COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

19.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 FEBBRAIO 1974

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE FRASCA

INDICE

PAG.

Sostituzione:

PRESIDENTE 146

Proposte di legge (*Seguito della discussione e rinvio*):

CATTANEI: Sistemazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati (607);

DE MARIA: Concorsi interni riservati a posti di primario, aiuto e assistente ospedaliero (641);

MORINI e CABRAS: Norme transitorie per i concorsi di alcune categorie di personale ospedaliero (761);

MARTINI MARIA ELETTA ed altri: Norme transitorie per il passaggio in ruolo dei medici e farmacisti ospedalieri incaricati secondo le modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130 (810);

D'AQUINO ed altri: Collocamento in ruolo *ope legis* dei medici ospedalieri (845);

BELLUSCIO: Passaggio in ruolo dei sanitari ospedalieri incaricati (857);

BOFFARDI INES ed altri: Sistemazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati e supplenti (913);

MARIOTTI ed altri: Ordinamento del personale sanitario e farmacista degli enti ospedalieri (949);

MAGLIANO: Immissione in ruolo dei medici ospedalieri incariccati (999);

PAG.

CATTANEO PETRINI GIANNINA: Nome straordinarie per i concorsi medici ospedalieri (1132);

TRIVA ed altri: Ordinamento del personale sanitario medico e farmacista degli enti ospedalieri (1170);

ORLANDI: Norme per la collocazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati (1460);

ALESSANDRINI ed altri: Revisione e snellimento delle procedure previste dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, relative alla immissione nei ruoli del personale sanitario ospedaliero (1509);

FRASCA ed altri: Proroga in servizio del personale sanitario non di ruolo presso enti ospedalieri (2324) 146

PRESIDENTE 146, 151, 152, 160

CATTANEO PETRINI GIANNINA, *Relatore* . 147, 151 152, 158

CORTESE 150, 156

D'ANIELLO 148, 151, 155

DE LORENZO . . 148, 149, 150, 151, 153, 155, 158

DE MARIA 154, 158

FERRI MARIO 153, 154, 155

GUI, *Ministro della sanità* . . 149, 151, 152 153, 159

INNOCENTI 152, 157

MESSENI NEMAGNA 149, 155

MORINI 148, 153, 154

VENTUROLI 147, 151, 157, 158, 160

La seduta comincia alle 9,45.

DEL DUCA, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Sostituzione.

PRESIDENTE. Comunico che a norma dell'articolo 19, quarto comma, del regolamento, per la seduta odierna il deputato Achilli sostituisce il deputato Signorile.

Seguito della discussione delle proposte di legge: Cattanei: Sistemazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati (607); De Maria: Concorsi interni riservati a posti di primario, aiuto e assistente ospedaliero (641); Morini e Cabras: Norme transitorie per i concorsi di alcune categorie di personale ospedaliero (761); Martini Maria Eletta ed altri: Norme transitorie per il passaggio in ruolo dei medici e farmacisti ospedalieri incaricati secondo le modalità previste del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130 (810); d'Aquino ed altri: Collocamento in ruolo *ope legis* dei medici ospedalieri (845); Belluscio: Passaggio in ruolo dei sanitari ospedalieri incaricati (857); Boffardi Ines ed altri: Sistemazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati o supplenti (913); Mariotti ed altri: Ordinamento del personale sanitario e farmacista degli enti ospedalieri (949); Magliano: Immissione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati (999); Cattaneo Petrini Giannina: Norme straordinarie per i concorsi medici ospedalieri (1132); Triva ed altri: Ordinamento del personale sanitario medico e farmacista degli enti ospedalieri (1170); Orlandi: Norme per la collocazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati (1460) Alessandrini ed altri: Revisione e snellimento delle procedure previste dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, e dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, relative alla immissione nei ruoli del personale sanitario ospedaliero (1509); Frasca ed altri: Proroga in servizio del personale sanitario non di ruolo presso enti ospedalieri (2324).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione abbinata delle proposte di legge di iniziativa dei deputati: Cattanei: Sistemazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati; De Maria: Concorsi interni riservati a posti di primario, aiuto e assistente ospedaliero; Morini e Cabras: Norme transitorie per i concorsi di alcune categorie di personale ospedaliero; Martini Maria Eletta ed altri: Norme transitorie per il passaggio in ruolo dei medici e farmacisti ospedalieri incaricati secondo le modalità previste dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130; d'Aquino ed altri: Collocamento in ruolo *ope legis* dei medici ospedalieri; Belluscio: Passaggio in ruolo dei sanitari ospedalieri incaricati; Boffardi Ines ed altri: Sistemazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati o supplenti; Mariotti ed altri: Ordinamento del personale sanitario e farmacista degli enti ospedalieri; Magliano: Immissione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati; Cattaneo Petrini Giannina: Norme straordinarie per i concorsi medici ospedalieri; Triva ed altri: Ordinamento del personale sanitario medico e farmacista degli enti ospedalieri; Orlandi: Norme per la collocazione in ruolo dei medici ospedalieri incaricati; Alessandrini ed altri: Revisione e snellimento delle procedure previste dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, relative alla immissione nei ruoli del personale sanitario ospedaliero; Frasca ed altri: Proroga in servizio del personale sanitario non di ruolo presso enti ospedalieri.

Come gli onorevoli colleghi ricordano, abbiamo concluso l'esame degli articoli fino al 32 compreso. Quindi iniziamo oggi l'esame degli articoli successivi che riguardano il tirocinio pratico.

Do lettura dell'articolo 33:

ART. 33.

(*Tirocinio pratico*).

Per essere ammessi a sostenere concorsi pubblici a posti di ispettore sanitario, di assistente o di farmacista presso gli enti ospedalieri, gli interessati devono aver compiuto un tirocinio pratico presso ospedali riconosciuti idonei a tal fine ai sensi dell'articolo 45, primo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Per essere ammessi a frequentare il suddetto tirocinio, gli interessati devono essere in possesso dei diplomi di laurea e di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo o di farmacista.

I sanitari ammessi a frequentare il tirocinio pratico non hanno alcun rapporto di impiego ed osservano l'orario e gli obblighi del servizio a tempo pieno.

Il tirocinio, fermo l'orientamento specifico, deve impegnare il tirocinante anche in attività di medicina e chirurgia generale.

La durata del tirocinio è di un anno.

Detta durata è ridotta a sei mesi per i sanitari che abbiano prestato il servizio militare per un intero anno od in ragione della metà della permanenza in servizio presso un ospedale militare negli altri casi.

I tirocinanti non possono essere adibiti a sostituzione di personale sanitario dell'ospedale.

Con legge regionale sono stabilite forme assicurative in favore dei tirocinanti.

CATTANEO PETRINI GIANNINA, *Relatore*. L'articolo 33 riguarda il dibattuto problema del tirocinio pratico, che era stato inserito in questo testo come sostitutivo dell'esame di idoneità per assistenti.

Soprattutto si tendeva a sostituire l'idoneità con una prova più concreta, più continuativa e seria; ma sono nate perplessità perché il tirocinio pratico previsto nel testo ora letto viene a sommarsi a quello obbligatorio necessario per conseguire l'abilitazione alla professione medica; tale tirocinio obbligatorio era di sei mesi in base alla vecchia legge, mentre la legge Mariotti vigente prescrive che sia di un anno. Ma la situazione prevista dall'articolo 45 della legge n. 132 del 1968 è collegata all'emanazione di un decreto del ministro della sanità - di concerto con il ministro della pubblica istruzione - che deve regolamentare la materia. Questo decreto è stato emanato, ma non è ancora registrato. Attualmente resta quindi valido il tirocinio di sei mesi, che molte volte finisce con l'essere uno pseudotirocinio anteriore alla laurea, per cui alcuni studenti, dopo tre mesi dalla laurea, si presentano a sostenere l'esame di abilitazione.

Nelle more della registrazione da parte della Corte dei conti del predetto decreto si sono determinate situazioni nuove, ivi compreso il decentramento delle funzioni del Ministero della sanità e di quello della pubblica istruzione. In questa situazione la Corte dei conti non potrà più registrare il decreto se non sarà modificato sulla base della nuova realtà, sia per quanto riguarda l'impegno economico, sia per quanto riguarda l'attribuzione della gestione dei capitali necessari non più al medico provinciale ma a chi sarà competente a gestirli, sia per quanto riguarda i posti disponibili divisi fra ospedali ed università.

