

COMMISSIONE XIV
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

25.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO 1971

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GRAZIOSI

INDICE

	PAG.
Congedi:	
PRESIDENTE	273
Proposta di legge (Discussione e rinvio):	
DE MARIA ed altri: Soppressione dei compensi fissi per i ricoveri ospedalieri di cui all'articolo 82 del regio decreto 30 dicembre 1938, n. 1631, e della Cassa nazionale di conguaglio di cui al decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito in legge 17 gennaio 1968, n. 4 (Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato) (2614-B) . . .	273
PRESIDENTE	273, 275, 276
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	274, 275
VENTUROLI	274

La seduta comincia alle 9,40.

BARTOLE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

Congedi.

PRESIDENTE. Comunico che sono in congedo i deputati Cortese, D'Antonio e Urso.

Discussione della proposta di legge De Maria ed altri: Soppressione dei compensi fissi per i ricoveri ospedalieri di cui all'articolo 82 del regio decreto 30 dicembre 1938, n. 1631, e della Cassa nazionale di conguaglio di cui al decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito in legge 17 gennaio 1968, n. 4 (Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato) (2614-B).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati De Maria, Foschi, Colombo Vittorino, Carra, Mengozzi, Bertè, Rausa, Giordano, Senese, Boffardi Ines, Bodrato, Scotti, Girardin, Bartole, Bosco, Balasso, Sisto, Sorgi, Barberi, Andreoni, Cattaneo Petrini Giannina. Calvi, Zamberletti, Fabbri, Mattarelli, Tantalò: « Soppressione dei compensi fissi per i ricoveri ospedalieri di cui all'articolo 82 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, e della Cassa nazionale di conguaglio di cui al decreto-legge 18 novembre 1967, n. 1044, convertito in legge 17 gennaio 1968, n. 4 ».

Vorrei far osservare che si era già concordato tra le varie parti politiche di rinviare la discussione della proposta di legge per consentire alla Commissione istruzione, che ne aveva fatta esplicita richiesta, di esprimere il proprio parere. Tanto più che, dal punto di vista procedurale, non avremmo comunque potuto concludere l'esame del provvedimento, non essendo ancora scaduti i termini per

l'espressione del parere da parte della Commissione istruzione.

Poiché il ministro Mariotti ha espresso il desiderio di informare la Commissione sull'esatto stato della questione, anche in considerazione dello stato di agitazione che si è determinato in talune categorie di sanitari universitari, potremmo iniziare la discussione e ascoltare il ministro della sanità.

VENTUROLI. Non ho difficoltà ad entrare in una valutazione di ordine generale e condivido l'opportunità di un rinvio per riflettere attentamente sulle modifiche apportate dal Senato, che non sono insignificanti anche se ritengo potevano addirittura essere evitate in quanto nel testo approvato dalla Camera avevamo già gli elementi fondamentali e cioè l'abolizione dei compensi fissi e la regolamentazione dei nuovi rapporti tra ospedali e cliniche universitarie.

Debbo dire che queste modifiche non solo sono poco chiare ma anche abbastanza pericolose, e ripropongono proprio quelle preoccupazioni che avevamo voluto evitare. Si crea, cioè, da un lato la possibilità di una interferenza (e tale può essere considerata la disciplina del personale sanitario universitario) per quanto riguarda il peso determinante delle amministrazioni ospedaliere nel condizionare il rapporto integrativo che spetta agli universitari e, dall'altro lato, si favorisce la condizione anomala che esiste all'interno delle università (ed ogni giorno abbiamo esempi clamorosi di questa situazione paradossale) che in questo modo, anziché essere eliminata viene a continuare e a peggiorarsi. Basti pensare al principio di affidare all'università una somma integrativa e quindi confondere quelli che possono essere i sanitari addetti alla parte curativa con altri dipendenti dell'università che nulla hanno a che vedere con i sanitari e che verrebbero ad usufruire di finanziamenti non predisposti a questo scopo.

