberi-professionisti periodici aggiornamenti nelle corsie ospedaliere, nel superiore interesse della popolazione servi-

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ta, perché l'aggiornamento stesso deve essere garantito e non solo auspicato e sperato, confidando nell'iniziativa del singolo.

Per i motivi sopraesposti, si ritiene opportuna una riedizione del tirocinio ospedaliero, non già nella forma rigida e di fatto, finalizzata alla sola specializzazione, di cui alla soppressa legislazione degli «anni settanta», ma nello spirito dell'ar-

ticolo 17 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979. Un tirocinio, pertanto, nelle due grandi aree funzionali di medicina e di chirurgia, di durata sufficiente a conferire al futuro «medico di famiglia» un bagaglio minimo di esperienza guidata e tale da consentirgli l'esercizio della libera professione con le dovute garanzie per i pazienti.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Al fine di pervenire al necessario equilibrio tra le esigenze del servizio sanitario nazionale, della didattica universitaria e degli aspiranti alla professione medica, nonché allo scopo di armonizzare gradualmente la normativa nazionale in materia sanitaria con quella vigente negli altri Stati della CEE, l'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia e l'ammissione all'esercizio della libera professione medica sono regolati dalla presente legge.

ART. 2.

Entro il mese di marzo di ciascun anno, il Ministro della pubblica istruzione, di concerto con il Ministro della sanità e sentito il Consiglio sanitario nazionale, determina il numero massimo delle iscrizioni alla facoltà di medicina e chirurgia ammissibili nel successivo anno accademico in ciascuna università.

Con il medesimo decreto vengono altresì stabiliti i contingenti degli studenti cittadini degli Stati membri della CEE, nonché degli Stati extraeuropei, che possono essere ammessi a frequentare i corsi di laurea in medicina e chirurgia presso ciascuna facoltà.

ART. 3.

Ciascun aspirante alla iscrizione alla facoltà di medicina e chirurgia può presentare domanda a non più di due università.

Il Ministro della pubblica istruzione, sentito il Consiglio universitario nazionale, determina con proprio decreto la composizione della commissione che presso ciascuna università deve procedere alla selezione degli aspiranti, i criteri selettivi, i tempi e le modalità di svolgimento delle prove di ammissione.

ART. 4.

L'esercizio della libera professione di medico generico è autorizzato dall'Ordine dei medici a coloro che abbiano compiuto, con esito favorevole, il tirocinio pratico ospedaliero biennale di cui al successivo articolo 5 o abbiano comunque prestato servizio ospedaliero, senza demerito, per almeno due anni, di cui almeno uno in divisioni di medicina generale o di chirurgia generale.

Al servizio ospedaliero è equiparato quello prestato alle dipendenze di case di cura private — nelle divisioni di cui al comma precedente — purché continuativo e per almeno trenta ore settimanali.

Il Ministro della sanità determina i servizi prestati presso ospedali esteri che possono essere considerati equipollenti — ai fini della presente legge — a quelli prestati in Italia.

Per i medici specialisti il conseguimento del diploma di specializzazione sostituisce il tirocinio ospedaliero.

ART. 5.

Il tirocinio pratico ospedaliero richiesto per l'accesso alla libera professione di medico generico deve svolgersi esclusivamente presso ospedali pubblici, nel primo anno in divisioni di medicina generale e nel secondo anno in divisioni di chirurgia generale.

Il tirocinio può essere effettuato anche in divisioni equipollenti a quelle indicate al comma precedente, secondo le equipollenze determinate dal Ministro della sanità per il conseguimento delle idoneità sul territorio nazionale.

ART. 6.

Il Ministro della sanità determina, con proprio decreto, i tempi e le modalità di ammissione al tirocinio ospedaliero, nonché i criteri di valutazione dei titoli.

Non possono essere ammessi al tirocinio aspiranti in numero superiore alla

metà della dotazione organica degli assistenti e degli aiuti della divisione presso cui il tirocinio stesso deve svolgersi.

Gli aspiranti possono presentare domanda di ammissione al tirocinio a non più di tre unità sanitarie locali.

Al termine del biennio è conferito al tirocinante un attestato di esito favorevole o meno del tirocinio, rilasciato da una commissione — nominata dal presidente dell'USL — composta dal direttore sanitario, dai due primari e dai due aiuti anziani delle divisioni ove il tirocinio medesimo è stato effettuato.

In caso di esito negativo, il tirocinio può essere protratto per un altro anno.

Non è consentito l'inizio del tirocinio prima del conseguimento della laurea.

ART. 7.

Nessun rapporto d'impiego viene ad instaurarsi tra i medici tirocinanti e la USL presso cui effettuano il tirocinio.

Durante il tirocinio compete ai medici tirocinanti un assegno mensile di studio pari alla metà dello stipendio tabellare base spettante agli assistenti in formazione, maggiorato della indennità di contingenza.

Il tirocinante è tenuto ad osservare l'orario stabilito per gli assistenti a tempo pieno ed ha diritto a trenta giorni di congedo all'anno. L'assegno di studio viene corrisposto anche durante i primi trenta giorni di eventuale malattia nel corso di un anno. Qualora l'assenza superi detto periodo, il tirocinio dovrà essere prolungato di un tempo pari all'assenza medesima.

Gli assegni di studio sono corrisposti dalle USL e rimborsati dalle regioni, a carico del fondo sanitario regionale.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, ha facoltà di determinare il contingente massimo di tirocinanti ammissibile in ogni regione. Le regioni, a seguito di detta determinazione, assegnano alle singole USL il numero massimo di tirocinanti accoglibili.

ART. 8.

Ciascun medico libero professionista è tenuto ad effettuare, per ogni quinquennio, almeno trenta giorni di aggiornamento presso ospedali pubblici, nelle divisioni di base per i medici generici e nelle rispettive divisioni o servizi di specialità per i medici specialisti.

Con decreto del Ministro della sanità sono stabilite le modalità di svolgimento e di certificazione dell'aggiornamento di cui al comma precedente, nonché il modello di apposito libretto personale ove le frequenze devono essere annotate.

Compete all'ordine dei medici nel cui territorio il medico esercita la libera professione curare l'osservanza della presente disposizione.