Circa quest'ultimo punto va tenuto presente che dal 1969 la popolazione universitaria è andata aumentando e probabilmente la percentuale del 30 per cento dei posti prevista per le cliniche universitarie rispetto al 70 per cento previsto per gli ospedali, in molte regioni non potrà essere mantenuta, perché le cliniche universitarie non saranno in condizione di garantire questo 30 per cento di posti. Quindi, o si dovrà inserire una norma elastica che lasci la possibilità di variare la percentuale o tale percentuale si dovrà adeguare in modo da renderla più aderente alla realtà effettiva.

In questa situazione è emersa l'opportunità di rivedere l'articolazione del tirocinio pratico, sia in previsione del fatto che il tirocinio obbligatorio raggiunga un anno di durata, sia in connessione con la necessità di snellire le procedure del tirocinio stesso e delle norme per l'ammissione.

Pertanto bisogna rivedere l'articolato relativo al tirocinio pratico, che va regolato in modo da operare come una norma transitoria, fino a quando non sarà attuato il tirocinio obbligatorio previsto dalla legge n. 132 del 1968. Gli articoli 33, 34, 35 e 36 vanno pertanto rielaborati, e sin da ora sarebbe opportuno un riferimento all'attuazione della legge n. 132 del 1968, attraverso la quale si dovrà arrivare ad un unico tirocinio valido ai fini dell'idoneità e dell'ammissione alla professione.

Se i colleghi accettano, in linea di massima, questa impostazione in una prossima seduta io potrei proporre una nuova formulazione degli articoli 33 e seguenti.

VENTUROLI. Mi pare di poter dedurre, dalla proposta della onorevole Cattanei Petrini Giannina e dalle argomentazioni che ella ha svolto, l'accoglimento di modifiche che a suo tempo noi suggerimmo ai colleghi ed al ministro. A noi infatti è sempre sembrato del tutto ovvio che non si dovesse, in questa sede, creare una situazione che portasse a rivedere, in definitiva, l'impostazione che è stata data al tirocinio, con la legge n. 132 del 1968, soprattutto perché non si dovrebbe aggiungere un altro anno, come originariamente era stato proposto dalla maggioranza.

C'è anche un altro aspetto del problema da considerare nella ristesura di questi articoli: ed è che, rendendo obbligatorio il tirocinio, il legislatore ha voluto creare le condizioni per cui, con il periodo di tirocinio, si effettui un apprendistato che non è effettuato

nel corso dell'università, nei modi e nei tempi necessari ad acquisire una certa esperienza pratica. Vorrei aggiungere che alla luce della legislazione che ha introdotto il principio dell'assegno di studio credo si debba riconoscere il diritto ad un assegno di studio anche durante il tirocinio pratico.

Nel testo in esame si parla di retribuzione parziale e, per quanto riguarda la parte assicurativa, si demanda alla regione lo stabilirne modi e condizioni. Faccio osservare però che l'assicurazione deve uniformarsi a indirizzi generali validi per tutti i tipi di professioni, perché quando un individuo è immesso in una attività lavorativa deve essere assicurato per tutto il periodo in cui corre rischi inerenti alla sua professione. Si tratta di una norma generale che non può essere demandata alle regioni.

Questa è la impostazione del gruppo comunista e ci affidiamo all'abilità del relatore di interpretare questo orientamento, riservandoci di esprimere la nostra opinione sul merito del testo che ci sarà sottoposto.

DE LORENZO. Il collegamento posto dal relatore tra il tirocinio previsto nel provvedimento in esame e il tirocinio obbligatorio non corrisponde all'obiettivo essenziale di questo provvedimento, che è di sanatoria. Sono d'accordo con l'onorevole Venturoli che il tirocinio aveva l'obiettivo di dare una preparazione pratica agli studi teorici dei laureati e tanto più questo è vero e urgente oggi che il numero dei laureati è molto elevato, per cui la preparazione universitaria è del tutto insufficiente per l'esercizio della professione.

Però il tirocinio prima dell'esame di abilitazione è comune a tutti i laureati e non solo a coloro che vogliono seguire la carriera ospedaliera, sicché il volerlo collegare alla carriera ospedaliera ne snatura la finalità e ritarda l'applicazione di questo provvedimento.

Noi, in questo modo, ritarderemo di qualche anno l'attuazione di una delle norme più qualificanti per la salute pubblica. Un adeguamento potremmo anche attuarlo, però isolatamente; il primo tirocinio è estremamente utile per tutti i laureati: almeno, obbligando i giovani medici a vedere un po' di malati, li mettiamo in condizione di essere meno nocivi per la società.

MORINI. Non trovo le osservazioni svolte dall'onorevole De Lorenzo in contraddizione con quanto proposto dal relatore. Tranne l'organo della Federazione dei medici, nessun organo di stampa ha ancora pubblicato niente in merito al decreto ministeriale emanato ai sensi dell'articolo 45 della legge n. 132 del 1968, ma chi ne ha preso visione, si è reso conto che si tratta di un provvedimento serio, che indubbiamente assolve ad una norma precisa che il Parlamento italiano ha voluto introdurre, nella precedente legislatura, in materia di tirocinio obbligatorio.

Certo è chiaro che molti punti di tale decreto dovranno essere rivisti e che occorrerà trovare diverse formulazioni, per quanto riguarda, per esempio, i medici provinciali e gli ospedali psichiatrici, che invano hanno atteso l'erogazione delle somme loro destinate, non essendoci più dopo il decentramento delle funzioni l'organo periferico cui spettava questo compito.

Comunque il tirocinio obbligatorio che emerge da queste basi è una cosa seria, e credo lo si possa ritenere valido anche per l'ammissione degli assistenti in sostituzione della vecchia idoneità nazionale.

DE LORENZO. La legge stabilisce che l'interessato debba ottenere prima l'abilitazione. Quindi basta abolire la prova di idoneità.

MORINI. Credo che tirocinio ed abilitazione siano più che sufficienti per essere ammessi al concorso pubblico per entrare in ospedale. Poiché il citato decreto ministeriale non è ancora stato registrato, bisogna sollecitare il Governo affinché l'*iter* si concluda nel più breve tempo possibile.

Comunque, poiché attualmente, vi è questo stato di fatto, per cui il decreto deve essere modificato e registrato, e poiché, anche dopo che il decreto sarà stato registrato, per avere medici abilitati dovremo aspettare un anno e mezzo o due, ci troviamo nella situazione di aver abolito l'esame di idoneità nazionale e di non aver ancora il tirocinio. Dobbiamo allora trovare una soluzione per questa fase transitoria e per questo si proponeva di prevedere un tirocinio pratico, che finisca allorché entrerà in vigore quello previsto dalla legge n. 132 del 1968.

D'ANIELLO. La materia è confusa e contraddittoria. Non stiamo a cercare a chi addebitare la colpa della situazione, ma certo non possiamo legiferare senza tenere conto di quello che già esiste. L'onorevole Morini ha detto che per potere avere i primi medici abilitati in base alla legge Mariotti del 1968 occorreranno circa due anni; non possiamo aspettare

tanto, ma dobbiamo vedere come conciliare le norme che ci accingiamo a varare con la legge attualmente in vigore, ma per ora inapplicabile. Quindi il problema sollevato dal relatore è valido e le osservazioni del collega Venturoli sono fondate. Si deve vedere come uscire dalla situazione, tenendo conto che si rischia di sovrapporre due specie di tirocini, uno dei quali è quello previsto dalla legge del 1968. Inoltre, tra i suggerimenti migliorativi che vorrei dare c'è una proposta tendente a limitare gli ospedali qualificati ai fini del tirocinio. Vi deve essere un organo predisposto a segnalare quali ospedali lo siano: vi sono grossi problemi di organizzazione. Ciascuno quindi porti il suo suggerimento, ma non vi è dubbio che si debba affrontare il problema del tirocinio tenendo conto di quello che vi è a monte e tentando di conciliare l'esigenza di avere medici che siano tali sotto ogni punto di vista, come quella di regolare la posizione di chi dopo tre anni di lavoro negli ospedali dovrebbe ancora sostenere il concorso per assistente.

Concordo quindi con la onorevole Cattaneo Petrini Giannina e mi impegno a sottoporre suggerimenti per rendere il tirocinio efficiente e non fonte di inconvenienti nuovi.

