COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

XXXVI.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 GIUGNO 1965

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

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

SPINELLI: Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani (1956) 391

Proposta di legge (*Discussione e rinvio*):

CRUCIANI: Norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani. (2226) 391

PRESIDENTE 391, 394, 398
BEMPORAD, *Relatore* . . 391, 392, 393, 394
SPINELLI 394, 395
ALBONI 395, 396
CRUCIANI 396
CAPUA 396, 397
CATTANEO PETRINI GIANNINA . . . 397, 398
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 398

La seduta comincia alle 9,30.

BARTOLE, *Segretario*, dà lettura del processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Seguito della discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Spinelli: Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani (1956); e discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Cruciani: Norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani (2226).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Spinelli: Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani e la discussione della proposta di legge d'iniziativa del deputato Cruciani: Norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani.

Come gli onorevoli colleghi certamente ricorderanno, in una delle passate sedute la Commisione iniziò l'esame della proposta di legge Spinelli. Successivamente fu assegnata alla nostra Commissione anche la proposta Cruciani, per cui pregherei il relatore, onorevole Bemporad, di voler brevemente tornare ad illustrare entrambi i provvedimenti.

BEMPORAD, *Relatore*. Signor Presidente, signor ministro, onorevoli colleghi, senza ripetere la dettagliata relazione da me fatta nella seduta del 1° aprile 1965, mi pare opportuno richiamare i concetti fondamentali, anche perché alla proposta di legge dell'onorevole Spinelli si è aggiunta quella di iniziativa dell'onorevole Cruciani. Ciò impone un confronto e, se possibile, un coordinamento tra i due progetti di legge. Anzi, mi permetto sottoporre all'esame della Commissione un nuovo testo da me elaborato e che tiene conto delle varie proposte formulate nelle due iniziative legislative.

Ho già espresso il mio consenso all'intendimento di istituire in ogni singolo ospedale un organico di medici anestesisti rianimatori, adeguato alle moderne esigenze della chirurgia e delle specialità chirurgiche. Aggiungo che il sorgere di sempre nuovi centri di rianimazione, annessi a reparti di pronto soccorso (come nell'ospedale di San Martino, a Genova), o autonomi, e l'inserimento del medico anestesista in esami e terapie particolari (terapie antishock, ibernazioni, perfrigera-

zioni ecc.) richiedono una migliore organizzazione del servizio e la sua strutturazione in modo analogo a quella di altre divisioni, reparti e servizi, con un primario, uno o più aiuti ed assistenti per ogni singolo ospedale di prima e seconda categoria, e la presenza di almeno un medico anestesista in ogni ospedale di terza.

Mi pare fondata la richiesta che ogni singolo ospedale abbia il suo servizio autonomo, anche se fa parte, insieme con altri ospedali, di un'unica amministrazione. Non mi pare invece che risponda alla efficienza del servizio – che richiede una continua presenza del medico in ospedale (gli anestesisti nell'ospedale che presiedo sono a tempo pieno ed hanno perciò compensi particolari come i laboratoristi) – che un solo primario diriga il servizio in più ospedali. Per questo non condivido quella parte della relazione dell'onorevole Cruciani, nella quale si afferma che le funzioni del primario anestesista si configurano come funzioni a carattere organizzativo ed amministrativo e non strettamente clinico. Né mi pare opportuno il secondo comma dell'articolo 2 della proposta di legge Spinelli, che prevede la possibilità che diversi ospedali viciniori di terza categoria possano consorziarsi ed avere in organico posti di primario e di aiuto anestesista. Un primario ed un aiuto anestesista devono avere, di fatto, gli stessi compiti di un primario e di un aiuto chirurgo o medico.