C'è un altro aspetto che mi preoccupa ed è quello relativo alle modifiche apportate all'articolo 4, dove si parla delle cliniche universitarie, cioè delle cliniche gestite dall'università. In Italia ne abbiamo a Napoli, Roma, Palermo e Caltanissetta. Su questo argomento vorrei chiedere al ministro delle spiegazioni perché secondo la legge 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129, quando una clinica è gestita direttamente dall'università è parificata a un ospedale regionale. Ora la parificazione presuppone l'applicazione di tutta la normativa prevista dalla citata legge

n. 132 in modo che l'ordinamento interno della clinica universitaria, per quanto riguarda la parte assistenziale, sia eguale a quello degli ospedali regionali. A mio parere, tuttavia, non si è risolto il problema perché, stabilito questo principio dell'equiparazione della clinica universitaria all'ospedale regionale, tali cliniche continuano lo stesso a marciare con la loro impostazione e la loro autonomia, non ritenendosi sottoposte alla disciplina dettata dalla legge di riforma ospedaliera e dai conseguenti decreti delegati.

Nell'articolo 4, così come è stato emendato, è di tutta evidenza la volontà di affidare all'università la decisione sul come utilizzare le somme corrisposte ai fini integrativi dello stipendio. Vi è poi un altro aspetto del problema: tra gli obiettivi che la riforma universitaria si propone, in particolare sotto il profilo economico, vi è quello di un ritocco delle tabelle relative alle remunerazioni dei dipendenti dell'università. Se, quindi il principio dell'integrazione viene in partenza determinato in termini di equiparazione, così come stabilito dal testo modificato dal Senato, e contrariamente a quanto deciso da noi, (si parla di una integrazione in cui è già stabilito che comunque gli universitari non devono superare il livello degli stipendi degli ospedalieri) noi mettiamo sì un limite alla retribuzione degli universitari che sono preposti anche all'assistenza, ma è vero anche che veniamo a mettere un limite ad una situazione che è a favore degli ospedalieri e a sfavore degli universitari.

Io ritengo che il concetto dell'integrazione avrebbe dovuto essere formulato più genericamente, proprio per non creare inutili e pericolose rigidità.

Infine vi è un'altra questione, quella riguardante gli assistenti volontari. Contrariamente a quanto era previsto nella legge di riforma ospedaliera, la maggior parte degli ospedali non ha ottemperato al disposto della legge, poiché soltanto un terzo di essi si è trasformato in ente ospedaliero.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Attualmente, gli ospedali costituitisi in enti ospedalieri sono circa i tre quarti.

VENTUROLI. La situazione, allora, è molto cambiata in questo ultimo mese. Comunque, non tutti gli ospedali hanno adeguato il loro stato giuridico, per cui possiamo immaginare che cosa avviene per l'applicazione dei decreti delegati riguardanti il riordinamento interno dei servizi, la pianta organica e le

V LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DELL'11 FEBBRAIO 1971

cliniche universitarie, nelle quali la situazione degli assistenti volontari non è, in gran parte, mutata.

Se, dunque, il compenso integrativo è concesso ai sanitari previsti dall'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 29 marzo 1969, n. 129, non si sa che cosa succederà agli assistenti volontari dei quali, in alcuni casi, si è addirittura minacciato il licenziamento.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Se mi è consentito, potrei fare una breve relazione, in modo che la Commissione abbia tutti gli elementi necessari per un esame più approfondito del provvedimento.

PRESIDENTE. Sono lieto di dare la parola al ministro Mariotti il quale desidera fornire alla Commissione alcuni nuovi elementi.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Il dibattito che qui si svolge deve innanzitutto prendere atto che non vi è ancora né una riforma universitaria né una riforma per l'avvio al servizio sanitario nazionale, per cui solo nei prossimi mesi, nel momento in cui il servizio sanitario nazionale verrà maggiormente configurandosi e sarà oggetto di dibattito in questa Commissione, si potrà avere un processo di assestamento, il quale non potrà non essere lungo, considerato che non si può rovesciare di un sol colpo una situazione che si è venuta pietrificando nel corso di tanti anni.