MESSENI NEMAGNA. Ritengo che un medico abilitato all'esercizio della professione abbia già superato l'esame e il tirocinio. Se il decreto arriverà in ritardo ciò non significa che la situazione debba restare bloccata. Vorrei solo suggerire, laddove si dice nell'attuale articolo 33 che il tirocinio è ridotto a sei mesi per coloro che hanno prestato il servizio militare, di usare la dizione « hanno frequentato la scuola di sanità ».

GUI, *Ministro della sanità*. Onorevoli colleghi, credo che questa discussione sia opportuna per definire, se si debba arrivare ad incaricare la onorevole Cattaneo Petrini Giannina di stendere un nuovo testo dell'articolo, un orientamento in materia. Eravamo partiti dalla considerazione che la legislazione vigente prevede che, dopo l'abilitazione, occorre, per esercitare la professione medica, l'esame di idoneità. La legge n. 132 del 1968 (Mariotti) prevede che per potere accedere al concorso di assistente ospedaliero occorre una preparazione scientifica successiva a quella dell'abilitazione.

Quando mi sono occupato del provvedimento ora in esame ho trovato che la Commissione aveva manifestato l'opinione che fosse opportuno abolire l'esame di idoneità, per i noti inconvenienti pratici, e sostituirlo, almeno per gli assistenti, con un tirocinio pratico. Ho aderito a questa impostazione per facilitare la conclusione dell'*iter* del provvedimento e arrivare alla sanatoria, che è urgente. Ora emerge un'altra preoccupazione enunciata dal relatore: cioè che mantenendo la formulazione attuale degli articoli 33 e seguenti stabiliremmo la necessità di un anno di internato prima dell'abilitazione per tutti, più un anno di tirocinio ancora per gli aspiranti alla carriera ospedaliera; e questi giovani perderebbero troppi anni, perché deve aggiungersi anche il periodo del servizio militare.

DE LORENZO. Negli altri paesi europei questo periodo è di due anni.

GUI, *Ministro della sanità*. Ma non tutte le facoltà di medicina hanno un corso di sei anni: hanno anche corsi più brevi. Questa preoccupazione comunque è in parte teorica, perché il famoso biennio obbligatorio non esiste in realtà.

Sono anch'io in parte responsabile delle norme della legge n. 132 del 1968, che disponeva la creazione di questo periodo di tirocinio obbligatorio prima dell'abilitazione, perché come ministro della pubblica istruzione, concordai questa disposizione con l'allora ministro della sanità. Io del resto ritengo ancora che tale norma sia giusta e valida: lo stato di cose esistente ne ha avallato la necessità, dato che la situazione nelle facoltà di medicine è, dal 1968 ad oggi, notevolmente peggiorata ai fini della preparazione pratica specifica. Questa norma non è però applicata. Ho sottomano il decreto ministeriale che alcuni anni dopo l'approvazione della legge del 1968 è stato emanato, a cura dei ministri Scalfaro e Gaspari. Questo ponderoso decreto di 23 articoli non è stato registrato dalla Corte dei conti, che ritengo abbia sollevato anche delle obiezioni di carattere finanziario. Penso però che tale decreto non sia oggi più applicabile così come è, per motivi indipendenti dalle osservazioni fatte dalla Corte dei conti, e ritengo che dovranno essere modificati il numero dei posti e la ripartizione dei posti tra gli ospedali e le cliniche; e c'è tutta una normativa, sulle possibilità concrete di spesa, sull'erogazione delle somme previste attraverso i medici provinciali, che oggi non è più praticabile. Ricordo le traversie che abbiamo dovuto affrontare per spendere i miliardi di residui passivi accumulati sul bilancio della sa-

nità per gli ospedali psichiatrici, perché non c'erano organi periferici cui destinare queste somme affinché le trasferissero alle province e da queste giungessero poi agli ospedali psichiatrici. Ritengo che questo stato di cose dovrà essere modificato. Io ho fatto pressioni presso il mio collega della pubblica istruzione perché questo testo si adeguasse alla realtà nuova, ma ancora non è stato fatto nulla in proposito.

Ora, noi potremmo non tener conto di questa situazione e, rimanendo fedeli all'impostazione originaria del testo in esame, stabilire che al posto dell'idoneità si preveda un anno di tirocinio, da svolgere per poter sostenere poi gli esami di concorso per assistente. E a questo punto vorrei aprire una parentesi, per rispondere al collega Venturoli, circa l'aspetto economico delle innovazioni che vorremmo attuare. Ho una lettera del ministro del tesoro in cui prescindendo dagli oneri economici che verrebbero attribuiti agli ospedali, si fanno delle obiezioni circa la proposta di elevare la misura dell'assegno mensile a favore dei tirocinanti, probabilmente, perché si confondono le due categorie di tirocinanti. Io invece ritengo giusto che l'assegno mensile ai tirocinanti che siano già abilitati all'esercizio della professione medica, sia superiore a quello dei tirocinanti non ancora abilitati: da questo punto di vista, una nostra decisione in questo senso sarebbe, credo, giustificata. Più cautamente procederei per la parte relativa alla previdenza: è un argomento che bisogna approfondire bene, perché l'assegno corrisposto non sarebbe uno stipendio (che presuppone un rapporto d'impiego); infatti come non è un rapporto di lavoro quello dell'internato prima dell'abilitazione, così non lo sarebbe quello dopo l'abilitazione: non potremmo quindi parlare di stipendio, in questi casi. Sotto l'aspetto previdenziale potremmo equiparare il trattamento dei tirocinanti a quello riservato a coloro che godono di borse di addestramento didattico-scientifico, cioè le borse che sono state istituite per i giovani laureati che continuano a lavorare presso l'università. Credo che una cosa del genere si possa fare, in quanto si tratta nel caso attuale di una specie di borsa che si da, mentre, come ho detto, non si può parlare di rapporto d'impiego. Dobbiamo naturalmente contenere entro certi limiti questi oneri economici, procedendo con cautela e consultandoci con il ministro del tesoro per arrivare a delle soluzioni convenienti e soddisfacenti per tutti; nonché per evitare di ritardare la discussione del provvedimento introducendo variazioni di spesa sulle quali dovremmo consultare la Commissione bilancio, che potrebbe giungere ad un parere negativo su richiesta del ministro del tesoro che eccepisce delle difficoltà circa gli oneri preventivati.

Chiusa questa parentesi, resta da esaminare il rapporto tra questo tirocinio e l'internato da svolgere prima dell'abilitazione. Il relatore diceva che potremmo stabilire la durata di un anno per il tirocinio successivo all'abilitazione, disponendo però che il giorno in cui verrà applicato il tirocinio obbligatorio previsto dalla legge del 1968, tale norma decada: si dovrebbe cioè strutturare il tirocinio disposto in questo provvedimento in modo che esso possa essere poi soppresso quando sarà applicato quello obbligatorio. A me però sembra ché la chiarezza originaria dell'impostazione secondo cui questo tirocinio sostituiva l'idoneità verrebbe così ad offuscarsi. Tuttavia, dobbiamo considerare la situazione di cui ho prima parlato, per cui bisogna evitare che i giovani vengano ammessi agli esami di concorso, e quindi negli ospedali, troppo tardi: dobbiamo far prevalere dei criteri di opportunità, piuttosto che guardare all'impostazione generale della materia, perché se guardassimo a questa dovremmo mantenere in vita entrambi i tirocini. Potremo allora prevedere che ci sia per ora solo il tirocinio imposto con il presente provvedimento, mentre la sorte dell'altro sarà decisa in un secondo tempo. Questo attiene ad una valutazione di opportunità per la quale mi rimetto alla Commissione.

CORTESE. A me sembrerebbe che, dal momento che il tirocinio è obbligatorio per conseguire l'abilitazione, sia inutile aggiungere che, per essere ammessi al concorso, è necessario aver fatto un tirocinio pratico. Il punto da considerare è questo, e non quello dell'idoneità. L'assistente che si è già abilitato, per abilitarsi ha dovuto fare un certo tirocinio; l'abolizione dell'idoneità non c'entra.

Stando così le cose, la conclusione è che, se si attua questo articolo, tutti gli abilitati potranno concorrere al grado di assistente.

DE LORENZO. Ringrazio per i chiarimenti; sarà ora la Commissione a decidere in merito. Per conto mio, onorevole ministro, il tirocinio stabilito dalla legge ospedaliera ha la sua precisa funzione, e non si può ammettere che si preveda un tirocinio per i concorsi d'assistente ospedaliero, e non quello che fornisce una preparazione pratica di base.