Desidero ricordare qui che i servizi di anestesia hanno il compito del controllo pre-operatorio dei pazienti, della esecuzione dell'anestesia e della terapia intra-operatoria e della rianimazione post-operatoria per tutto il tempo necessario; hanno, altresì, il compito di organizzare e mantenere efficienti i reparti di rianimazione. In particolare, il primario anestesista emette il giudizio di « rischio operatorio »; decide, volta per volta, il tipo di anestesia (narcosi spinale, loco-regionale, ecc.) e l'anestetico da adottare, dopo aver sentito le esigenze tecniche dell'operatore; esegue personalmente le anestesie che presentano maggiori difficoltà ed assegna agli assistenti, secondo le loro capacità e le esigenze del servizio, l'esecuzione delle altre anestesie, dando per ciascun caso le opportune direttive; controlla l'operato dell'aiuto e degli assistenti ed ha cura del loro aggiornamento tecnico; dirige il reparto di rianimazione (negli ospedali dove esiste), decidendo la terapia dei pazienti in esso ricoverati ed eseguendo la tracheotomia nei casi che lo richiedono. L'aiuto anestesista ha il compito di coadiuvare o sostituire, se necessario, il primario in tutte le sue mansioni ed in particolare nell'azione di controllo dell'operato degli assistenti, riferendo al primario sulla condotta delle anestesie e sul decorso dei pazienti; segnala al primario tutte le manchevolezze riscontrate nel servizio e nel reparto di rianimazione. L'assistente anestesista collabora con il primario nell'esecuzione delle anestesie ed esegue le anestesie assegnategli dal primario, avendo preventivamente preso conoscenza delle condizioni dell'infermo; riferisce al primario o all'aiuto su tutte le difficoltà incontrate nell'espletamento del suo compito; controlla che le apparecchiature ed il materiale siano mantenuti in perfetta efficienza.

Mi pare, pertanto, che un cenno sintetico ai compiti del primario, dell'aiuto e assistente anestesista che sono già indicati genericamente nella legge del 1954, sia opportuno. Mi si è fatto osservare che un'enunciazione troppo dettagliata di questi compiti sarebbe piuttosto materia di regolamento che non di legge. Io ho cercato di condensare ciò che ho detto in uno degli articoli del testo unificato, da me elaborato sulla base delle due proposte di legge, riducendo al minimo le caratteristiche di ordine generale, proprio per evitare che si possa concepire il compito del primario anestesista come meramente amministrativo e non già come un compito essenzialmente clinico. Il primario anestesista ha compiti del tutto simili a quelli di un altro primario (lo stesso si può dire dell'aiuto e dell'assistente) e non può e non deve sovrintendere a più ospedali. Questo concetto che deve esserci un primario in ogni singolo ospedale di prima e di seconda categoria è chiaramente espresso nella proposta di legge Cruciani e mi sembra che debba essere recepito nel testo unificato.

Il secondo criterio di cui si discute è l'opportunità o meno di stabilire un rapporto fisso tra il numero degli aiuti e degli assistenti e la media giornaliera delle degenze di chirurgia e specialità chirurgiche. Tale rapporto è stabilito nella iniziativa dell'onorevole Spinelli in ragione di un assistente ogni 80 degenze o frazione non inferiore a 30 e un aiuto ogni tre assistenti. Ho già detto che, applicando la proposta Spinelli ad alcuni ospedali, in concreto ne derivava un organico pletorico.

L'onorevole Cruciani elimina nella sua proposta tale automatismo, parlando di aiuti e assistenti in relazione alla necessità dell'ospedale. Vorrei ricordare che il regio decreto n. 1631 del 1938 non prevede un rap-

porto fisso tra il numero degli assistenti e la media delle degenze o i posti letto per nessuna divisione o servizio o reparto ospedaliero. Ogni divisione o servizio richiede un primario, uno o più aiuti con funzioni vicarie e un numero di assistenti proporzionato alle necessità dell'assistenza.

Testualmente l'articolo 17 del regio decreto del 1938 dispone: « In conformità ai reali bisogni degli istituti di cura, le amministrazioni deliberano la pianta organica del personale sanitario, del personale di assistenza immediata e del personale ausiliario ». Né all'articolo 25, là dove si parla dei compiti degli aiuti e degli assistenti, si stabilisce un rapporto fisso con la media delle giornate di degenza o con i posti letto. Solo all'articolo 32 per le infermiere, si stabilisce il rapporto di una ogni 30 malati.