Desidero inoltre dire che la legge 12 febbraio 1968, n. 132 pone limiti molto precisi per quanto riguarda l'invasione dei clinici nelle strutture ospedaliere. Per quanto riguarda in particolare l'edilizia ospedaliera, anche il 20 per cento dei mezzi finanziari messi a disposizione del Ministero dei lavori pubblici per la costruzione di policlinici o di cliniche universitarie, è sempre meno utilizzato, e le strutture ospedaliere a livello regionale e provinciale acquistano sempre più la capacità di diventare ospedali di insegnamento. Per questo il conflitto fra medici universitari e medici ospedalieri si sta aggravando; e ad esso si cerca di trovare una soluzione attraverso la convenzione che stiamo approntando.

Debbo, però, dire che i gruppi ospedalieri che servono esclusivamente all'università sono pochi. Invero anche a Roma si sta tentando di assorbire tutti gli ospedali del Pio Istituto di Santo Spirito, in modo da farne un policlinico. Al riguardo, ho un punto di vista molto diverso da quello del Ministero della pubblica istruzione, anche se l'altro giorno ho firmato il decreto in cui è previsto che Roma sia dotata delle strutture ospedaliere necessarie

alle esigenze di questa grande città, soprattutto al fine di eliminare l'obbrobrio del subappalto dei malati alle cliniche e al fine di eliminare la congestione esistente negli ospedali romani, nei quali sono ricoverati malati che provengono anche dal sud.

In questo decreto, nonostante la pressione della regione del Lazio, ho previsto un comitato di studio sulle strutture ospedaliere già finanziate (in questo periodo dovrebbe iniziare la costruzione di due primi ospedali) e ritengo di avere fatto molto bene a inserire nel comitato i rappresentanti della regione, in modo che non si comprometta una programmazione ospedaliera regionale, quale stabilita dalla legge n. 132.

Debbo, inoltre, fare presente che le cliniche gestite direttamente dall'università sono pochissime. Vi sono, invece, convenzioni fra le strutture ospedaliere e l'università, ma anche in questo caso la situazione non è molto buona, poiché in alcune divisioni il medico ospedaliero manda difficilmente il malato nel reparto della clinica universitaria. Nemmeno uno o due malati di cirrosi epatica sono, ad esempio, mandati nelle cliniche universitarie, ad eccezione di quelle famose, in modo che non si ha la possibilità di studiare tutta una casistica sulla base della quale si può realizzare il progresso medico in questo settore.

In questo momento, poi, non poteva non determinarsi un aggravamento dei rapporti fra medici ospedalieri e universitari, dal momento che la legge n. 132 stabilisce che, qualora i medici ospedalieri siano in possesso di alcuni requisiti didattici, l'università debba autorizzare il loro impiego. Ancora oggi c'è un diaframma piuttosto grave e vedremo se in sede di convenzione che si sta elaborando molto faticosamente si potrà arrivare ad un contemperamento degli opposti interessi. Io vi prego vivamente di riflettere su questo: che due corpi distinti e concorrenti non possono coesistere, perché se disgraziatamente l'università dovesse creare strutture proprie o interferire ed eliminare i medici ospedalieri dalla loro utilizzazione a scopo didattico, noi non potremmo arrivare ad avere un servizio sanitario nazionale degno di questo nome.

Noi abbiamo avuto una specie di insurrezione da parte degli assistenti universitari, cioè di coloro che sono addetti all'assistenza presso gli ospedali clinicizzati. E avviene che quando l'ente ospedaliero deve erogare delle somme piuttosto notevoli per quanto riguarda il costo della parte clinica della struttura ospedaliera, molto spesso i titolari di cattedra sentono il diritto di prendere gran parte dei de-

nari che vengono erogati. Con l'emendamento che è stato fatto dal Senato questo costo che deve sostenere l'ente ospedaliero deve andare direttamente all'università che poi redistribuirà a tutto il personale universitario che pratica l'assistenza nelle strutture ospedaliere questi mezzi finanziari, secondo i criteri che poi riterrà più opportuni.

Perché ho ritenuto di proporre un emendamento all'emendamento? Perché inevitabilmente, nel momento in cui l'università redistribuirà queste somme a coloro che prestano l'assistenza sanitaria nelle strutture ospedaliere, l'università si dovrà arrangiare e certamente si accenderà una dialettica tra titolari di cattedra e assistenti, e questo a me non dispiace affatto, perché nel momento in cui questo conflitto si determina nell'ambito dell'università un assetamento si dovrà pur trovare.

Riguardo al fatto di evitare una lievitazione di costi ho detto che se ad un ente ospedaliero, in base al decreto delegato n. 128, occorresse, per esempio, un primario, due aiuti e quattro assistenti, noi sosterremo il costo soltanto limitatamente a questo personale, perché non vorrei che in questa parte che viene diretta esclusivamente dall'università ci si inserissero venti o venticinque persone, cioè un organico molto superiore a quello che l'ente ospedaliero ritiene opportuno di organizzare ai fini dell'assistenza sanitaria. Che poi questa somma che va all'università venga redistribuita togliendo qualcosa ai titolari di cattedra, a me questo non importa affatto. L'essenziale è che, nel processo di integrazione tra il costo che dovrebbe sostenere l'ente ospedaliero e quello che sosterrà l'università, l'ente ospedaliero non spenda una lira di più. In questo emendamento ho fatto riferimento al decreto n. 128 e alla legge n. 132 in cui si stabilisce l'organico delle divisioni ospedaliere. Quindi gli enti ospedalieri non dovranno spendere una lira di più. E questo mi sembra molto importante. D'altra parte è anche necessario affermare che l'indennità spetta a tutti i medici universitari che praticano l'assistenza, perché non dobbiamo nasconderci che oggi in queste strutture ospedaliere molto spesso il cattedratico mette coloro che più gli sono simpatici e dà accesso all'assistenza sanitaria, soltanto a quelle persone che egli ritiene abbiano requisiti maggiori rispetto ad altre e così ci sono molti assistenti che rimangono emarginati e che prestano servizio senza ricevere alcun compenso, creando quindi una discriminazione notevole.

Questo emendamento all'emendamento tende innanzitutto a non dover pagare il costo

di un organico superiore e ad evitare una lievitazione di spesa perché se l'ente ospedaliero dovesse sostenere il costo di tutti coloro che l'università ritiene di inserire nelle strutture ospedaliere, allora veramente avremmo una lievitazione molto grave per cui il sistema sanitario nazionale che è in fase avanzata di elaborazione potrebbe ricevere degli squilibri che noi intendiamo assolutamente evitare.

Le preoccupazioni che sono state qui formulate eviteranno una eccessiva lievitazione di spesa e al tempo stesso consentiranno una migliore distribuzione di tali compensi fissi. La legge d'altra parte garantisce che i fondi non vadano a finire in gran parte nelle tasche dei titolari di cattedra, pur restando libera l'università di stabilire i criteri della redistribuzione che sarà tanto più equa quanto più sarà accesa la battaglia che nell'ambito dell'università si andrà determinando.

Ho voluto dire queste cose perché si abbia una visione esatta del problema e riaffermo anche l'esigenza che le strutture ospedaliere, con l'assottigliamento man mano dei gruppi ospedalieri universitari, possano diventare degli ospedali di insegnamento in modo che si abbia una formazione del medico diversa da quella che abbiamo avuto fino ad oggi. Erano questi i motivi che mi inducevano a ritenere che stamani si discutesse il provvedimento; però dato che questa è una materia molto complessa e difficile è bene che i colleghi abbiano un po' di tempo per riflettere sull'emendamento del Governo.

D'altra parte bisogna fare alla svelta e arrivare rapidamente all'approvazione di questa legge, altrimenti si bloccano tutti gli accordi che sono stati fatti con i medici ospedalieri e si ritorna ad una crisi anche funzionale degli ospedali.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni può rimanere stabilito che il seguito della discussione della proposta di legge è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 10,20.

*IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI*

Dott. GIORGIO SPADOLINI

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

Dott. ANTONIO MACCANICO