

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore GATTONI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 FEBBRAIO 1976

Slittamento dei termini per l'opzione di cui all'articolo 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e determinazione delle tariffe massime sanitarie in sede regionale

ONOREVOLI SENATORI. — Le polemiche e le successive agitazioni delle categorie sanitarie che hanno caratterizzato la scadenza dei termini per l'esercizio opzionale della professione medica presso gli enti ospedalieri ovvero le case private di cura (articolo 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132) impongono di riconsiderare il problema, non tanto per i misconosciuti diritti dei sanitari interessati, ma, soprattutto, per le conseguenze che l'applicazione rigida della norma provoca sugli utenti dell'assistenza ospedaliera sia pubblica che privata.

Gli oltre sette anni trascorsi dall'emanazione della legge non hanno risolto, infatti, uno dei problemi nodali sul quale maggiormente si impegnò il dibattito in Parlamento: la tutela della libera professione rispetto al « *full time* o al tempo definito », la pratica impossibilità delle case di cura private di poter esercitare senza un apporto sia pure

parziale dei medici ospedalieri e, d'altra parte, la difficoltà di funzionamento degli ospedali pubblici senza il contributo di specialisti (anestesisti, chirurghi, ortopedici, ecc.) che abbiano optato per le case di cura private.

La legge affrontò questi problemi con il presupposto che l'assistenza ospedaliera pubblica avrebbe potuto incrementare, nel settennio, il patrimonio e le strutture tecnico-scientifiche ospedaliere onde colmare la carenza ricettizia dei posti letto, ridurre l'apporto delle cliniche private ed, al tempo stesso, consentire ai medici ospedalieri di poter esercitare la libera professione nell'ambito delle stesse strutture ospedaliere pubbliche.

Tale presupposto non si è realizzato: non solo i centomila posti letto delle cliniche private sono tuttora indispensabili per colmare il disavanzo tra ricettività ospedaliera e numero dei malati; ma, in assenza delle

## LEGISLATURA VI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

strutture ambulatorie pubbliche (particolarmente gravosa nel Centro-Sud), essi rappresentano ancora l'unico sbocco possibile per l'esercizio della libera professione medica, soprattutto per la medicina specialistica.

Non prendere atto di questa realtà — come in sostanza è avvenuto nel documento approvato dagli assessori regionali alla sanità il 26-27 gennaio 1976 a Napoli — significa misconoscere la preoccupazione di migliaia di lavoratori e di cittadini in precarie condizioni di salute e bisognevoli di cure, cui la struttura ospedaliera pubblica offre nominalisticamente la prevenzione, cura e riabilitazione, ma in realtà garantisce solo liste di attesa per il ricovero in ospedale e collocazione nei corridoi, nelle astanterie e, comunque, in locali non certamente idonei alla degenza e alla cura dei pazienti.

All'effetto generale che incide sulla possibilità dei lavoratori e dei cittadini di poter efficacemente salvaguardare e tutelare la propria salute, occorre aggiungere non solo lo stato di vivo malcontento che serpeggia tra le categorie mediche, ma anche i negativi riflessi morali, economici e sociali che comporta la meccanica applicazione della legge n. 132 del 1968:

in primo luogo, l'incidenza sul rapporto fiduciario che lega necessariamente il paziente al medico al fine di una efficace terapia, non soltanto clinica ma anche psicologica;

in secondo luogo, il pregiudizio che si viene a creare a decine di migliaia di dipendenti (personale ausiliario e « paramedico ») delle case di cura private, che vedono profilarsi

all'orizzonte il pericolo di perdere il posto di lavoro;

infine, la non raggiungibile moralizzazione dei costi dell'assistenza specialistica, poiché, in assenza di una adeguata e funzionale struttura pubblica e dinanzi ad una prevedibile riduzione di quella privata, si verificherebbe, per il settore privato, ancora largamente necessario, una naturale lievitazione delle tariffe mediche, rendendole proibitive per larga parte della cittadinanza.

Per tutti i motivi fin qui esposti è stato predisposto il seguente disegno di legge, che si propone di impedire la rottura traumatica tra l'impegno ospedaliero e l'esercizio della libera professione medica, rinviando l'opzione al momento in cui saranno effettivamente realizzate le strutture tecnico-ospedaliere, indispensabili per far coesistere la prestazione di medico ospedaliero con quella della libera professione; quanto meno, fra le amministrazioni ospedaliere, le Regioni e gli ordini professionali potranno essere raggiunte intese concrete — nello spirito della legge n. 132 del 1968 — per ovviare alle accennate difficoltà e carenze.

Unitamente allo slittamento dei tempi sull'esercizio della scelta dei sanitari, si ritiene debba porsi un preciso limite alle tariffe massime esigibili nell'esercizio della libera professione, impegnando gli ordini professionali dei medici a fissare, d'intesa con gli organi regionali, le tariffe stesse da far valere nell'ambito territoriale di competenza.

Per i motivi sopra esposti, si invitano gli onorevoli senatori a valutare favorevolmente il presente disegno di legge dando ad esso la incondizionata adesione.

**DISEGNO DI LEGGE**  
—

## Art. 1.

In deroga a quanto stabilito dall'articolo 43 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, il termine per l'incompatibilità della prestazione medico-ospedaliera con l'esercizio della libera professione in case private di cura viene prorogato fino al 31 dicembre 1977.

## Art. 2.

Gli ordini professionali dei medici, d'intesa con gli organi regionali, provvederanno a fissare entro la data del 30 marzo 1976 le tariffe massime ammissibili per le prestazioni sanitarie nell'ambito dei territori di competenza, dandone pubblicazione a norma delle vigenti disposizioni in materia.