Ho eseguito una rilevazione di dati in alcuni grandi ospedali negli anni 1963 e 1964 in riferimento ai malati ricoverati, alla media giornaliera delle degenze, al numero degli interventi in sala operatoria e alle altre prestazioni anestesiologiche, nonché al numero dei primari, aiuti ed assistenti in servizio e alla presenza di centri di rianimazione e di turni di guardia permanenti di anestesisti.

Ho ottenuto dei dati oltremodo variabili e mi è sembrato di poter concludere una cosa sola: che il rapporto fisso assistenti-media giornaliera delle degenze non risponde alle reali esigenze del servizio e non fornisce un chiaro ed attendibile criterio di giudizio. E questo per le seguenti ragioni: 1) non tutti i ricoverati in chirurgia richiedono l'intervento dell'anestesista; 2) la prestazione dell'anestesista è invece, necessaria, per certi esami clinici, anche per i non ricoverati in reparti di chirurgia; 3) vi è grande differenza tra la durata dei vari interventi anestesiologici, a seconda della importanza e del tipo di intervento chirurgico; 4) la presenza di un centro di rianimazione o di un centro per poliomielitici e la conseguente necessità di una guardia permanente per gli anestesisti (che è indispensabile anche in un pronto soccorso modernamente attrezzato), accresce immediatamente e di molto la necessità di personale.

Per tutte queste ragioni, ritengo che si debba lasciare alla valutazione responsabile delle amministrazioni, sentito il direttore sanitario, il primario anestesista rianimatore, direttore del servizio, di stabilire il numero degli assistenti e degli aiuti (che in un ospedale, a mio parere, dovrebbero essere uno o due al massimo; proprio per la loro funzione) in rapporto alle reali esigenze del servizio.

L'onorevole Cruciani propone anche una nuova dizione del servizio che dovrebbe chiamarsi « servizio di anestesia e rianimazione ». Debbo dire che io sono favorevole a tale proposta; è opportuno affermare il principio che i centri di rianimazione – pur richiedendo la collaborazione di una *équipe* di medici, dall'internista, al neurologo, al chirurgo, a specialisti di vario genere, a seconda delle lesioni del malato, che spesso è un politraumatico in stato gravissimo – debbano essere diretti dal primario anestesista.

Un altro punto importante proposto dall'onorevole Cruciani, e non dall'onorevole Spinelli, quello di espletare i concorsi per anestesisti secondo le norme generali del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 e successive modificazioni, e non secondo le norme particolari vigenti in base alla legge n. 653 del 1954. Senza addentrarmi in un'analisi particolareggiata – che farò se richiesto – non si comprende, a mio avviso, perché non debbano nominare i componenti le commissioni giudicatrici dei concorsi per anestesisti gli stessi organi od enti che nominano le altre commissioni giudicatrici per i concorsi a posti dei sanitari ospedalieri. Non capisco perché, mentre le commissioni giudicatrici di tutti i concorsi ospedalieri vengono nominate in base ad una ben nota procedura, ci debba essere una procedura particolare per i posti di anestesista. Non vedo il motivo per cui debba esistere un settore regolato diversamente dagli altri!

Non condivido, peraltro la proposta dell'onorevole Cruciani di parlare di « reparto », e non di « servizio », di anestesia. Nella relazione dell'onorevole collega tale proposta viene giustificata con la esigenza di dare maggiore importanza al servizio stesso, ma si tratta unicamente di una questione di termini. Il termine « reparto », in ogni caso, si riferisce ad un certo numero di letti, raccolti in una parte dell'edificio ospedaliero, ad un complesso di divisioni, ad un luogo dove ci sono dei letti con dei malati affetti da malattie con ben determinate caratteristiche. Per me quello dell'anestesia è invece un servizio, non meno importante di un reparto, ma sempre una cosa ben diversa dal reparto. Per questo motivo non riterrei opportuno cambiare denominazione. Tutti sappiamo che esistono dei « servizi » importantissimi (anche il laboratorio scientifico non è un reparto, bensì un servizio di fondamentale importanza): ebbene, il servizio di anestesia è uno di questi. Dire « servizio » di anestesia anziché « reparto » di anestesia non significa declassare,

ma soltanto usare la denominazione più esatta. È chiaro che l'importanza di una cosa non dipende dal nome ma dalle sue funzioni.