Quindi il tirocinio per l'abilitazione è fondamentale, e se si dice che non è possibile effettuarlo perché il relativo decreto ministeriale non è ancora stato approvato, o perché manca una adeguata situazione finanziaria, bisogna vedere se con questo provvedimento possiamo rimediare a questo. Ricordiamoci, ripeto, che il primo tirocinio è essenziale per la formazione professionale prima, e per l'esercizio professionale poi.

Il tirocinio che permette di sopprimere la prova di idoneità dovrebbe venire in seguito; ciò finisce però con il provocare una certa difficoltà di applicazione del provvedimento che stiamo elaborando, per la spesa maggiore che ne deriva.

GUI, *Ministro della sanità*. Però abbiamo risparmiato qualcosa sopprimendo gli esami di idoneità.

DE LORENZO. Certo, però questi esami non costano quanto un anno di tirocinio. Comunque posso anche essere d'accordo per il secondo anno di tirocinio, purché sia fatto prima il tirocinio basilare, perché dobbiamo garantire a tutti una preparazione idonea all'esercizio professionale.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni può ritenersi accolta la richiesta del relatore di accantonare per il momento gli articoli 33, 34, 35 e 36.

(*Così rimane stabilito*).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 37.

A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge la prestazione del servizio a tempo pieno di cui all'articolo 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e all'articolo 24 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, è obbligatoria all'atto della nomina in ruolo per tutto il personale sanitario ospedaliero.

Per un periodo di cinque anni l'obbligatorietà della prestazione del servizio a tempo pieno può essere sospesa dalle amministrazioni ospedaliere, in relazione alle effettive esigenze di servizio.

La prestazione del servizio a tempo definito di cui ai citati articoli 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e 24 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, è limitata ad un periodo di cinque anni dall'entrata in vigore della presente legge.

Gli onorevoli Giannina Cattaneo Petrini e Morini hanno presentato il seguente emendamento:

Sostituire l'articolo 37 con il seguente:

ART. 37.

A decorrere dall'inizio dell'anno successivo a quello dell'entrata in vigore della presente legge le amministrazioni ospedaliere per l'attuazione del proprio programma di attività ed in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previo parere della Regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta, a singoli sanitari ospedalieri la prestazione del servizio a tempo pieno di cui agli articoli 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e 24 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130.

CATTANEO PETRINI GIANNINA, *Relatore*. Si intende, con questo testo sostitutivo dell'articolo 37, far riferimento ad un tempo ben programmato. Le amministrazioni ospedaliere dovranno valutare le esigenze assistenziali nelle singole divisioni o servizi ed in relazione ad esse prescriveranno ai sanitari la prestazione del servizio a tempo pieno.

DE LORENZO. Desidero dire subito che sono contrario a questo articolo e voterò contro per quanto mi riguarda.

VENTUROLI. È opportuno precisare, circa la nuova formulazione dell'articolo, che si tratta di un testo concordato, quindi di un emendamento in cui ci identifichiamo.

Vorrei sottolineare un punto: laddove si dice « previo parere della regione » dobbiamo tenere presente che esistono vari statuti che affidano o al consiglio o all'assessorato determinate competenze; propongo quindi di inserire le parole « previo parere dell'assessorato competente », senza specificare « della sanità ».

D'ANIELLO. Sarebbe allora meglio dire dopo « previo parere della regione »: « secondo le norme stabilite dai rispettivi statuti ».

VENTUROLI. D'accordo.

PRESIDENTE. L'onorevole Venturoli ha presentato il seguente emendamento all'emendamento del relatore:

Aggiungere dopo le parole. « della regione », *le altre*. « secondo le norme stabilite dai rispettivi statuti ».

CATTANEO PETRINI GIANNINA, *Relatore*. Sono favorevole.

GUI, *Ministro della sanità*. Sono favorevole.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento Venturoli, accolto dal relatore e dal Governo.

(*È approvato*).

Pongo in votazione l'emendamento del relatore interamente sostitutivo dell'articolo 37, modificato con il subemendamento ora approvato.

(*È approvato*).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 38.

L'articolo 10 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, è sostituito dal seguente:

« I sanitari sono tenuti alla reciproca consulenza.

Le amministrazioni ospedaliere, al fine di una migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico, possono realizzare strutture organizzative a tipo dipartimentale fra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari dell'ospedale nonché tra le strutture sanitarie dell'ospedale e quelle di altri ospedali o enti pubblici.

I rapporti intercorrenti fra l'ente ospedaliero e gli altri enti che concorrono alla realizzazione del dipartimento sono regolati con apposite convenzioni.

L'organizzazione delle strutture dipartimentali è deliberata dal consiglio dell'ente e la direzione delle stesse è affidata ad un comitato direttivo del quale fanno parte il direttore sanitario, i primari, gli aiuti capi di sezione e servizi autonomi, una rappresentanza degli aiuti ed assistenti nella proporzione stabilita per il consiglio dei sanitari dell'articolo 13 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché i dirigenti dei servizi degli altri ospedali o enti pubblici compresi nel dipartimento.

L'attribuzione di funzioni di direzione o di poteri di coordinamento delle strutture dipartimentali non comporta variazioni dello stato giuridico o del trattamento economico del personale.

Il comitato direttivo del dipartimento è coadiuvato, nelle questioni non strettamente sanitarie, da un comitato consultivo composto dai rappresentanti di tutto il personale che opera nell'interno del dipartimento.

Gli onorevoli Giannina Cattaneo Petrini e Morini hanno presentato il seguente emendamento:

Sostituire l'articolo 38 con il seguente:

ART. 38.

Secondo le indicazioni della programmazione sanitaria regionale le amministrazioni ospedaliere, al fine di una migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico-scientifico, realizzeranno strutture organizzative a tipo dipartimentale fra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari dell'ospedale e quelle di altri ospedali o enti pubblici.

La regolamentazione e l'organizzazione delle strutture dipartimentali è disciplinata con legge regionale.

CATTANEO PETRINI GIANNINA, *Relatore*. Con la nuova formulazione dell'articolo 38 abbiamo voluto lasciare più libere le decisioni nell'ambito della sperimentazione del dipartimento. Sul piano formale c'è forse da rilevare che sarebbe meglio dire, invece che « realizzeranno », « sono tenute a realizzare », aggiungendo eventualmente l'inciso « su base programmatica ». Con il riferimento agli enti pubblici si sottolinea l'esigenza di una collaborazione anche con servizi dei comuni o consorzi: il servizio di pediatria e di ambulatorio gratuito per i nati fino ai due anni, gli ambulatori specialistici e la medicina scolastica; questo è il significato, ed il modo di organizzare secondo il principio del dipartimento l'assistenza sanitaria in avvenire, secondo le realtà e le esigenze locali.

INNOCENTI. Fissare, come fa l'articolo, le finalità del dipartimento, vuol dire in pratica non stabilire niente, perché queste altro non sono che le finalità di una qualsiasi attività ospedaliera mirante alla migliore efficienza organizzativa; in questo il dipartimento non c'entra.

Quanto ad un'organizzazione dipartimentale tra servizi ospedalieri e servizi di enti pubblici, per dare realmente un senso alla cosa, penso che l'unica via sia quella di parlare di medicina preventiva, scolastica e del lavoro, perché è questo il settore in cui si può realizzare una vera collaborazione tra l'ospedale e l'ente locale. O si fa così, o non diamo nessuna precisa finalità al dipartimento; allora tanto varrebbe cancellare tutto il resto e lasciare in piedi soltanto le ultime tre righe dell'articolo.

GUI, *Ministro della sanità*. Ma sono queste le finalità che la legge in vigore prevede per il dipartimento.

DE LORENZO. In linea di principio mi dichiaro favorevole al dipartimento, che potrebbe realmente rappresentare un punto di incontro e di collaborazione per il miglioramento dell'assistenza ospedaliera; però, su questo articolo, desidero fare alcune osservazioni.

Prima di tutto non mi pare che il nuovo testo sia migliorativo rispetto al precedente, perché rende obbligatoria la creazione dei dipartimenti, cosa che non ritengo opportuna, perché ancora in Italia gli ospedali non sono maturi per questo genere di realizzazione. Basta pensare infatti che abbiamo 15 mila sanitari, che non c'è ancora stata una selezione del personale, e che il dipartimento rappresenta un'alta espressione dell'attività medica, per rendersi conto che ancora non abbiamo la maturità sufficiente per un esperimento del genere.

Vi è da tenere conto della situazione finanziaria, per alcuni ospedali particolarmente pesante, che l'attuazione dei dipartimenti aggraverebbe ulteriormente. D'altra parte come si può generalizzare ? Alcuni ospedali non hanno necessità di costituire dipartimenti e chiedono solo consulenze. Faccio ancora notare che si lascia la regolamentazione alle regioni; ma questa regolamentazione deve attuarsi regione per regione o in base all'obiettiva situazione del progresso scientifico ? Ritengo che si creerebbero contrasti di natura politica che aggraverebbero la confusione e che sia meglio lasciare la situazione inalterata, così che solo gli ospedali che hanno la possibilità di dar vita a dipartimenti possano crearli; poi la riforma sanitaria, che speriamo sia varata presto, ci auguriamo che possa portare norme migliorative del funzionamento degli ospedali, anche per quanto riguarda i dipartimenti.

FERRI MARIO. Credo che l'articolo risponda alla necessità di una disciplina della materia che tenga conto di una serie di esigenze che non possiamo ignorare. In questa materia è la regione che ha competenza a decidere e programmare, e sembra giusto che la legge che dovrà regolare l'organizzazione del servizio debba essere di carattere regionale; questo non mi spaventa perché non considero un consesso democratico, come quello regionale, di capacità diversa o minore rispetto ad altri consessi, come il nostro, ad esempio. Fissati determinati criteri, spetterà alla capacità dell'organo democratico, secondo la funzione delle diverse sue componenti, di varare leggi capaci di strutturare, secondo le esigenze, un servizio tanto importante. D'altra parte non è vero che, così facendo, aggraveremmo la situazione di alcuni ospedali, perché nella prima parte dell'articolo facciamo riferimento alle indicazioni della programmazione sanitaria regionale; quindi in quella sede, con altrettanto senso di responsabilità, saranno elaborate le scelte opportune per dar corso ad iniziative di questo tipo, laddove esistano necessità e condizioni.

Non voglio credere che le strutture regionali che dovranno programmare – e mi auguro che, come alcune regioni hanno iniziato, le altre si affrettino a fare in questo campo – abbiano difficoltà nell'operare scelte indispensabili, tali che le nostre indicazioni non si trasformino in un aumento di caos.

Non ho quindi difficoltà ad accogliere il testo proposto. La programmazione sanitaria regionale indica le strutture ospedaliere entro cui il dipartimento deve essere un dato di fatto concreto; una volta operata la scelta attraverso uno strumento di sua competenza, con sua legge, la regione stabilirà i modi di espletamento di tale struttura all'interno dell'ospedale.

Riserve ulteriori da parte nostra potrebbero inficiare il giudizio sulla capacità decisionale dei consigli regionali, giudizio che esprimo in senso positivo.

MORINI. Ci eravamo proposti di ricomprendere in questa legge un articolo che riguardasse i dipartimenti, sotto forma di un articolo nuovo o come modifica dell'attuale articolo 10 del decreto n. 128 del 1969 che regola i dipartimenti. Il fatto che l'articolo 10 abbia avuto scarsa applicazione mi rende scettico circa l'applicazione del dipartimento nel paese, specie in relazione alla preparazione del personale medico ed alla distinzione esistente negli ospedali fra personale laureato e no. Infatti il livello di coloro che sono entrati a lavorare negli ospedali con una preparazione modesta (perché non esistevano altre forme di formazione e preparazione) è basso, anche in confronto al livello raggiunto in altri paesi dell'Europa occidentale ed orientale. Penso quindi che il dipartimento, anche dopo l'approvazione di questo articolo, non troverà applicazione molto diffusa. Gli esempi che si sono potuti fare sulla base della legislazione attuale sono pochi. In questi giorni, nella mia città, dopo un travagliato *iter*, che aveva origine dalle posizioni velleitarie di

alcuni sindacati che volevano trasportare nell'organizzazione ospedaliera vicende organizzative di altri settori del lavoro, si è arrivati all'approvazione unanime da parte del consiglio d'amministrazione di un dipartimento per la maternità e l'infanzia.

Non mi rende perplesso la larga delega che concediamo con l'articolo 38. Si potrebbe pensare al pericolo di difformità notevoli, ma per tranquillizzarsi ci si deve rendere conto che il dipartimento opererà in una realtà concreta secondo le esigenze

FÉRRI MARIO. Semmai si introduce un elemento che tende a migliorare ed a disciplinare lo stato di fatto in modo da favorire il raggiungimento dell'unità territoriale.

MORINI. Vorrei dire anche che prevedere la presenza di personale paramedico accanto a quello medico, con compiti organizzativi, risponde ad una precisa esigenza di serietà. Infatti il comitato del dipartimento dovrebbe (come risulta dal regolamento di uno dei pochi dipartimenti esistenti, approvato dopo tre anni di contrasti a Reggio Emilia) coordinare il programma di attività delle sezioni, cercare di elevare il tono medio della preparazione. fare da organo consultivo in materia di acquisto di attrezzature, ecc.

Una unica modifica credo dovrebbe essere apportata a questo nuovo testo, cioè l'introduzione di un comma specifico che ci salvaguardi dal possibile realizzarsi di un superprimario, di una specie di *primus inter pares* cui la nostra sempre ampia fantasia amministrativa potrebbe dar vita; questo soprattutto al fine di rispettare la funzione del Parlamento, la cui volontà è in questo caso per l'assoluta *par condicio* tra i sanitari.

DE MARIA. Considerando il testo dell'articolo con un pò di attenzione, ne emergono due elementi di fondo. In primo luogo ho l'impressione che ci si sia lasciati prendere la mano da un certo spirito di mortificazione dell'ente ospedaliero, per esaltare invece la regione.

Io sono dell'opinione che l'esperienza regionale non sia poi così estremamente positiva, come da molti viene vantato. Mi riferisco, per esempio, alla regione Puglia dove i colleghi del mio collegio sanno bene la battaglia che, in venti anni di vita democratica, abbiamo condotto per avere finalmente un piano ospedaliero. Da parte della provincia non c'è stato in questo senso alcun anelito di responsabilità. Anche dopo i nostri sforzi, le strutture ospedaliere della regione sono carenti, non raggiungendo il minimo - previsto dalla Organizzazione mondiale della sanità - di 7 mila posti letto. La verità è che si vuole declassare un ospedale regionale, che si vogliono declassare altri ospedali provinciali, che non si vuole creare nessun ospedale. Le 16 giornate medie di degenza che abbiamo, contro le 8 dell'Inghilterra e le 6 della Francia, vogliono dire solo questo.

Quindi, poiché le amministrazioni ospedaliere hanno delle responsabilità, lasciamo che se le assumano.

Per quanto riguarda il dipartimento devo dire che, come medico, sono favorevole, però preciso che, come direttore di un dipartimento che comprende 5 cattedre, non riesco a mettere d'accordo i 5 titolari delle cattedre stesse, e quindi a realizzare il programma scientifico e di ricerca che ci eravamo prefissati, proprio perché ognuno è geloso della propria autonomia ed indipendenza. In Italia è così, forse in Germania le cose vanno diversamente.

Per quanto riguarda il dipartimento, quindi, secondo me non abbiamo le idee abbastanza chiare; infatti una cosa è parlare, per esempio, di struttura verticale, ed un'altra di struttura orizzontale. In pratica, con questo provvedimento, si vuole creare una struttura dipartimentale nuova, che nella realtà però non fa che rispecchiare quanto negli ospedali si è sempre fatto. Questo perché non si può creare con legge il dipartimento, quando ancora non conosciamo sufficientemente come un dipartimento debba essere strutturato; il legislatore consacra realtà che già esistono, non può anticipare i tempi. In pratica, è come se volessimo legiferare su tipi di trapianto che ancora non conosciamo; non faremmo altro che una legge inapplicabile, come del resto è già successo (vedi il caso della legge sulla visita prematrimoniale).

Un dipartimento nato su queste basi non potrà mai essere operante, ed i fini che gli attribuisce il disegno di legge sono i più generici che si possa immaginare. Allora lasciamo, sì, la previsione del dipartimento, però non rendiamone obbligatoria la costituzione, in modo che sorga soltanto laddove è realmente possibile.

Senza contare che mi pare che vi sia un equivoco: nel senso che la programmazione regionale dovrebbe seguire la necessità di particolari strutture; ma sia chiaro che il dipartimento va al di là delle attuali strutture organizzative e dovrà mettersi in relazione con l'ambito universitario. Quindi concordo sulla

possibilità, ma non sulla obbligatorietà del dipartimento, altrimenti faremo una legge che sarà inapplicata. Il dipartimento, attualmente, è un obiettivo da raggiungere, non è ancora un obiettivo raggiunto. Propongo quindi la dizione « possa realizzare » invece di « realizzeranno » e la soppressione dell'ultimo comma dell'articolo che vorrebbe lasciare tutta la realizzazione alle regioni, perché esso resterebbe inoperante per la carenza di strutture ospedaliere nelle varie regioni. Prima creiamo le strutture, poi organizziamole con legge.

MESSENI NEMAGNA. Il gruppo del MSI-destra nazionale non crede al dipartimento; anche altre nazioni lo stanno abolendo. Non è precisato quale sia l'economia di gestione che comporta il dipartimento ed a chi resta affidata l'*équipe* dipartimentale. Ci chiediamo: se si deve intervenire urgentemente in sede medica o chirurgica su un ammalato, chi lo decide? il comitato direttivo? esiste un comitato consultivo? Bisogna semmai creare una *équipe* di collaboratori; il che veramente già esiste, di fatto, negli ospedali.

Per quanto riguarda l'ultimo comma dell'articolo sono contrario, e sono d'accordo con l'onorevole De Maria. Al massimo potrebbe esservi una normativa ministeriale d'ordine generale nel cui ambito le regioni, ove possibile, operino.

D'ANIELLO. Mi rifaccio a quanto ha detto l'onorevole Messeni Nemagna, perché è vero che i dipartimenti negli Stati Uniti ed in Inghilterra sono in crisi perché concepiti con puro criterio tecnico-scientifico; noi invece abbiamo intenzione di realizzare un dipartimento che possa legare maggiormente l'assistenza ospedaliera agli attuali modi di assistenza all'esterno dell'ospedale. Se non si tiene conto di questo dato di fondo non si può legiferare sul dipartimento; se invece ne teniamo conto, ecco giustificato perché individuiamo nella regione l'organo che, procedendo alla programmazione sanitaria ed ospedaliera, può indicare le strutture dipartimentali finalizzate a determinati compiti, che non sono quelli dei dipartimenti esistenti all'estero.

Io ritengo che vada precisata nell'articolo la necessità di individuare talune finalità ben precise, che fanno cambiare aspetto al dipartimento che vogliamo istituire rispetto a quelli attuati all'estero.

Mi pare che l'onorevole Innocenti abbia parlato, a proposito della medicina preventiva, di un legame con altri servizi. Ebbene io proporrei (e preciso che su certe concezioni del dipartimento ho avuto contrasti perché pensavo che si rischiasse di ottenere il contrario di quello che prima dicevo, mentre il medico unico non mi ha mai spaventato perché la collaborazione è di tutti su un piano di collegialità; se invece per medico unico si intende qualcos'altro posso non essere d'accordo), proporrei – dicevo – una maggiore precisazione dei fini del dipartimento e, dopo avere ascoltato le discussioni sulla obbligatorietà o meno, mi spingerei ancor più verso l'obbligatorietà, ma con la condizione di un periodo di prova, dicendo « sono tenute ad attuare i dipartimenti in via sperimentale », perché certamente dovremo andare incontro ad una normativa differenziata: la medicina preventiva – ad esempio – avrà in certe regioni determinazioni in un certo senso, in altre in direzione diversa. Quindi prima di arrivare ad una normativa generale specifica, proporrei all'attenzione della Commissione la possibilità di prevedere una prova.

FERRI MARIO. Vorrei chiarire che non è mia intenzione mortificare alcuno quando riconosco la capacità, alla regione, di organizzare le strutture dipartimentali. Non siamo chiamati a rimettere in discussione un principio già affermato nella legislazione vigente. Semmai facciamo una verifica di come ha risposto quella formulazione alla realtà, per vedere che cosa bisogna fare perché sia possibile tradurre in realtà il principio già affermato.

Perché chiamiamo in causa le regioni e non le amministrazioni ospedaliere? Perché il dipartimento deve venire come qualcosa che si colloca in una situazione di carenza e che serve a migliorare l'efficienza operativa, a produrre economie di gestione, ad assicurare il progresso tecnico e scientifico.

DE LORENZO. Il progresso scientifico si può attuare attraverso la legge?

FERRI MARIO. A determinati medici si può dire di studiare entro gli ospedali. Nell'articolo 38 si parla di servizi affini e complementari con altri ospedali o enti pubblici; quindi vi dovranno essere iniziative in direzione della medecina preventiva, scolastica e del lavoro, ed anche qui si dovranno operare delle scelte, perché non possiamo lasciare le singole amministrazioni ospedaliere libere di decidere: devono essere individuate precise competenze. E chi meglio della regione, con apposite leggi regionali, può disciplinare tutta la materia senza prevaricare nessuno, ma met-

tendo ordine e disciplinando un campo in cui senza ordine è impossibile muoversi in certe direzioni?

Lo sforzo della Commissione può darci risultati positivi? Credo di sì, anche perché altrimenti sarebbero inutili gli scambi di idee, le intese, gli incontri a livello di gruppi politici, che dovrebbero portare in sede di Commissione ad una visione dei problemi tesa a raggiungere con maggiore facilità un obiettivo legislativo.

CORTESE. Con questo articolo si da vita a strutture dipartimentali, che hanno un costo di organizzazione. Vi sono state molte discussioni nell'ambito ospedaliero ed universitario in proposito; altro è concepire un dipartimento cosiddetto orizzontale, che rispecchia quanto è detto genericamente in questo articolo, altro è un dipartimento verticale, cioè un dipartimento di organi: quello di cardiologia – ad esempio – comporta il raggruppamento di tutta l'attività relativa alla cardiologia, da quella medica a quella chirurgica, strumentale e così via dicendo. Inoltre diciamo che le strutture dipartimentali sono organizzate a livello regionale, ma non diciamo nulla circa i modi di tale organizzazione: il dipartimento non è una legge, ma un'organizzazione tecnico-sanitaria. Quello che qui si dice configura una convenzione, non un dipartimento. Vi sono – ad esempio – ospedali convenzionati con istituti dei tumori, ma non si tratta certo di dipartimenti.

Vorrei dire insomma che se questo articolo resta così com'è chissà quando sarà applicato.

Ricordo che tre anni fa la Società italiana di chirurgia, nel congresso annuale, si occupò del dipartimento ospedaliero ed universitario. Erano presenti professori come Avveduto e Imperati, e moderatore era il professor Stefanini. Si studiò se la questione del dipartimento fosse trasferibile nella facoltà di medicina, ma soprattutto si trovarono enormi difficoltà a definire il dipartimento; infatti è inutile credere di aver messo su un dipartimento, perché per esempio il reparto ostetricia è stato collocato accanto a quello di pediatria; si tratta in questo caso di un semplice accorgimento messo in pratica, di solito, anche nella più modesta clinica privata, e che con il dipartimento non ha nulla a che vedere. Così come non vuole dire che si sia realizzato un dipartimento, quando il chirurgo si avvale della collaborazione del cardiologo e dell'anestesista, e magari richiede anche in sala operatoria la presenza del cardiologo: ciò risponde ad una prassi del tutto normale ed usuale.

Dalla discussione fatta allora emerse che non è facile organizzare un dipartimento, specialmente quello di tipo verticale, anche per la spesa che ne deriverebbe. Si dice il falso quando si parla di realizzare risparmi; con il dipartimento si accentuano, invece, le spese per gli impianti, per le attrezzature tecniche e per il gran numero di persone necessario perché un dipartimento funzioni. È bene sfatare quindi ogni speranza di economie di gestione, del tutto infondata.

Invece quello che esisteva, e funzionava in modo egregio prima che la quiete ospedaliera fosse turbata, è la reciproca collaborazione, che non si configura nell'istituto dipartimentale, ma nell'autonomia delle singole divisioni che però lavorano in sintonia nell'interesse dell'ammalato.

L'esperienza dipartimentale di cui parlava l'onorevole D'Aniello, è stata fatta per lunghi anni nei paesi anglosassoni, i quali ultimamente hanno compiuto dei passi indietro in materia (basta vedere cosa succede in America). Tutto ciò però non toglie che il movimento di ricerca e di addestramento continui sul piano mondiale; tanto è vero che pochi giorni fa mi è giunta una lettera dalla facoltà di medicina dell'Università del Mississipi, con la quale mi si invitava ad inviare loro un medico desideroso di approfondire determinate specialità.

Attualmente si trovano in America due miei ex-assistenti: negli Stati Uniti dopo sei anni di esercizio si acquista il diritto di entrare in ospedale e, ammettendo che uno voglia diventare neurochirurgo, deve prima prendere una specie di patente (ce ne sono di tre gradi) che lo abilita alla diagnostica. Soltanto in un secondo tempo potrà entrare in sala operatoria, sempre sotto la diretta responsabilità del docente, pronto ad intervenire.

Togliamoci quindi dalla mente, ripeto, che attuare il dipartimento significhi anche realizzare un'economia di gestione. Poi, con la mentalità di oggi, il dipartimento non sarà altro che una compagnia di contestatori, nei cui confronti sarà impossibile realizzare qualsiasi programma di studio, e ciò accadrà tanto all'università quanto all'ospedale. Noi siamo un paese latino, e sappiamo bene quali sono i nostri pregi ed i nostri difetti. Se vogliamo, poi, che l'ammalato conosca il chirurgo che deve operarlo, dobbiamo considerare che questo non avviene con il dipartimento, che spersonalizza gli ospedali in cui l'ammalato diventa semplicemente un numero. Noi abbiamo bisogno invece della confidenza dell'ammalato, oltre che della coscienza del medico.

Io penso che se questa norma sarà varata non avremo il dipartimento, ma quelle strane configurazioni di cui tutti hanno parlato ma che nessuno conosce; ed esperimenti in questo senso non vanno fatti perché sono costosissimi e non si può tornare indietro. Inoltre l'esigenza che c'è è quella di disporre di persone che scientificamente e culturalmente siano aggiornate, e questa certezza non si può avere altro che facendo riferimento ad una persona più avanti negli anni che possa trasfondere nei propri collaboratori la sua esperienza.

Io mi dichiaro quindi sfavorevole al dipartimento; e non bisogna fare neppure confusione con gli istituti policattedre che attengono alla didattica, tanto che la legge universitaria prescrive che anche gli incaricati abbiano l'assegnazione di posti-letto, per poter fare parte dei docenti di ruolo.

Un'altra osservazione: per il regolamento e l'organizzazione della struttura dipartimentale ai medici non si fa riferimento. Ma ritenete giusto che un direttore ospedaliero non debba conferire con la regione su questa materia? In verità stiamo inventando molte cose sugli ospedali, cose che per lo più hanno portato alla loro decadenza. Bisognerebbe ora dimostrare che il risultato dell'introduzione del dipartimento per la vita ospedaliera sarà migliore rispetto al passato.

INNOCENTI. Se con l'articolo 10 del decreto n. 128 del 1969 si lasciava ai consigli di amministrazione una certa libertà, approvando l'articolo 38 nel nuovo testo, gli ospedali non avranno più alcuna possibilità di movimento sino a quando non ci sarà la legge regionale.

VENTUROLI. Richiamo l'attenzione del ministro e dei colleghi sui precedenti che stanno a monte di questa nostra discussione, che da un anno si protrae anche per trovare sul problema del dipartimento una soluzione migliore di quella prevista dall'articolo 10 del decreto n. 128 del 1969, in base al quale era facoltà delle singole amministrazioni qualora lo avessero ritenuto opportuno di realizzare nell'ambito di ciascun ospedale strutture organizzative di tipo dipartimentale.

Ebbene, dal 1969 ad oggi un po' di tempo è passato, e l'esperienza ci dimostra che, salvo rarissime eccezioni, la norma suddetta ha avuto ben scarso successo. Pochissime amministrazioni hanno infatti colto l'opportunità di istituire un'organizzazione ospedaliera di tipo dipartimentale, la cui finalità fosse non soltanto di realizzare un processo di razionalizzazione delle strutture e dei servizi esistenti, ma anche una maggiore collaborazione tra il personale sanitario, nonché una aumentata e più specifica colleganza con le strutture non ospedaliere.

Per quanto concerne questo tipo di finalità, per cui vogliamo sollecitare l'iniziativa delle amministrazioni ospedaliere e delle regioni, con questo articolo creiamo i presupposti perché, attraverso la sperimentazione, si possa manifestare una realtà che è ancora tutta da scoprire.

Ritengo che la scelta non avrebbe potuto essere diversa perché, come più volte ho avuto modo di dire, c'è una diversità tale tra ospedale ed ospedale – soprattutto in base alla diversa collocazione territoriale – per cui fissare un unico modello per tutto il paese, pur se poteva essere giusto sul piano formale, sarebbe risultato di difficile realizzazione.

Inoltre non si vede il motivo per cui, nell'adottare la decisione di istituire il dipartimento non si debba tenere nella giusta considerazione la realtà rappresentata dall'ente regione, cui è stata demandata una specifica competenza per quanto riguarda il controllo e la programmazione dell'attività ospedaliera. Anche la riforma sanitaria, da questo punto di vista, non potrà far altro che ribadire questo intervento di natura nuova che lo Stato attua attraverso l'ente regione.

L'ultima stesura dell'articolo, secondo me, è più limitativa di precedenti proposte, in cui si fissavano i tempi entro i quali il dipartimento avrebbe dovuto essere realizzato; però preferisco sia così, perché questa formulazione è più rispettosa dell'autonomia regionale.

Vorrei aggiungere che, se in futuro – nonostante questo articolo – avremo ospedali o enti locali che non coordineranno i servizi e l'assistenza sanitaria, vorrà dire che gli organi elettivi e le popolazioni che hanno eletto tali amministrazioni si regoleranno di conseguenza. Una volta, infatti, che il legislatore ha compiuto il proprio dovere, deve lasciare che ognuno si assuma le proprie responsabilità, nella sfera di sua competenza.

Perciò è bene che noi si fissi il principio, senza però volerci sostituire all'ente competente.

Su questi argomenti abbiamo discusso molto a lungo, ed il testo su cui stiamo ora discutendo è il frutto delle conclusioni cui siamo giunti. Non voglio con questo discorso diminuire minimamente la libertà di ciascun commissario in sede di discussione dell'articolo 38, ma solo richiamare l'attenzione di tutti sull'impegno che è stato necessario per

giungere a questa convergenza. Il punto di vista dal quale si era partiti era infatti molto più articolato, e conteneva una serie di precisazioni ed indicazioni che, strada facendo, abbiamo visto avrebbero ritardato la conclusione dell'*iter* del provvedimento, cui tutti volevamo giungere nel più breve tempo possibile. Raccomando pertanto caldamente una valutazione politica degli sforzi compiuti in questo senso.

Il voler rimettere in questione elementi che hanno formato oggetto di questo lungo dibattito, potrebbe portare proprio al verificarsi di quel pericolo che abbiamo, con tanta cura, cercato di evitare; non ho infatti alcuna difficoltà a dichiarare che, o si arriva ad un risultato positivo su punti qualificanti quali le norme concorsuali, l'organizzazione ospedaliera e la sanatoria, oppure il gruppo comunista si richiamerà al regolamento per chiedere la remissione in aula delle proposte di legge in esame, perché ormai abbiamo un anno di dibattito alle spalle, e ci sembra che vi è stato modo di approfondire i vari problemi.

L'onorevole De Maria ha parlato di mortificazione dell'autonomia delle singole amministrazioni ospedaliere; a me pare che questa tesi non possa essere sostenuta con convinzione, perché nell'articolo 38 non facciamo altro in sostanza che richiamarci ai princìpi della programmazione regionale, che è tra i compiti istituzionali affidati dal legislatore alle regioni: questo per consentire di inquadrare le strutture esistenti che sono nate come sono nate in una visione più omogenea rispetto alla finalità di migliorare l'assistenza per le rispettive popolazioni.

Un collega diceva che il soggetto primario per quanto riguarda l'organizzazione interna, deve rimanere sempre l'ospedale; noi invece vogliamo che l'autarchia, a livello regionale, dell'ospedale sia eliminata, vogliamo andare ben al di là di quanto si fa oggi. Si tratta, insomma, di un discorso estremamente realistico, che non pregiudica niente.

DE MARIA. Una cosa è il dipartimento, e un'altra l'abolizione dell'ospedale.

VENTUROLI. La situazione deve essere arginata fino alla riforma sanitaria, non possiamo continuare ad accettare quanto si sta verificando oggi. Molte regioni, che si stanno adoperando per giungere alla definizione di un piano ospedaliero, non possono attuarlo perché mentre discutono – il più delle volte anche accanitamente – ci sono ospedali che continuano a moltiplicare le divisioni ed a progettare ampliamenti che, nel quadro della programmazione ospedaliera, non dovrebbero sussistere. Non è affatto vero, per esempio che a Lecce la regione abbia paralizzato l'attività degli ospedali.

DE MARIA. Lei non ha l'esperienza della mia regione, non la conosce. Lì la situazione è ben diversa.

In Emilia ed in Lombardia si stanno varando leggi di cosiddetta salvaguardia che bloccano la situazione esistente, in modo da mettere freno agli arbitri delle amministrazioni ospedaliere, e il commissario di Governo non ha fatto opposizione perché comprende che bisogna mettere ordine e limitare le spinte municipalistiche. Dire che tutto dovrà avvenire nel quadro delle scelte programmatiche della regione mi pare responsabile. Con questa innovazione cioè responsabilizziamo soggetti giuridici qualificati: o abbiamo questo coraggio, per poi verificare se la responsabilità è stata assunta o meno, oppure voler fissare un modello a cui tutti debbano attenersi può significare fare qualcosa che potrebbe non avere mai applicazione.

CATTANEO PETRINI GIANNINA, *Relatore*. Rispondendo alle perplessità manifestate da alcuni colleghi, vorrei dire che sono anch'io medico e non ritengo che le strutture dipartimentali possano annullare il rapporto malato-medico. Queste strutture dovrebbero avere funzioni di coordinamento, coordinamento che deve essere tale da impedire duplicati di mezzi diagnostici e di interventi organizzativi, e deve rendere possibile e più vigile la consulenza: se il dipartimento farà sì che le visite-pareri arrivino subito invece che dopo quattro giorni sarà già un risultato. Inoltre il dipartimento è anche rapporto fra divisioni e sezioni operanti a livello ospedaliero con tutte le strutture esterne all'ospedale, per arrivare ad una continuità di rapporti con i malati anche dimessi o assistiti da altre strutture esterne, a qualcosa di più cioè del rapporto copia riassuntivo per il medico curante.

DE LORENZO. Questo non si ottiene con il dipartimento, ma dando una buona preparazione ai medici.

CATTANEO PETRINI GIANNINA, *Relatore*. Ma anche il coordinamento fra le strutture esterne e quelle interne all'ospedale può giovare alla migliore assistenza del malato. Prima i rapporti fra enti ospedalieri ed enti

pubblici erano regolati con convenzioni; ora, per ottenere certe priorità nella programmazione e nella sperimentazione si può auspicare, anche attraverso un ordine del giorno, che le regioni pongano delle priorità per certe materie: medicina preventiva, scolastica, genetica. Certo che l'ente ospedaliero deve inserirsi e collaborare nell'ambito di un programma generale da attuare in funzione della popolazione. D'altra parte, le regioni non devono sostituire la loro esperienza teorica a quella pratica degli enti ospedalieri: quindi, quando l'ente ospedaliero manifesti il desiderio di realizzare un certo dipartimento, la regione ascolterà con il rispetto dovuto i risultati ottenuti con l'esperienza vissuta.

Pertanto ritengo che l'articolo 38 sarà forse generico, ma certamente fa salve le possibilità decisionali degli enti interessati.

GUI, *Ministro della sanità*. Non conoscevo il nuovo testo dell'articolo 38 di cui ho preso visione soltanto in Commissione, analizzandolo alla luce della discussione così attenta dei colleghi; avverto pertanto che, quello che dirò, potrà essere anche in qualche modo improvvisato.

In primo luogo desidero sottolineare come io ritenga di aver finora dimostrato sempre molta comprensione nei confronti delle esigenze manifestate dalla Commissione, e di essere stato disponibile a ciò che la Commissione stessa – in verità assai responsabilmente – ha proposto.

Per quanto riguarda invece questo articolo, sento di dover manifestare alcune perplessità. In primo luogo perché non si comprende bene cosa esso sostituisca dell'articolo 10, del decreto n. 128 del 1969; immagino il secondo e il terzo comma, mentre il primo comma dovrebbe rimanere invariato.

La prima parte del testo dell'articolo in verità non mi preoccupa eccessivamente, perché mi sembra ragionevole dire « secondo le indicazioni della programmazione sanitaria regionale», dal momento che le indicazioni comportano qualcosa di singolo, di valido ospedale per ospedale, e quindi adatto alle varie realtà; così come trovo anche giusto dire « le amministrazioni ospedaliere, al fine di una migliore efficienza operativa,. ecc... ». Quello che invece mi lascia perplesso, è il richiamo agli « enti pubblici », un po' perché dubito che possa trattarsi di enti su cui la regione non ha competenza, e poi perché non si sa di quali enti pubblici si tratti.

Le maggiori perplessità però le ho nei confronti dell'ultima parte dell'articolo. Non mi preoccupo dei rapporti tra regioni e singoli ospedali, perché ritengo giusto che le regioni intervengano con leggi di salvaguardia al fine di bloccare le estensioni indiscriminate, in attesa della programmazione regionale che dovrà indicare la configurazione di ogni ospedale. Questo fa parte di una logica, e le regioni affrontano battaglie durissime contro le resistenze campanilistiche locali; su questo siamo d'accordo. Però quest'ultima parte dell'articolo, così come è, ha tutt'altro significato. Essa infatti, sostituendo – come sembra – il terzo comma del citato articolo 10, affida la regolamentazione delle strutture dipartimentali alla legge regionale, ed è a questo punto che insorgono in me le maggiori perplessità.

A questo punto – ha ragione l'onorevole Venturoli – se l'inefficienza di una regione danneggia unicamente i cittadini della regione stessa, pazienza, saranno essi stessi a decidere diversamente al momento delle elezioni; ma se tale inefficienza dovesse danneggiare gli abitanti di altre regioni – vedi il caso del colera – allora le cose cambiano. Quando ad essere colpiti sono i cittadini di una sola regione, si può anche ritenere che questo debba riguardare, secondo la Costituzione, solo quei cittadini, ma quando tutti i cittadini dello Stato sono colpiti dall'incuria e dall'inefficienza di una regione sola, allora è indispensabile l'intervento dello Stato.

Inoltre, per quanto riguarda lo stato giuridico del personale, onorevole Venturoli, penso che questa norma incida su di esso, imponendo al personale obblighi, subordinazioni e strutture non previsti dalla legge nazionale. Lo stato giuridico ritengo non possa non essere disciplinato con legge nazionale; comunque abbiamo fin ora evitato di legiferare su questa materia nell'ambito di questo provvedimento. Invece penso che la regolamentazione che sulla base di questo articolo può aversi da parte delle regioni, non possa non toccare lo stato giuridico del personale.

Per esempio, il fatto che venga sostituita la norma relativa al comitato di cui si parla all'articolo 10 del decreto n. 128, con una norma di carattere regionale, può portare anche all'assurdo di un comitato costituito non da tutti medici, o in maggioranza da non medici. Dico per assurdo; comunque mentre la legge si era tutelata, prevedendo che il comitato in questione fosse costituito in un certo modo, ora ci potrebbero essere mutamenti tali da coinvolgere lo stato giuridico. Questo problema non riguarda solo i medici, può interessare anche i malati, perciò riflettiamo un mo-

mento prima di affidarci a qualcosa che non è in alcun modo prevedibile.

Per tutti questi motivi l'articolo mi lascia perplesso, soprattutto perché si rischia di superare i limiti del provvedimento che stiamo elaborando, e perché ci possono essere delle conseguenze sullo stato giuridico e sulle garanzie spettanti al personale. Su questo punto devo esprimere delle perplessità, pur con lo spirito di collaborazione che ritengo di aver fin qui manifestato e che si deve conciliare però con il dovere che devo assolvere. Credo di avere collaborato attivamente con la Commissione, ma sono profondamente perplesso su questo articolo e chiedo che si rimeditino le proposte di perfezionamento che sono emerse.

PRESIDENTE. Faccio presente alla Commissione che il Governo propone un rinvio della discussione.

VENTUROLI. Devo fare osservare che un rinvio significa un ulteriore ritardo in questa situazione caotica e se le motivazioni del ministro possono essere fondate per quanto riguarda la questione delle precisazioni ulteriori, le preoccupazioni mi sembrano esagerate per quanto riguarda lo stato giuridico che si modifica solo con norme precise. Il problema del meccanismo dell'assemblea è un fantasma agitato per altri scopi ed il ministro non deve lasciarsi influenzare. Comunque se il Governo chiede un breve rinvio per approfondire l'argomento non ci opporremo nella speranza che si possa giungere a definire in modo positivo la questione.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni può rimanere stabilito che il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

(*Così rimane stabilito*).

La seduta termina alle 13.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. GIORGIO SPADOLINI

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO