

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4317

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ROMUALDI, FRANCHI, SANTAGATI, SERVELLO, D'AQUINO, GUARRA, TORTORELLA GIUSEPPE, MARINELLI, BUTTAFUOCO

Presentata 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 COLLEGHI! — 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 al legislatore la presa in considerazione del problema, non tanto per l'evidente lesione dei diritti dei sanitari interessati ma, soprattutto, per le conseguenze che l'applicazione rigida ed ortodossa della norma provoca sugli utenti dell'assistenza ospedaliera pubblica e privata.

Gli oltre sette anni trascorsi dall'emanazione della legge non hanno risolto, infatti, uno dei problemi nodali su cui maggiormente si imperniò il dibattito nel 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 l'apporto sia pure parziale dei medici ospedalieri e, infine, la difficoltà di funzionamento degli ospedali pubblici senza l'ap-

porto di specialisti (anestesisti, chirurghi, ortopedici, eccetera) che optino 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 colmando la carenza ricettizia dei posti letto, riducendo l'apporto delle cliniche private consentendo, al tempo stesso, 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 strutture ambulatoriali pubbliche (particolarmente gravosa nel centro-nord), essi rappresentano ancora l'unico sbocco possibile per l'esercizio della libera professione medica, soprattutto per la medicina specialistica.

Nel 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 riconoscere la preoccupazione di migliaia di lavoratori e di cittadini in stato di malarità e bisognevoli di cure, cui la struttura ospedaliera pubblica offre nominalisticamente la prevenzione, la cura e riabilitazione, ma in realtà garantisce soltanto liste d'attesa per il ricovero in ospedale o collocazione nei corridoi, nelle astanterie e, comunque, in locali non certamente idonei alla degenza e 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 12 febbraio 1968, n. 132.

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 la possibilità di spesa di larga parte della cittadinanza.

Per tutti questi motivi e ragioni ci siamo fatti carico di predisporre la seguente proposta di legge che si propone lo scopo di impedire una rottura traumatica tra l'impegno ospedaliero e l'esercizio della libera professione medica, rinviando l'azione 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, o, quanto meno, finché fra le amministrazioni ospedaliere, le regioni e gli ordini professionali potranno essere raggiunte intese concrete — nello spirito della legge 12 febbraio 1968, n. 132 — per ovviare alle accennate difficoltà e carenze.

Unitamente allo slittamento dei tempi sull'esercizio della scelta dei sanitari abbiamo altresì ritenuto indispensabile porre un preciso limite alle tariffe massime esigibili nell'esercizio della libera professione, impegnando gli ordini professionali dei medici a fissare d'intesa con le regioni le tariffe stesse da far valere nell'ambito territoriale di competenza.

Affidiamo quindi all'esame ed all'approvazione degli onorevoli colleghi la presente proposta di legge che riteniamo di fondamentale importanza.

PROPOSTA 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 di cura private, viene prorogato fino al 31 dicembre 1977.

ART. 2.

Gli ordini professionali dei medici, d'intesa con le regioni, provvederanno a fissare entro il 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.