Ultimo punto: entro quale termine le disposizioni contenute nella proposta di legge oggi al nostro esame dovranno essere attuate? L'onorevole Spinelli propone un anno: è troppo poco, mi sembra, anche perché non vi è ancora un numero sufficiente di medici anestesisti per ricoprire tutti i posti di primario che verranno istituiti. Sono passati soltanto dieci anni dalla creazione del servizio; si tratta perciò di un servizio nuovo, anche se in continua evoluzione. Gli anestesisti preparati non sono in numero così rilevante da obbligare le amministrazioni ospedaliere a ricoprire gli organici entro un anno.

L'onorevole Cruciani propone un termine di tre anni. Io proporrei due anni, pur non opponendomi ai tre. Questo perché il posto di primario riveste una grande importanza, e richiede che il sanitario che lo ricopre abbia maturato una grandissima esperienza.

Vorrei ora passare ad esaminare rapidamente il testo da me elaborato, sulla base delle proposte formulate nelle due iniziative legislative.

L'articolo 1 stabilisce che ogni ospedale che risulti classificato di prima, seconda e terza categoria, ai sensi dell'articolo 6 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 deve avere in organico posti di medico anestesista-rianimatore.

L'articolo 2 precisa che negli ospedali di prima e seconda categoria il servizio di anestesia e rianimazione è diretto da un primario, coadiuvato da un numero di aiuti e di assistenti proporzionato alla media delle degenze di chirurgia e specialità chirurgiche, al numero delle prestazioni anestesiologiche, alla presenza di reparti di rianimazione e di pronto soccorso con servizi continuati di guardia anestesiologica. Al secondo comma è stabilito che per ospedali di terza categoria hanno in organico almeno un medico anestesista.

Come ho detto, ho ritenuto opportuno eliminare il rapporto fisso tra il numero degli assistenti e il numero medico delle degenze giornaliere poiché mi è sembrato dannoso stabilire i punti di riferimento che le amministrazioni dovrebbero tenere presenti ai fini di stabilire un completo organico. Ci si deve infatti adeguare alle molte e diverse esigenze, alle caratteristiche che può avere in un ospedale il servizio di anestesia e rianimazione

All'articolo 3, mi è sembrato opportuno precisare determinati orientamenti e direttive circa i compiti affidati agli anestesisti, soprattutto per evitare che si possa pensare che il primario sia soltanto un direttore, più amministrativo che clinico. È vero esattamente il contrario, perché il primario anestesista è il responsabile clinico del servizio anestesiologico. Ecco perché non mi sembra del tutto inutile citare, anche nel testo della legge, quelle che sono in sostanza le specifiche funzioni proprie del primario, quelle dell'aiuto e quelle dell'assistente anestesista. Credo sia opportuno ribadire che il servizio di anestesia funziona come qualsiasi altro servizio ospedaliero, attenendosi a quelle che sono le proprie caratteristiche.

L'articolo 4 precisa che le disposizioni di questa legge si applicano ad ogni singolo ospedale, anche quando faccia parte di un'unica amministrazione.

Con l'articolo 5 si dispone che i concorsi per medici anestesisti siano regolati e si svolgano in base alle norme che disciplinano tutti gli altri concorsi a posti di sanitari ospedalieri.

L'articolo 6 stabilisce il termine entro il quale si dovrà dare attuazione alla legge.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Bemporad per la chiara ed esauriente illustrazione dei due provvedimenti e del testo unificato da lui elaborato.

Dichiaro aperta la discussione generale.

SPINELLI. Desidero ringraziare il collega Bemporad per l'interessante relazione, che ha portato alla nostra conoscenza dati che noi stessi ignoravamo. Anche io avevo tentato di fare l'indagine da lui compiuta, ma in maniera molto più limitata e con risultati non molto incoraggianti.

Vorrei, innanzitutto, dire che accetto quasi tutte le proposte avanzate dal relatore, cominciando dal titolo del provvedimento, che va senz'altro integrato con il riferimento al servizio di rianimazione.

L'articolo 1 va modificato, nel senso suggerito dal relatore, poiché nella prima stesura erano inclusi gli ospedali di terza categoria tra quelli che dovevano avere posti di primario, aiuto e assistente. Pertanto, si può modificare il testo così come l'onorevole Bemporad ha proposto – e non ho nulla in contrario ad accettarlo – ovvero lo si può modificare in altro modo, sopprimendo la terza categoria e stabilendo: « Ogni ospedale classificato di prima e di seconda categoria ha in organico posti di primario, aiuto e assistente anestesista-rianimatore »; e aggiungere un secondo comma del seguente tenore: « Gli ospedali di terza categoria hanno in organico almeno un medico anestesista ».

Per il resto, sono perfettamente d'accordo con quanto detto dall'onorevole Bemporad. Anch'io, infatti, ho parlato – nella relazione che accompagna la proposta di legge e anche successivamente – dell'importanza che hanno i reparti di rianimazione; noi auspichiamo che in tutti gli ospedali questi reparti ci siano e siano autonomi (ove sia possibile, a seconda dell'importanza dell'ospedale) e siano aggregati ai servizi di pronto soccorso.

Per quanto riguarda le norme che le amministrazioni dovrebbero seguire nella determinazione del numero dei posti da istituire in organico, io mi permetterei di insistere sulla necessità di dare un certo orientamento alle amministrazioni stesse. Vero è che, all'articolo 2, il collega Bemporad riassume le caratteristiche del servizio e prevede un numero di medici anestesisti in relazione alle esigenze dell'ospedale; però ritengo che, se noi lasciamo arbitre in senso assoluto le amministrazioni, potrebbe darsi che queste non seguano (anzi certamente non seguiranno) un criterio unico, per cui avremo in Italia i servizi di anestesia e i reparti di animazione organizzati su scala diversa ed in modo non uniforme. Mentre, al contrario, sarebbe opportuno avere una stessa organizzazione per tutti gli ospedali. Una piccola differenza tra un'amministrazione e l'altra ci può essere, ma non sarei del parere di lasciare *ad libitum* l'organizzazione alle singole amministrazioni.

Concludo, dicendo che questa legge è auspicata e assai attesa, perché è vero che non esiste un gran numero di medici anestesisti; ma ciò deriva anche dal fatto che costoro non hanno finora alcuna certezza di carriera.

ALBONI. Desidero fare un'osservazione di carattere pregiudiziale e che non vuole entrare nel merito specifico delle proposte di legge al nostro esame.

Noi desideriamo chiedere al Governo i suoi intendimenti in ordine alla presentazione al Parlamento del disegno di legge sulla riforma generale degli ospedali. È stato promesso che questo disegno di legge sarebbe stato presentato entro il mese di giugno. Ora, io mi auguro che esso venga realmente presentato, poiché sono ormai molti anni che siamo in attesa di un riordinamento degli ospedali.

È noto anche che una nostra proposta di legge, quella di iniziativa dei colleghi Longo ed altri, da lungo tempo presentata, non ha avuto ancora la fortuna di essere presa in considerazione né dalla Presidenza di questa Commissione, né dal Governo, per quanto di sua competenza.

Ho voluto fare questa premessa di carattere pregiudiziale, perché mi pare che, da un po' di tempo a questa parte, si continui a presentare proposte di modifiche parziali al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 che ancora oggi regola l'ordinamento degli ospedali e per dare soddisfazione ad alcune categorie che premono per vedere risolti i loro problemi particolari. I provvedimenti in questione, però, rivestono una portata limitata, venendo esaminati da un punto di vista strettamente settoriale e solo in relazione a particolari difficoltà, lontani quindi dal problema generale che oggi è proposto alla nostra attenzione, e che riguarda la riforma dell'ordinamento ospedaliero. Anche la legge oggi al nostro esame, che è di enorme interesse mi pare rientri nel novero di quelle leggi settoriali, atte a rattoppare la situazione, ma non a risolverla del tutto.

Questo è il motivo che mi induce a chiedere all'onorevole ministro se le sue promesse avranno una precisa conferma, e se il disegno di legge sulla riforma ospedaliera potrà essere esaminato entro brevissimo tempo. In questa eventualità, mi sembra evidente che l'esame delle proposte di legge dovrebbe essere rinviato, in attesa della presentazione al Parlamento del disegno di legge di riforma, in modo da inquadrare il problema particolare del servizio anestesiologico nell'ambito di una generale ristrutturazione degli enti ospedalieri italiani.

In via subordinata, ritengo che la legge 9 agosto 1954, n. 653, che ha gettato le basi per la istituzione dei servizi di anestesia negli ospedali italiani, sempre in attesa del nuovo ordinamento del settore ospedaliero sia sufficiente per l'organizzazione dei servizi indispensabili di anestesia, perché fa obbligo agli ospedali di istituire degli appositi reparti, lasciando però alle amministrazioni ospedaliere la facoltà di stabilire l'entità numerica degli organici, in rapporto all'importanza dei servizi. Mi pare che questa legge sia ancora in grado di assolvere alla esigenza dell'istituzione di servizi moderni ed efficienti, per quanto riguarda il problema dell'anestesia e della rianimazione.

Piuttosto, la relazione dell'onorevole Spinelli denuncia situazioni clamorose a Roma, a Milano, e in altre località, riferite ad una insufficiente organizzazione rispetto alle esigenze degli enti nosocomiali. Ma la legge prevede anche la possibilità, per il Ministero della sanità, di controllare la situazione interna degli ospedali e quindi di intervenire tempestivamente. Chiedo perciò all'onorevole

ministro come intende agire il Ministero della sanità nei confronti di questa situazione macroscopica che avrebbe già meritato degli interventi decisi nei confronti degli ospedali. Ci troviamo quindi di fronte ad un problema contingente più che alla necessità di modificare una legge, al problema di un intervento deciso del Ministero della sanità nei confronti della situazione determinatasi in quegli ospedali che non hanno osservato i dettami della legge del 1954.

Fatte queste considerazioni, e prima ancora di proporre formalmente il rinvio della discussione di questa proposta di legge, chiedo al signor ministro di essere molto esplicito nel rispondere alle questioni che ho voluto sottoporgli.

CRUCIANI. Ringrazio l'onorevole relatore che con tanta competenza ha fatto luce su certi punti della delicata questione sottoposta al nostro esame che, per alcuni di noi, non erano molto chiari.

Secondo me, non si tratta tanto di modificare il regio decreto n. 1631 del 1938, quanto piuttosto la legge del 1954 che è diventata vecchia innanzi tempo. L'onorevole Bemporad non si sa spiegare il perché della particolare composizione delle commissioni esaminatrici per i concorsi per anestesisti così come è stabilito dalla legge del 1954: la spiegazione diventa ovvia se pensiamo alle mutate condizioni dall'epoca della emanazione di quella legge ad oggi. Infatti oggi abbiamo numerosi medici anestesisti, contrariamente a dieci anni fa. Ho visitato alcuni ospedali italiani ed il « reparto » (e, se « reparto » significa degenza, la rianimazione ha un suo gruppo di degenti) di rianimazione è affidato ad un primario, così come avviene, ad esempio presso il Policlinico di Roma.

In secondo luogo noi, con questa proposta di legge, andiamo a stabilire l'obbligo della creazione dei servizi di anestesia e rianimazione che – in base alla legge del 1954 – era in facoltà delle amministrazioni di istituire. Infatti le amministrazioni non hanno approfittato del dettato di quella legge; noi, rendendo obbligatoria l'istituzione dei servizi di anestesia, risolveremo finalmente la situazione.

Non sono piuttosto d'accordo con la proposta dell'onorevole Spinelli, laddove si richiede un primario anestesista per ogni singolo ospedale, anche se facente parte di una unica amministrazione. Per restare nell'esempio degli ospedali di Roma, citato dal proponente, si avrebbe un primario anestesista all'ospedale di San Giacomo (una divisione di chirurgia e una di ostetricia); un primario anestesista all'ospedale di Sant'Eugenio (un reparto di chirurgia riparatrice e una divisione chirurgica), un primario anestesista all'ospedale di Santo Spirito (due divisioni chirurgiche); un primario anestesista all'ospedale di San Filippo (una divisione chirurgica); e così di seguito, il che mi sembra veramente eccessivo. La mia preoccupazione è se, negli ospedali che dipendono da una unica amministrazione, sia o meno opportuno e necessario istituire sei o sette posti di primario anestesista. Comunque, non insisto e mi rimetto alla relazione dell'onorevole Bemporad, auspicando una sollecita, definitiva approvazione dei provvedimenti.

CAPUA. L'importanza del servizio di anestesia e rianimazione è fuori di ogni discussione. Ho però molte perplessità circa l'accostamento e la unificazione dei due servizi, che, a mio avviso, sono ben diversi e separati. È vero che nei servizi di rianimazione è indispensabile la presenza di un medico anestesista, ma il problema della rianimazione può riguardare un coma cerebrale o un coma di origine epatica, o un coma di origine renale, o infine un'insufficienza cardiaca acuta e mi sembra che affidare per legge una tale attività al medico anestesista sia quanto meno prematuro, anche in considerazione al fatto che si tratta di materia in profondo sviluppo.

I centri di rianimazione stanno sorgendo soltanto adesso e i grossi ospedali hanno già sentito il bisogno di questi centri, che rispondono a quelle *defaiances* improvvise del corpo umano. All'ospedale di San Camillo di Roma, dove c'è un centro di rianimazione di primo piano, questo è stato affidato ad un primario cardiologo.

Ora, il problema della rianimazione di un paziente è squisitamente clinico ed impone delle conoscenze cliniche. Inoltre, va sottolineato che si tratta di una branca – importantissima per altro – in profonda evoluzione; e questo è dimostrato anche dall'inchiesta condotta, in modo assai lodevole, dal collega onorevole Bemporad, il quale rilevava appunto l'incapacità di poter ancora inquadrare bene un tale servizio. E non per colpa – se così si può chiamare – delle amministrazioni ospedaliere, ma proprio perché si tratta di un argomento ancora controverso e discusso.

Desidero aggiungere che gli ospedali hanno già gli strumenti – se vogliono – per sopperire alle immediate necessità, sia attraverso il regio decreto del 1938 e sia at-

traverso la legge del 1954. Senza contare che già ora negli ospedali una lodevole iniziativa sindacale spinge l'amministrazione a moltiplicare i posti di primario, dove ciò è indispensabile.

Occorre, tuttavia, tener presente un altro fatto. Noi stiamo parlando dell'anestesiologia come se l'avessimo scoperta oggi. Noi abbiamo delle altre branche ben più importanti agli effetti di quella che è la *routine* di un ospedale. Io ritengo che sia più importante fornire un ospedale del reparto di ostetricia, del reparto di pediatria, del reparto di cardiologia. Spesso non abbiamo un primario epatologo, un primario pediatra, un primario ostetrico, un primario neurochirurgico: e con questa legge ci preoccupiamo della creazione del primario rianimatore! Non voglio certo sminuire d'importanza il primario anestesista, ma, onorevole ministro, parliamo di ospedali prima di parlare di primari! Vediamo anzitutto come l'ospedale deve essere organizzato e poi diamo le armi all'amministrazione per potersi creare i primari che vuole.

Pertanto sono dell'avviso che si debba andar cauti. Questa branca è sorta dieci anni fa; è in profonda evoluzione. Tra l'altro, noi non abbiamo l'elemento umano per coprire subito, in tutti gli ospedali italiani, i posti di primario anestesista. Tanto è vero che, attualmente, copriamo i posti di anestesista con personale d'emergenza. E non possiamo imporre, specialmente ad ospedali di seconda categoria, un primario anestesista quando ancora non hanno un primario urologo o un primario pediatra. Altrimenti, con questa legge, nello spazio di due anni, vedremo che tutti i posti saranno occupati da personale immaturo, che scoraggerebbe altri a concorrere e a perfezionare il sistema.

Quindi, bisogna non rigettare il principio, che è lodevole, ma avere la possibilità di pazientare. Il ministro Mariotti ha dichiarato alla stampa che verrà quanto prima in discussione il disegno di legge sul riordinamento degli ospedali. In quella sede noi inquadreremo anche la figura dell'anestesista e, se occorrerà, del rianimatore tenendo presente – e insisto su questo aspetto del problema – che in questo campo si deve andar cauti, non potendosi, a mio avviso, tanto facilmente identificare anestesista e rianimatore.

Per questo proporrei di rinviare la trattazione di questo argomento, e di inquadrarla nell'ambito della riforma generale degli ospedali.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Non sono dello stesso parere del collega Capua, perché penso che, anche se la progettata riforma ospedaliera sarà presentata al più presto, essa sarà tanto complessa da richiedere certamente un congruo periodo di tempo prima di pervenire alla sua approvazione. Perciò non vedo perché, potendo fare qualcosa subito – sia pure per un settore limitato – non si debba agire tempestivamente. È nostro dovere spingere le amministrazioni ospedaliere a fare tutto ciò che rientra nelle loro possibilità, avvalendosi di quella legge della quale non si sono sufficientemente avvalse in questi dieci anni.

I servizi di anestesia sono spesso affidati a personale di emergenza; non voglio con questo sminuire il valore di certi assistenti di certe infermiere, che hanno con tanta sollecitudine e buona volontà, imparato a manovrare gli apparecchi per l'anestesia; ma mi oppongo alla possibilità di mantenere anche per un solo giorno di più un servizio così importante organizzato con carattere di emergenza.

Tra l'altro non sono d'accordo anche su un altro punto emerso nel corso della discussione: anche se la branca anestesiologica ha soltanto dieci anni di vita, essa ha fatto rapidi progressi nel campo scientifico ed organizzativo, per cui oggi i giovani medici anestesisti sono veramente molto ben preparati e maturi; anche se non hanno i capelli bianchi, i medici anestesisti sono senz'altro in grado di dare vita a dei servizi di anestesia efficienti, asumendosene tutte tutte le responsabilità. Parlo così, forse, perché sono reduce da un concorso per dieci anestesisti, concorso al quale si sono presentati due soli concorrenti, i quali hanno entrambi dato prova di essere ottimamente preparati. Dubito che medici che si presentano ad un concorso con una simile preparazione, non siano poi in grado di ricoprire degnamente il posto che dovrebbe essere loro affidato. Mi rammarico soltanto che il numero di questi medici sia scarso, e del tutto insufficiente per ricoprire tutti i posti.

Quanto alla questione di unificare il servizio di anestesia e rianimazione, non avrei troppo timore del fatto che il responsabile sia il medico anestesista; il suo compito sarà infatti limitato al coordinamento del servizio: egli certamente sarà indotto ad interpellare il primario medico quando ce ne sarà bisogno, e così farà per il primario chirurgo, a seconda dei casi. Il compito del primario anestesista non sarà esclusivamente

quello di stabilire il tipo di intervento per ogni malato, ma soltanto quella di coordinare e di dirigere il servizio di anestesia e rianimazione. D'altra parte è noto che in un'*équipe* medico-psicoterapica nessun medico lavora da solo.

Circa il numero dei medici anestesisti da istituire in organico, non sono d'accordo sulla necessità di fissare un limite nel testo della legge; sarei piuttosto propensa a rendere responsabili le amministrazioni, ed a far sì che sia il consiglio di amministrazione a stabilire l'entità dei posti in organico. Facendo altrimenti, rischieremmo di prevedere un parametro eguale per ogni ospedale, mentre invece tutti i reparti non sono uguali relativamente alle necessità; se infatti per un reparto un anestesista può essere sufficiente per sessanta degenti, può darsi che non sia sufficiente per i sessanta degenti di un altro reparto. Per tale motivo sono contraria ad inserire nel testo della legge un limite preciso, ma opterei piuttosto per obbligare le amministrazioni ad istituire i posti di organico, una volta sentito in merito il parere del consiglio dei sanitari, che dovrà decidere, a seconda delle esigenze degli enti nosocomiali.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. A questo punto pregherei di rinviare il seguito della discussione ad altra seduta, poiché sono impegnato in una riunione del Consiglio superiore di sanità.

PRESIDENTE. Accolgo la richiesta del rappresentante del governo: pertanto, il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 11.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. ANTONIO MACCANICO

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI