COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

XL.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 LUGLIO 1965

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

Congedi:

PRESIDENTE 427

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

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

CRUCIANI: Norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani (2226). 427

PRESIDENTE . . . 427, 434, 435, 436, 437
BEMPORAD, *Relatore* . . 428, 434, 436, 438
LATTANZIO 429, 435, 436
ROMANO 430, 436, 437
DI MAURO ADO GUIDO 431
MORELLI. 431
GENNAI TONIETTI ERISIA , . . . 431, 437
CATTANEO PETRINI GIANNINA 432
BARBERI. 432
SPINELLI 433, 437
USVARDI. 433
CAPUA 434, 435
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 434, 436, 438
PASQUALICCHIO. 436

Proposta di legge (*Discussione e approvazione*):

ROMANO: Regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di tecnico di radiologia e terapia fisica (*Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (511-*B*) 439

PRESIDENTE 439, 440
MONASTERIO 439
CAPUA. 439
ROMANO, *Relatore* 439

PAG.

URSO 440
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 440
TANTALO. 440

Votazione segreta:

PRESIDENTE 447

La seduta comincia alle 9,50.

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

(*È approvato*).

Congedi.

PRESIDENTE. Comunico che sono in congedo i deputati Barba, Di Vagno e Gasco.

Seguito della discussione delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati Spinelli: Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani (1956); Cruciani: Norma sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani (2226).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione delle proposte di legge numeri 1956, d'iniziativa dell'onorevole Spinelli, concernente norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani; e 2226, d'iniziativa dell'onorevole Cruciani, concernente norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani.

Come gli onorevoli colleghi ricorderanno, nell'ultima seduta – esattamente otto giorni

fa – fu nominato un Comitato ristretto che si è riunito ieri alle 11, ed ha espletato e completato il suo lavoro di predisporre un nuovo testo, sulla base delle osservazioni formulate dai vari gruppi nel corso dell'ampio dibattito.

Come gli onorevoli colleghi avranno notato, nel nuovo testo si parla soltanto di servizi di anestesia e non di rianimazione. Si è ritenuto – accogliendo la proposta di molti colleghi – che l'argomento del problema della rianimazione sia da riesaminare con altra disposizione legislativa, data la sua fluidità allo stato attuale, e l'importanza che esso può assumere negli ospedali in un prossimo futuro. Così l'argomento specifico della rianimazione è stato stralciato dalla proposta di legge in esame.

In secondo luogo si è ritenuto opportuno unificare le norme nuove con quella della legge 9 agosto 1954, n. 653, sul servizio di anestesia che si intendono far rimanere in vigore cosicché l'attuale proposta di legge, qualora da voi approvata, verrebbe a sostituire la legge 9 agosto 1954, n. 653.

Infine si è ritenuto opportuno determinare l'organico del nuovo servizio in relazione non tanto alla categoria dell'ospedale quanto al numero medio di degenze di chirurgia e di specialità chirurgiche.

Premesse queste necessarie considerazioni di ordine generale, invito il relatore, onorevole Bemporad, ad illustrare il nuovo testo del Comitato ristretto.

BEMPORAD, *Relatore*. Il nuovo testo rappresenta un ulteriore sforzo di conciliazione fra le varie tesi che erano state enunciate durante la lunga discussione che ha avuto luogo in Commissione.

La prima modifica importante riguarda il titolo della proposta di legge, dal quale è stata eliminata la parola « rianimazione ». È un testo che rappresenta – come dicevo prima – un tentativo di conciliazione e quindi lo propongo alla approvazione dei colleghi. Per altro desidero esprimere alcune riserve – quanto meno a titolo personale – circa l'eliminazione dal titolo del termine « di rianimazione », anche perché credo sia bene che rimanga nel verbale dei nostri dibattiti, in vista di future discussioni e future proposte di legge regolanti questa materia.

Mi sembra che l'eliminazione dal titolo del termine « di rianimazione » sia una mutilazione piuttosto grave, prima di tutto perché il titolo stesso della specializzazione è « Anestesia e rianimazione ».

Ma questo non è soltanto un problema di terminologia, bensì anche una questione più sostanziale che è questa: nella maggioranza dei centri di rianimazione si svolge un vero e proprio lavoro di *équipe*, e intorno al malato da rianimare intervengono vari medici, a seconda del tipo di malato. Nel centro di rianimazione vengono ricoverati folgorati, avvelenati, affetti da varie malattie di tipo nervoso che provocano la paralisi della respirazione, ed altri ancora. Intorno a questi malati convengono gli specialisti: il neurologo, il neurochirurgo, il cardiologo, a seconda delle necessità. Si tratta di fatti facilmente controllabili nei centri più attrezzati, uno dei quali è nell'Ospedale che presiedo, un altro a Roma, un altro a Torino presso la Cattedra di anestesiologia diretta dal prof. Cioccato. In genere il decorso della malattia è seguito dai medici specialisti, mentre tutta la serie di apparecchiatura di rianimazione è in consegna all'anestesista che ne cura il funzionamento. Anche la guardia medica continuata in questi reparti di rianimazione – se questo centro è accanto al pronto soccorso – è assicurata dall'anestesista che in pratica svolge anche il lavoro di rianimazione.

Per queste ragioni, è sembrato ad alcuni membri del Comitato ristretto che non fosse opportuno inserire nel titolo anche questo termine: altri invece volevano mantenerlo anche in relazione al fatto che non occorre – credo – in prospettiva arrestare una possibilità di carriera all'anestesista. E questa possibilità, di carriera e di sistemazione negli ospedali noi l'abbiamo con questa proposta di legge; ma l'avremmo anche concedendo allo specialista in anestesia la possibilità di avere un reparto (non soltanto un servizio) affidato alla sua direzione, sia pure come coordinatore, insieme ad altri colleghi.

Quindi, se vogliamo favorire lo sviluppo di questa disciplina ed assicurare l'opera di medici valenti a questo ramo, sarebbe stato nell'interesse dei servizi generali degli ospedali non chiudere possibilità e prospettive a questa categoria di specialisti che oggi incontrano delle difficoltà notevoli. Noi tutti sappiamo che ogni qual volta nel campo della medicina si affaccia una specialità nuova, sempre fa fatica a farsi largo e trovare una certa situazione e una precisa collocazione nell'organizzazione ospedaliera.

Questo ho voluto dire, anche a titolo di doveroso contributo a questo dibattito per sottolineare la gravità della mutilazione apportata al titolo della proposta di legge.

Per quanto riguarda gli articoli, vediamo che all'articolo 1 si stabilisce che ogni ospedale di prima, seconda e terza categoria, deve

avere un servizio di anestesia e il relativo organico.

Questo già afferma il principio dell'autonomia del servizio, che è importante sotto tutti i punti di vista, non ultimo quello economico, perché se vogliamo che dei medici si occupino di anestesia, è necessario assicurare loro anche una situazione economica soddisfacente.

Il decreto del Ministro Mariotti per quanto riguarda le quote aggiuntive scatta soltanto se il servizio è autonomo, altrimenti le quote aggiuntive non si possono pagare. Ora è giusto che ci si preoccupi anche della situazione economica di questi medici.

L'articolo 2 è frutto del tentativo di conciliare due tendenze contrastanti che si erano manifestate in seno al Comitato ristretto: alcuni, tra i quali il sottoscritto, ritenevano che ogni ospedale di prima e seconda categoria dovesse avere un primario anestesista coadiuvato da un certo numero di assistenti; altri ritenevano invece che l'obbligo della istituzione del primario fosse giustificato soltanto negli ospedali di prima e che negli ospedali di seconda e di terza si dovesse lasciare libertà alle amministrazioni di istituire o non istituire un primariato. Ci è sembrato che una proposta conciliativa potesse essere quella che risulta dalla formulazione dell'articolo 2: « Negli ospedali, generali e specializzati in branche chirurgiche, di prima e seconda categoria che abbiano una media giornaliera di degenze di chirurgia e specialità chirurgiche non inferiore a 200, il servizio di anestesia è diretto da almeno un primario coadiuvato da un numero di aiuti e assistenti proporzionato alla media delle degenze, al numero delle prestazioni anestesiologiche ed alla presenza di reparti di pronto soccorso con servizi continuati di guardia anestesiologica. Negli altri ospedali il servizio è diretto, in relazione ai criteri indicati nel comma precedente, da un aiuto, coadiuvato da uno o due assistenti, ovvero da un assistente ».

L'articolo 3 suona in questi termini: « Le disposizioni di cui agli articoli precedenti si applicano ad ogni singolo ospedale di prima, seconda e terza categoria, anche quando faccia parte di una unica amministrazione ».

Esso ha un particolare rilievo, perché noi tutti sappiamo che questa norma, da alcuni ritenuta superflua, è stata invece determinata dalla necessità di porre rimedio ad una situazione di fatto che non può essere oltre tollerata: vi sono degli ospedali che dipendono da una unica amministrazione e che per questo fatto hanno in comune per alcuni servizi un solo primario, con la conseguenza che non può essere assicurata la funzionalità del servizio. Perciò si è ritenuto ribadire in un articolo che questa disposizione deve essere applicata ad ogni ospedale di prima, seconda e terza categoria, anche quando questi facciano parte di una sola amministrazione. Non si è ritenuto neppure di invitare l'ospedale piccolo a consorziarsi, per creare un primariato, perché si sarebbe ricaduti nell'inconveniente che oggi si verifica in quegli ospedali in cui un primario è primario di molti ospedali. Chi dirige il servizio di anestesia deve essere nell'organico dell'ospedale e non dell'amministrazione, dato che questo servizio richiede la presenza costante del medico nell'ospedale.

L'articolo 4, che non aveva trovato obiezioni sostanziali, riconduce anche i concorsi per anestesista alle norme generali, abolendo la particolare disciplina che è prevista della legge n. 653 del 1954. Infine si stabilisce all'articolo 5 che i posti in organico dovranno essere istituiti entro due anni dalla data di pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta Ufficiale*. I concorsi relativi dovranno essere banditi entro tre anni dalla data predetta.

Per quanto mi riguarda, il termine è eccessivo, ma anche qui ci sono state varie osservazioni circa la possibilità in un breve periodo di tempo per bandire i concorsi, e ha prevalso quindi l'opinione di dare un maggior respiro all'amministrazione, per creare questi posti in organico.

Quale relatore io porto il frutto di un compromesso tra i colleghi e raccomando l'approvazione del testo della proposta di legge, così come è stato di massima concordato.

LATTANZIO. Devo ringraziare anch'io il Presidente e il relatore per quanto non soltanto è stato detto questa mattina, ma sopratutto per quanto con grande spirito di comprensione reciproca è stato possibile realizzare nel Comitato ristretto. In verità nel Comitato ristretto non soltanto si è lavorato con molto impegno ma anche in una situazione non facile, poiché si tratta di disciplinare un servizio in fase di sviluppo, che soltanto adesso comincia ad affermarsi nei maggiori ospedali, e sul quale ovviamente i componenti del Comitato ristretto avevano delle esperienze e delle impostazioni diverse da far prevalere.

Io, che sono stato attivo sostenitore di alcune tesi, devo dare atto con vivo piacere al Presidente e all'onorevole Bemporad di uno spirito conciliativo altamente sentito.

Mi rendo conto – e spero che i colleghi degli altri gruppi vorranno fare altrettanto –

che indubbiamente è un fatto molto importante l'aver stralciato i servizi di rianimazione della proposta di legge. Però – come gli onorevoli colleghi ricorderanno – è stato questo uno dei motivi più discussi sul quale – e mi associo in questo a quanto diceva il relatore – la Commissione Igiene e sanità dovrà tra non molto occuparsi, ma sul quale ci sembrava doveroso un momento di ripensamento, poiché su questa materia vi sono esperienze ed orientamenti diversi, e questo non solo nel nostro Paese, ma anche all'estero. Ritengo che in un futuro non lontano potremo non soltanto esprimere i nostri punti di vista con maggiore cognizione di causa sulla base delle esperienze che avremo acquisito, ma con lo stesso spirito di comprensione potremo trovare anche un soddisfacente punto di incontro.

Devo dare atto anche, per quanto riguarda i vari articoli, di alcuni elementi molto importanti. Innanzitutto, proprio sull'articolo 1, vorrei sottolineare il fatto che il Comitato di coordinamento – che ha formulato materialmente quanto era stato deciso dal Comitato ristretto – ha accettato una specificazione molto importante con la dizione: « Gli ospedali generali e quelli specializzati in branche chirurgiche di prima, seconda e terza categoria... ». Penso che questo sia un fatto da sottolineare perché in realtà esisteva la preoccupazione sull'opportunità di obbligare alla istituzione di questo servizio ospedali specializzati soltanto in un certo settore e limitatamente al servizio chirurgico.

Per quanto riguarda l'articolo 2 (l'ho detto in Comitato ristretto e lo sostengo anche qui) mi è parso molto opportuno che siano stati riuniti ospedali di prima e seconda categoria agli effetti della media giornaliera delle degenze. Devo inoltre ringraziare il Comitato ristretto – e più specificatamente il Presidente e l'onorevole Bemporad di aver voluto accogliere una mia insistente richiesta, quella cioè di cercare di legare l'istituzione del servizio anestesia a reparti più strettamente chirurgici. Mi rendo conto che questa norma potrà determinare delle difficoltà nella sua prima applicazione; ma sono certo che non soltanto i medici provinciali ma soprattutto le amministrazioni ospedaliere sapranno essere sensibili allo spirito dell'articolo 2 e allo spirito – soprattutto, – dell'intera legge. Comunque spero che, al di là delle amministrazioni e dei medici provinciali sarà senz'altro il personale sanitario – e primi fra tutti i direttori sanitari, e i primari, aiuti e assistenti di chirurgia – che sapranno far rilevare quanto è indispensabile non soltanto in rapporto al numero dei posti-letto ma anche alle altre situazioni ed esigenze previste dall'articolo 2. Saranno anche questi a far rilevare l'opportunità di istituire un primariato di anestesia.

Per quanto l'articolo 3 possa sembrare pleonastico, l'esperienza di alcuni di noi ha consigliato di lasciarlo in quella direzione. Per quanto riguarda l'articolo 5, mi rendo conto del desiderio di tutti quanti noi di vedere questo servizio istituito al più presto; e vorrei pregare in questo senso – al di là di quella che può essere la formulazione dell'articolo 5 – il Ministro della Sanità di richiamare l'attenzione dei medici provinciali affinché, non appena la legge sarà approvata dall'altro ramo del Parlamento, intervengano presso le amministrazioni ospedaliere, senza attendere lo scadere del biennio e del triennio previsti dall'articolo stesso, per far fronte alle inevitabili difficoltà di natura tecnica della sua applicazione. Però, al di là di queste difficoltà di natura tecnica vorrei che rimanesse agli atti che lo spirito della legge è quello al più presto venga istituito un idoneo servizio di anestesia.

ROMANO. Credo che il lavoro del Comitato ristretto sia stato nel complesso soddisfacente, soprattutto se si considera che andiamo a disciplinare una materia un po' in divenire, che si è andata affermando in tutta la sua importanza e con tutto il suo peso in questi anni, e che la suddetta disciplina viene predisposta nel momento in cui è *in fieri* la materia complessa della riforma generale dei servizi ospedalieri. È evidente che, come per questa, anche per altre cose saremo probabilmente indotti da qui a un certo tempo che speriamo non lungo, a riesaminare l'intera materia in un complesso più ampio. Comunque sia, data l'urgenza di regolarizzare questo settore, mi pare che il nostro lavoro sia stato senz'altro positivo e che questa legge costituisca un passo avanti nell'organizzazione ospedaliera. Io però debbo insistere su un concetto che ha ribadito anche il relatore, cioè sul concetto della rianimazione. Forse noi siamo indotti un po' in un equivoco nel valutare questa situazione dal fatto che in qualche grande ospedale italiano siano stati istituiti dei centri di rianimazione. La rianimazione in sé e per sé è una tecnica legata all'anestesia, tanto è vero che esistono le scuole di specializzazione in anestesia e rianimazione nelle nostre università. La rianimazione costituisce un tutt'uno col lavoro dell'anestesia. Non vorrei che uscissimo con una legge mutilata di quelle che sono le prerogative e i

compiti fondamentali dell'anestesia. Eliminare una parola, molte volte significa eliminare un servizio e le conseguenze possono essere veramente gravi. Teniamo presente che la specializzazione parla di anestesia e rianimazione. Lo specialista prende un diploma dopo aver fatto i suoi esami in anestesia e rianimazione, il che significa che non si può ignorare quella che è la struttura professionale conseguita attraverso questi corsi.

Mi permetterei quindi di richiamare molto sommessamente alla vostra attenzione questo fatto, non perché non mi renda conto che la questione possa creare, collateralmente, molti altri problemi, ma perché gli altri problemi si troverà il modo di risolverli in altra sede e diversamente.

Perciò al titolo propongo il seguente emendamento: Aggiungere dopo le parole: « Norme sul servizio di anestesia » le altre: « e rianimazione negli ospedali ».

DI MAURO ADO GUIDO. Sono sostanzialmente d'accordo su quanto sostengono i colleghi Bemporad e Romano relativamente al problema della rianimazione. Quindi non mi dilungo su questo tema, giacché non è assolutamente pensabile che l'anestesista provveda ad « addormentare » l'operando, lo assista durante l'intervento e non lo risvegli ad intervento ultimato.

Detto questo sulla rianimazione, vorrei dire qualche cosa sulla legge in generale. A proposito dell'articolo 1 vorrei chiedere ai medici che sono qui presenti se è possibile oggi la cura polmonare senza una vera anestesia e se c'è un solo sanitario che fa la chirurgia polmonare che non abbia un servizio di anestesia. Se un chirurgo non ha l'anestesista capace, non si mette neppure a fare un intervento sul torace. La chirurgia moderna non sarebbe pensabile senza l'anestesista. Quindi non possiamo essere d'accordo sull'articolo 5, dove si dice che i posti in organico debbono essere istituiti entro due anni e i concorsi relativi dovranno essere banditi entro tre anni.

Noi sappiamo anche come passano gli anni dopo che sono banditi i concorsi, tanto da poter ritenere che questa legge non sarà operante che fra 5-6 anni.

Vorrei richiamare la vostra attenzione sul fatto che noi riteniamo questa legge oggi sottoposta al nostro esame, come un elemento destinato a coprire una carenza legislativa in attesa della famosa riforma ospedaliera. Quanto tempo ci vorrà per avere questa famosa riforma, se solo per rendere operante questo elemento di copertura di una carenza legislativa occorreranno cinque-sei anni?

Questa legge dovrebbe servire a regolamentare il servizio di anestesia già funzionante in quasi tutti gli ospedali italiani e a regolamentare certe situazioni ed eliminarne altre. Per questo è stato necessario il disposto di cui all'articolo 3; ma saranno proprio queste amministrazioni (e il collega Barberi ha opportunamente ricordato che certi ospedali non hanno ancora oggi adempiuto agli obblighi di cui alla legge del 1954) a sfruttare al massimo gli anni concessi da questa legge: anni per istituire i posti in organico, anni per bandire i concorsi.

Perciò ritengo che noi dovremo approvare questa legge, riaffermando la necessità di pervenire nel minor tempo possibile alla riforma ospedaliera; e in questo spirito presentiamo un emendamento tendente a ridurre i termini previsti dall'articolo 5.

MORELLI. Le osservazioni fatte nella precedente seduta della Commissione a proposito del termine « rianimazione », anche se non sono tornate alla ribalta nella seduta del Comitato ristretto, sono sempre egualmente valide. Purtuttavia non voglio ripetere le osservazioni testé fatte dal collega onorevole Romano, e sulle quali sono perfettamente d'accordo.

Tuttavia non si può ignorare che i due termini « rianimazione » e « anestesia » non possono essere scissi tanto più che dalla scuola essi escono permanentemente associati: sarebbe come voler scindere il radiologo dalla terapia fisica: così la rianimazione è ormai considerata una fase, una specialità dell'anestesista.

E se volessimo a tutti i costi scindere la rianimazione dall'anestesia, allora a chi dovremmo rivolgerci, in ospedale, per la rianimazione? E se l'anestesista, privato ufficialmente del compito della rianimazione, si rifiutasse, a richiesta, di praticarla ancora? Avrebbe pienamente ragione. Ho voluto esporre alcuni interrogativi affinché la Commissione possa decidere con piena conoscenza di causa.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Sono lieta che nell'intervento di un onorevole collega la cancellazione dal titolo della legge della parola « rianimazione » sia stata definita una « mutilazione ». Infatti i due termini anche nella scuola sono abbinati. È vero che nella discussione della legge è stato trattato il caso degli ospedali dove sorgono centri di rianimazione, alla cui direzione potrebbe essere chiamato un medico qualificato « rianimatore ». Questo, però, non è possibile: i centri

di rianimazione non hanno « rianimatori » come qualifica perché la qualifica è abbinata a quella dell'anestesista.

D'altra parte facciamo una legge che regola l'intero problema dell'anestesista, il quale, non qualificato dalla legge « rianimatore » potrebbe rifiutarsi di prestare la sua opera come tale. Per parte mia ritengo opportuno che si reinserisca nel titolo il termine « rianimatore » anche in analogia coi titoli scolastici.

Io mi permisi nel corso della precedente seduta di fare un'osservazione di tecnica legislativa. Si sa che gli ospedali sono di prima, seconda e terza categoria, anche se sono specializzati. Quando diciamo « negli ospedali, generali e specializzati in branche chirurgiche, si sa già che potranno essere di prima, seconda e terza categoria. Dobbiamo dare proprio nella legge questo esempio di poca esattezza di tecnica legislativa?

Quanto all'articolo 3, se esiste una amministrazione ospedaliera che si è permessa di avere un primario unico per cinque o sei ospedali, questo era inammissibile anche per la legge del 1954 e bisognava denunciare il fatto al Ministero della sanità per gli opportuni provvedimenti, giacché ogni ospedale deve avere un servizio. Quindi mi permetto di ricordare che per me non è affatto necessario che si ripeta nell'articolo 3 che il servizio deve essere per gli ospedali e non per le amministrazioni. D'altra parte ci sono anche gli atti parlamentari che possono dare l'interpretazione di quello che intendevano dire distinguendo gli ospedali all'amministrazione ospedaliera.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Per risolvere un po' il problema della qualifica professionale degli anestesisti che debbono prestare il servizio di anestesia, nell'articolo 1, dove si dice « *e il relativo organico* » si potrebbe forse aggiungere: « *di anestesista rianimatore* »; in modo che almeno lì rientri la qualifica professionale. Le preoccupazioni sono meno assurde di quanto può sembrare, nel caso che l'anestesista sia considerato solo come tale, perché di fatto è vero che l'anestesista fa l'anestesista anche in casi di piccoli interventi, però il medico che ha operato, specialmente per i piccoli interventi, si disinteressa di quello che avviene per la post-anestesia. La preanestesia viene fatta dall'anestesista, l'intervento viene fatto dal chirurgo. Finito l'intervento del chirurgo, il controllo sulla degenza del paziente resta all'anestesista. La sera è l'anestesista che va a vedere il malato, e non è il chirurgo che va a controllare l'andamento della trasfusione, che controlla le reazione della pressione, eccetera. Quindi a mio giudizio bisognerebbe in qualche modo aggiungere la qualifica di anestesista rianimatore.

BARBERI. Il testo del comitato ristretto rappresenta un miglioramento rispetto a quello precedente. Però noi veniamo a creare una legge che introduce una innovazione sostanziale in quella che è la disciplina degli ospedali. Non c'è nessuna legge oggi, né antica né recente, che obblighi le amministrazioni ospedaliere a creare una determinata struttura. Le amministrazioni oggi obbediscono alla legge del 1938, che ha disposizioni ordinative, non perentorie. Noi invece inseriamo per un settore assolutamente speciale una norma perentoria, cioè diciamo che l'ospedale di prima e seconda categoria con duecento degenze chirurgiche deve perentoriamente avere un primario, mentre gli altri ospedali devono avere un aiuto. Io mi preoccupo di questo, che considero una sfasatura nell'ordinamento strutturale degli ospedali italiani. Si inserisce in una legge l'obbligo di creare determinati servizi in difformità con tutto quello che stabiliscono le leggi vigenti, da quella del 1938 a quella del 1954. Nessuno può mettere in dubbio che il servizio di anestesia negli ospedali sia di grande importanza, però da questo si arriva a dettare le norme di quella che può essere la strutturazione del servizio, sottraendolo alla discrezionalità delle amministrazioni ospedaliere. Già la legge del 1954 faceva obbligo agli ospedali di avere un servizio di anestesia, ma lasciava a loro di organizzarlo come credevano.

Per quel che riguarda l'articolo 1 anch'io penso che in parte sia pleonastico, perché gli ospedali, fino a quando non si modificherà la legge, continueranno a restare suddivi in tre grandi categorie. Ciò premesso ritengo che si possa stabilire l'obbligo di istituire un servizio di medico anestesista rianimatore, stando però bene attenti a non confondere la rianimazione con le manovre dell'anestesista, perché la rianimazione, in caso di collasso, spetta qualche volta al ramo squisitamente medico. Ritengo che debbano essere gli stessi ospedali a decidere sulla necessità del primario, che non potrà fare a meno del centro; e se il primario dovrà essere l'anestesista.

L'articolo 3 è, per me, pleonastico. Oggi noi siamo tornati alla legge del 1938. Se c'è un ospedale che è retto contemporaneamente ad un altro dalla stessa amministrazione i servizi dell'uno non debbono avere nulla a

che fare con quelli dell'altro; quindi anche quando ci si riferisce agli ospedali di Roma è chiaro che i servizi devono essere configurati indipendentemente.

Per quanto riguarda l'articolo 4, vorrei invitare i colleghi a meditare su quelle che sono oggi le disponibilità umane in Italia. Se noi pensiamo che nel corso di tre anni si devono espletare tutti i concorsi non vedo come sarà possibile ottenere un valido inquadramento, anche per la mancanza di un numero adeguato di professori chiamati a far parte delle commissioni. E in mancanza di questi a chi ci si dovrà rivolgere? A professori di reumatologia? Per me l'articolo 4 non è chiaro.

Per quanto riguarda l'articolo 5, non credo che due anni per istituire i posti in organico siano troppi, tenendo presente che per modificare gli organici è necessario che si modifichino le relative tabelle e che si perfezioni tutta una serie di adempimenti e manovre nel bilancio. Stabilire che posti in organico debbono essere istituiti entro due anni dalla pubblicazione della legge, significa, tenuto conto dell'*iter* del provvedimento, arrivare a un dipresso a tre anni a decorrere da oggi: ebbene, dobbiamo armonizzare i tempi con quelli della riforma ospedaliera, problema che probabilmente sarà da noi preso in esame alla ripresa dei lavori, dopo le ferie estive.

In vista di questo snellimento dell'*iter* legislativo per la legge generale sarebbe opportuno arrivare anche a sancire un principio generale per quanto riguarda l'effettuazione dei concorsi in modo da raggiungere una certa autonomaticità per i concorsi di ogni singola categoria.

SPINELLI. Non ho preso la parola prima, perché avevo avuto l'impressione che la Commissione fosse d'accordo in grandissima maggioranza sul testo formulato dal comitato ristretto. Ma dato che il collega Barberi ha insistito sulla sua posizione, devo dare qualche precisazione, e ripetere quelle cifre che ho detto ieri al comitato ristretto. All'atto della fondazione nel 1950 la Società italiana di anestesiologia aveva 300 iscritti; oggi ne ha 750; ci sono 100 liberi docenti, 12 scuole di specializzazione nelle principali università italiane e legate in gran parte alla cattedra di clinica chirurgica, oltre quelle che sono legate alla cattedra di anestesia. Le cattedre attuali sono sei; entro l'anno o nei primissimi dell'anno venturo saranno nove. Queste sono notizie che ho acquisito direttamente dalla presidenza della Società di anestesiologia. Sulla possibilità di avere i quadri, che erano la preoccupazione maggiore del collega Barberi, non vediamo la possibilità di dargli ragione. Non si può insistere e farsi superare dagli avvenimenti. Gli avvenimenti sono quelli che sono. L'anestesiologia ha una sua dignità particolare e deve essere regolamentata. Non c'è dubbio che la legge del 1954 non è riuscita a regolamentarla soprattutto per la cattiva volontà delle amministrazioni, e anche perché la legge stessa non fornisce gli strumenti necessari. Ma è stato sottolineato che il progresso della chirurgia in tutti i campi è dovuto esclusivamente alla applicazione dell'anestesia.

Un'altra preoccupazione è quella che riguarda la rianimazione postanestetica. La rianimazione è qualche cosa di inscindibile dall'anestesia, perché l'anestesista che addormenta il paziente lo deve seguire finché si sveglia, lo deve portare un'altra volta alla sua attività fisiologica normale. Per cui le due cose devono essere tenute assolutamente separate; l'anestesia è di competenza dell'anestesista, mentre nella rianimazione l'anestesista è uno dei collaboratori. Potrà o non potrà avere la direzione di un reparto, secondo che l'amministrazione lo crederà. Se si dovesse fare riferimento anche alla rianimazione, io lascerei intatto il titolo di questa proposta di legge e proporrei eventualmente di aggiungere alla fine del primo comma dell'articolo 2, dopo le parole « di guardia anestesiologica », le altre: « e di rianimazione ».

USVARDI. Aggiungere la parola « rianimazione » e inserire qui la volontà precisa del legislatore con questo nuovo nome, credo che non possa essere evitato. Perché se è vero che l'anestesia comporta la rianimazione, è nella speranza di ogni ospedale avere un centro di pronto soccorso di rianimazione in senso generale. Quindi creare la premessa attraverso la legge perché questo avvenga, credo che sia nelle aspirazioni legittime di ogni ospedale e di tutti i degenti.

Poi se è vero, come è stato rilevato da più parti circa l'osservazione sollevata dal collega Barberi, che ormai il problema del servizio anestesia negli ospedali, pur non essendo stato affrontato con sufficiente impegno da parte delle amministrazioni ospedaliere, è nella coscienza di tutti, è altrettanto giusto che questa legge rappresenti una sollecitazione massiva, e non sia pertanto limitata ad un tempo piuttosto lungo, come l'articolo 5 prevede sommando i due anni per la modifica dei posti in organico ai tre necessari per il bando di concorso.

Pertanto sono del parere che se questa legge deve svolgere una funzione stimolatrice è necessario che ci sia una modifica, una riduzione di tempo rispettivamente da due anni a uno e che i concorsi siano banditi entro due anni invece che tre.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

BEMPORAD, *Relatore*. Desidererei chiarire prima di tutto, circa l'osservazione della onorevole collega Gennia Tonietti, che non è esatto che esistano soltanto ospedali generali e specializzati di prima, seconda e terza categoria. Esistono le infermerie che, fino a prova contraria, sono anch'esse ospedali; esistono gli ospedali psichiatrici ed esistono altri tipi ancora di ospedali.

Ho visto che la maggioranza della Commissione ha, con mia viva soddisfazione, riportato in discussione il titolo ed ha espresso il suo favore perché nel titolo ricompaia la parola « rianimazione ». Non sto a ripetere quello che ho già detto. E mi fa piacere che gli argomenti portati da coloro che, come chi vi parla, erano convinti della opportunità di non mutilare questa figura dell'anestesista togliendogli quella del rianimatore, siano accettati dai colleghi.

L'articolo 3 non è superfluo in quanto stabilisce l'obbligo per gli ospedali di istituire distinti servizi anche quando facciano parte di un'unica amministrazione. E qui vorrei rispondere sia alla collega Gennai Tonietti che al collega Barberi. Non è vero che ospedali di prima categoria, ospedali riuniti con altri, i quali oggi non abbiano ancora stabilito in organico un posto di primario per ogni ospedale, siano fuori dalla legge. La legge del 1954 non impone l'obbligo della nomina di un primario per ogni ospedale di prima categoria. Quindi non è superfluo precisare che fra i compiti di questa legge vi è anche quello di fissare le caratteristiche dell'organico. La legge stabilisce che devono avere posto adeguato in organico gli anestesisti a seconda dei posti.

CAPUA. Il che sarebbe come dire che questa legge si preoccupa soltanto delle carriere e non del servizio di anestesia.

BEMPORAD, *Relatore*. Non è vero. Io dico che la legge stabilisce norme nuove che riempiono una carenza senza peraltro costituire una innovazione rispetto alle norme di carattere generale attualmente in vigore per gli ospedali. Vorrei ricordare a tutti che la legge del 1938 stabilisce che vi deve essere un primario ogni 120 posti letto, mentre non si stabilisce il numero degli aiuti ed assistenti; e noi oggi non innoviamo perché stabiliamo la obbligatorietà della istituzione del servizio, ma non stabiliamo il numero degli aiuti e degli assistenti. Quindi non riformiamo nulla, ma ci inseriamo in una disciplina già esistente stabilendo che il servizio anestesiologico deve essere messo a livello degli altri servizi, con le altre divisioni ospedaliere; e solo in questo caso ci riferiamo ai tipi di ospedali di prima, seconda e terza categoria nonché a quelli nei quali si pratica la chirurgia.

Quindi, ripeto, non innoviamo nulla e nessuna preoccupazione deve sussistere sotto sotto questo punto di vista. Inoltre, anche precisando che l'anestesista è anche rianimatore, lasciamo impregiudicato il problema dei centri di rianimazione, e su questo punto mi rendo conto delle perplessità degli onorevoli colleghi, perché se si fosse parlato di rianimazione in senso lato, comprensivo cioè di tutti i casi possibili di rianimazione, sarebbero sorti due gravi problemi: quello della formazione del numero dei posti letto necessari per la nomina di un primario, e quello della qualificazione professionale del primario chiamato a dirigere il reparto di rianimazione.

Ha già spiegato il collega Spinelli come non sia fondata la preoccupazione manifesata dal collega Barberi circa la possibilità di poter espletare i concorsi e mi rimetto pertanto alle sue chiare ed esaurienti delucidazioni.

Riguardo all'articolo 5, infine, se in Commissione si troverà una maggioranza perché questa legge sia più incisiva, più rapida e si accelerino i tempi dell'attuazione, una proposta di questo genere non potrà non trovarmi consenziente.

PRESIDENTE. Desidero sottolineare quanto ha chiarito il relatore, cioè che la disciplina del servizio di anestesiologia viene ad inserirsi armoniosamente nella vigente regolamentazione ospedaliera, di modo che non comportando alcuna innovazione, non pregiudica in alcun modo la tanto auspicata riforma ospedaliera, anticipando soluzioni che potrebbero contrastare con i criteri direttivi del Governo. Ho ritenuto doverosa questa precisazione, per assicurare il Governo che l'approvazione del provvedimento in esame non potrà in nessun modo ritardare o comunque ostacolare la riforma ospedaliera.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Il Governo non ha ragione di opporsi all'approvazione di questa proposta di legge. Bisogna considerare tutto il servizio anestesiologico

non più come un servizio aggiuntivo, ma come una specialità che deve essere considerata in tutta la sua importanza, anche se questa tendenza, che molto spesso riaffiora a carattere corporativo esasperato, non può non avere ripercussioni sugli aggravi di bilancio degli ospedali, di cui tutti noi dobbiamo tener conto. Con i disavanzi che oggi registriamo nell'Italia del sud, evidentemente andiamo incontro a delle disfunzioni piuttosto gravi dei servizi ospedalieri con tutte le ripercussioni che possono esserci per i ricoverati. Essendosi giunti a un compromesso, ho l'impressione che non si sia affrontato il problema nella sua globalità. Secondo i criteri moderni, la struttura organizzativa dell'ente ospedaliero nella nuova riforma dovrebbe avere definizioni giuridiche ben precise. Lo dimostra il fatto che è venuto riaffiorando nel corso di questa discussione se l'anestesista debba essere il responsabile del centro di rianimazione, come in realtà si sta verificando e come ho avuto occasione di vedere in molti ospedali, tra cui quello di Brescia. Quindi può darsi che questa specialità, affinandosi, possa dare la possibilità all'anestesista di essere il responsabile di un *équipe* di rianimazione, creando un conflitto molto grave in questi centri, tenendo conto dell'inquietudine che ormai è caratteristica della categoria dei medici e che ci preoccupa per tante manifestazioni che vanno sempre più aggravandosi.

Io ho l'impressione che non ci sia tanto convinzione, nel varo di questa riforma ospedaliera, da parte degli stessi proponenti, proprio perché non ci sono principi innovatori rispetto alle leggi del 1938 e 1954. Questa impressione è dimostrata dal fatto che il Comitato ristretto, sul piano temporale di attuazione delle disposizioni di legge oggetto del dibattito di questa mattina, propone di rinviare i pubblici concorsi a tre anni e dà attuazione e vita alla legge dopo due anni dalla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*. Vuol dire che tanta urgenza non c'è.

Evidentemente la legge del 1954 sopperiva a determinate esigenze; quindi quali sono state le ragioni che hanno spinto i proponenti a presentare queste proposte di legge? Da una parte di creare nuovi posti in organico, quelli di anestesista, e dall'altra alcune preoccupazioni che questo servizio di anestesia assumesse non un carattere di servizio, ma di specialità, con tutte le conseguenze che esso comporta.

Vorrei far presente all'onorevole Spinelli – e non per motivi di opposizione o di polemica – che quando questa legge sarà operante, fra due anni o anche meno se la Commissione deciderà di abbreviare i termini previsti dall'articolo 5, si dovrà inevitabilmente affrontare il problema nella sua globalità, e per questo si poteva benissimo attendere la riforma ospedaliera. Ad ogni modo non posso fare a meno di ricordare che questa legge da un assetto più valido al servizio rispetto alla legge del 1954. Spero vivamente che la legge sulla riforma ospedaliera, che sta incontrando difficoltà di ogni genere, possa veramente essere presentata al più presto e che quindi anche questa legge possa venire assorbita come tante altre.

Con queste brevi considerazioni dichiaro che non ho motivo, come rappresentante del Governo, di oppormi all'approvazione del provvedimento in esame.

PRESIDENTE. Passiamo agli articoli del testo unificato delle proposte di legge nn. 1956 e 2226, dal titolo: « Norme sul servizio di anestesia negli ospedali ».

Comunico che l'onorevole Romano ha presentato il seguente emendamento: Al titolo aggiungere dopo la parola anestesia le parole: « e di rianimazione ».

LATTANZIO. Poiché abbiamo convenuto di lasciare impregiudicato il problema del servizio di rianimazione, mi dichiaro contrario all'emendamento del collega Romano. Ritengo, per altro, che per superare alcune perplessità emessi nel corso della discussione generale si potrebbe modificare l'articolo 2, nel senso di aggiungere dopo le parole: « almeno un primario » la parola: « rianimatore » di modo che si farebbe riferimento all'espletamento di un'attività tecnico professionale strettamente inerente alla anestesia, senza che ciò possa influire in qualsiasi modo sul problema della rianimazione considerato a se stante, problema che rimane aperto a tutte le soluzioni che potranno essere suggerite dall'esperienza.

CAPUA. Pregherei gli onorevoli colleghi, anche per non passare da incompetenti, di volersi prima documentare circa la natura del servizio di rianimazione, che si fa col polmone d'acciaio, con il rene artificiale, con tutto il sistema di eccitazione del cuore per le possibili crisi momentanee da infarto o da incidente.

Ora, che l'*équipe* di rianimazione sia indispensabile in un ospedale moderno è pacifico, ma che esso sia affidato all'anestesista per me è assolutamente inopportuno, e dobbiamo evitare di farlo. Che cosa ne sa di rene artificiale l'anestesista? Quanto qualsiasi altro medico,

evidentemente, ma non ha quella specializzazione necessaria in materia che lo renda indispensabile.

PASQUALICCHIO. Ritengo non opportuno l'emendamento del collega Romano, in quanto con questa legge ci stiamo preoccupando di adeguare il servizio di anestesia alle reali esigenze. Che l'anestesista compia la rianimazione quando ne sopravviene la necessità nel corso dell'anestesia, è cosa normale. Invece quando parliamo di servizio di anestesia e rianimazione, intendiamo sia il servizio di anestesia che quello di rianimazione, e quest'ultimo comporta un complesso di azioni e di apparecchiature molto più vaste di quelle che sono le competenze dell'anestesista.

Perciò non riteniamo opportuno includere nel titolo della presente legge la qualifica di anestesista, e siamo pertanto favorevoli al mantenimento del testo del Comitato ristretto.

ROMANO. Dichiaro di ritirare l'emendamento.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, pongo in votazione il titolo della legge nella stesura del Comitato ristretto.

(*È approvato*).

PRESIDENTE. Do lettura dell'articolo 1.

ART. 1.

Gli ospedali generali e quelli specializzati in branche chirurgiche di prima, seconda e terza categoria, nonché gli ospedali sanatoriali nei quali si pratica la chirurgia della tubercolosi polmonare, debbono istituire un servizio di anestesia ed il relativo organico secondo le norme che seguono.

Sono stati presentati diversi emendamenti. La onorevole Gennai Tonietti Erisia propone la soppressione delle parole: « di prima, seconda e terza categoria »; l'onorevole Romano propone la soppressione della parola: « tubercolare » e con un altro emendamento di aggiungere dopo le parole « di anestesia » le parole « e di rianimazione »; la onorevole Cattaneo Petrini Giannini e gli onorevoli Alboni, Di Mauro, Pasqualicchio e Monti propongono di aggiungere dopo la parola « organico » le parole « di anestesista rianimatore ».

Iniziamo dal primo emendamento della collega Gennai Tonietti Erisia.

BEMPORAD, *Relatore*. Sono contrario per i motivi che ho già chiarito nella mia replica.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Mi rimetto alla Commissione.

PRESIDENTE. Metto in votazione le parole « prima, seconda e terza categoria », avvertendo che ne è stata chiesta la soppressione.

(*Sono approvate*).

Metto in votazione il testo del Comitato ristretto fino alla parola « tubercolosi ».

(*È approvato*).

L'onorevole Romano ha proposto il seguente emendamento: Sopprimere la parola « polmonare ».

BEMPORAD, *Relatore*. Sono favorevole all'emendamento, giacché la chirurgia della tubercolosi non si limita al campo polmonare ma investe altri campi.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Mi rimetto alla Commissione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la parola « polmonare » avvertendo che ne è stata chiesta la soppressione.

(*Non è approvata*).

Il collega Romano ha proposto il seguente altro emendamento: Aggiungere dopo la parola « anestesia » le parole « e di rianimazione ».

ROMANO. Dichiaro di ritirare l'emendamento e di associarmi a quello presentato dagli onorevoli Cattaneo Petrini Giannina e Alboni ed altri.

PRESIDENTE. Passiamo allora all'emendamento predetto che così recita: Dopo le parole « relativo organico » aggiungere le parole: « di anestesista rianimatore ».

LATTANZIO. Poiché l'emendamento investe un problema di fondo, vorrei chiedere alla cortesia dei colleghi di sospendere la seduta, in modo che ci si possa mettere d'accordo su una dizione che passi all'unanimità e non con una maggioranza che non avrebbe un significato.

ROMANO. Io mi oppongo a questa proposta, tanto più che siamo in fase di votazione.

BEMPORAD, *Relatore*. Chiedo che l'emendamento venga messo in votazione perché effettivamente si tratta di posizioni diverse, distinte, sulle quali è opportuno una deliberazione della Commissione.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Il Governo si rimette alle decisioni della Commissione.

A mio modo di vedere è un po' temerario assumersi la responsabilità di aggiungere « rianimatore » alla qualifica di anestesista nel momento in cui si cominciano a fare esperienze nei grandi ospedali. Se vogliamo considerare la riforma ospedaliera come una direttiva precisa di studio, direi di lasciare impregiudicato il « rianimatore » limitandoci all'anestesista. Ma siccome il Governo si rimette alla Commissione, confermo questa sua posizione, facendo presente che l'accettazione dell'emendamento non è formale ma implica anche l'istituzione dei centri di rianimazione.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, pongo in votazione l'emendamento Cattaneo Petrini Giannina, Pasqualicchio, Alboni del quale do nuovamente lettura:

« Dopo le parole: « relativo organico » inserire le parole: « di anestesisti rianimatori ».

(*È approvato*).

L'articolo 1 rimane pertanto così formulato:

ART. 1.

Gli ospedali generali e quelli specializzati in branche chirurgiche di prima, seconda e terza categoria, nonché gli ospedali sanatoriali nei quali si pratica la chirurgia della tubercolosi, debbono istituire un servizio di anestesia ed il relativo organico di anestesisti rianimatori secondo le norme che seguono.

Lo pongo in votazione nel suo complesso.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 2. Ne do lettura.

ART. 2.

Negli ospedali, generali e specializzati in branche chirurgiche, di prima e seconda categoria che abbiano una media giornaliera di degenze di chirurgia e specialità chirurgiche non inferiore a 200, il servizio di anestesia è diretto da almeno un primario coadiuvato da un numero di aiuti e assistenti proporzionato alla media delle degenze, al numero delle prestazioni anestesiologiche ed alla presenza di reparti di pronto soccorso con servizi continuativi di guardia anestesiologica.

Negli altri ospedali il servizio è diretto, in relazione ai criteri indicati nel comma precedente, da un aiuto, coadiuvato da uno o due assistenti, ovvero da un assistente.

Comunico che sono stati presentati i seguenti emendamenti:

1) Nel primo comma dopo la parola « primario » aggiungere la parola « anestesista rianimatore ».

GENNAI TONIETTI ERISIA.

2) Alla fine del primo comma aggiungere le parole « e di rianimatore ».

SPINELLI.

3) Sostituire alla quinta riga, la parola « proporzionato » con le parole « in rapporto ».

ROMANO.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Ritiro il mio emendamento all'articolo 2.

SPINELLI. Anch'io ritiro l'emendamento.

ROMANO. La parola « proporzionato » per me significa che al di sopra delle 200 degenze giornaliere l'amministrazione potrebbe tenere più di un primario. Le parole « in rapporto » abbracciano invece l'intero complesso di primari, aiuti ed assistenti.

PRESIDENTE. Nessuno chiedendo di parlare, pongo in votazione le prime cinque righe dell'articolo 2, fino alle parole: « ... da un numero di aiuti e assistenti ... ».

(*Sono approvate*).

Pongo in votazione l'emendamento Romano che propone di sostituire la parola « proporzionato » con le parole « in rapporto ».

(*È approvato*).

Pongo in votazione il seguito del primo comma.

(*È approvato*).

Pongo in votazione il secondo comma dell'articolo 2.

(*È approvato*).

L'articolo 2 rimane pertanto così formulato:

ART. 2.

Negli ospedali, generali e specializzati in branche chirurgiche, di prima e seconda categoria che abbiano una media giornaliera di degenze di chirurgia e specialità chirurgiche non inferiore a 200, il servizio di anestesia è diretto da almeno un primario coadiu-

vato da un numero di aiuti e assistenti in rapporto alla media delle degenze, al numero delle prestazioni anestesiologiche ed alla presenza di reparti di pronto soccorso con servizi continuati di guardia anestesiologica.

Negli altri ospedali il servizio è diretto, in relazione ai criteri indicati nel comma precedente, da un aiuto, coadiuvato da uno o due assistenti, ovvero da un assistente.

Lo pongo in votazione nel suo complesso.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 3. Ne do lettura:

ART. 3.

Le disposizioni di cui agli articoli precedenti si applicano ad ogni singolo ospedale di prima, seconda e terza categoria, anche quando faccia parte di una unica amministrazione.

L'onorevole Gennai Tonieti Erisia ha presentato un emendamento soppressivo dell'articolo.

Nessuna chiedendo di parlare pongo in votazione l'articolo avvertendo che ne è stata chiesta la soppressione.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 4. Ne do lettura:

ART. 4.

I medici anestesisti sono nominati in seguito a pubblico concorso per titoli ed esami secondo quanto disposto dal regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 e successive modificazioni.

Non è stato proposto nessun emendamento. Pongo in votazione l'articolo 4.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 5. Ne do lettura:

ART. 5.

I posti in organico dovranno essere istituiti entro due anni dalla data di pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta Ufficiale*. I concorso relativi dovranno essere banditi entro tre anni dalla data predetta.

Sono stati presentati tre emendamenti: due del collega Usvardi e un altro dei colleghi Alboni, Di Mauro, Pasqualicchio. Il collega Usvardi propone che dove si dice: « i posti di organico dovranno essere istituiti entro due anni », si dica invece: « entro un anno »; e dove si dice: « i concorsi relativi dovranno essere banditi entro tre anni » si dica invece: « entro due anni ». Inoltre i colleghi Alboni e Di Mauro propongono « un anno » per il primo e il secondo termine.

Gli emendamenti Usvardi e Alboni coincidono per l'istituzione dei posti in organico, perché tutti e due propongono un anno.

Pongo in votazione questo emendamento.

(*È approvato*).

Pongo in votazione il secondo emendamento. Il testo del Comitato ristretto, riferendosi ai bandi di concorso, dice: « entro tre anni ». Il testo Alboni-Pasqualicchio dice: « un anno », quello Usvardi: « due anni ». Debbo mettere in votazione il testo più lontano, che è quello Alboni-Pasqualicchio.

BEMPORAD, *Relatore*. Io sono contrario a un anno.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Io sono contrario a un anno, perché gli ospedali debbono fare i conti con i loro mezzi finanziari.

PRESIDENTE. Quindi l'emendamento non è accolto né dal relatore né dal Governo. Lo pongo in votazione.

(*Non è approvato*).

Abbiamo ora l'emendamento Usvardi, che propone due anni per i bandi di concorso.

BEMPORAD, *Relatore*. Sono favorevole.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Anche io sono favorevole.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Usvardi.

(*È approvato*).

L'articolo 5 rimane pertanto così formulato:

I posti in organico dovranno essere istituiti entro un anno dalla data di pubblicazione della presente legge sulla *Gazzetta ufficiale*. I concorsi relativi dovranno essere banditi entro due anni dalla data predetta.

Lo pongo in votazione nel suo complesso.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 6. Ne do lettura:

ART. 6.

La legge 9 agosto 1954, n. 653 è abrogata.

Poiché nessuno chiede la parola, lo pongo in votazione.

(*È approvato*).

La proposta di legge sarà votata a scrutinio segreto alla fine della seduta.

Discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati Romano ed altri: Regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di tecnico di radiologia e terapia fisica (Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato) (511-B).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge, d'iniziativa dei deputati Romano, Orlandi, Vizzini, concernente la regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di tecnica di radiologia e terapia fisica, modificato dalla XI Commissione permanente del Senato.

Data l'ora tarda, penso che si possa rinviare la discussione di questa proposta di legge ad altra seduta.

MONASTERIO. Noi non siamo favorevoli al rinvio, in quanto riteniamo che questo rinvio significherebbe procrastinare l'esame della proposta di legge fino al prossimo autunno. Il prossimo autunno inizia l'anno scolastico, e pertanto il rinvio significherebbe eliminare la possibilità che col prossimo anno scolastico si tenga conto della nuova legge per l'istituzione dei nuovi corsi. Sono quindi dell'opinione che la proposta di legge debba essere esaminata oggi stesso.

CAPUA. Mi pare impossibile tentare di discutere ora una legge di 28 articoli ! Tutto al più si potrebbe andare al pomeriggio.

PRESIDENTE. Iniziamo la discussione e vedremo di sbrigarci rapidamente. Il relatore, onorevole Romano, ha facoltà di riferire sulle modifiche apportate dal Senato.

ROMANO, *Relatore*. Il Senato ha apportato una serie di varianti al testo della legge approvata dalla nostra Commissione nella seduta del 29 ottobre 1964. Una prima variante riguarda la sostituzione delle parole: « radiologia medica », alle parole: « radiologia e terapia fisica ». Mi pare che il termine proposto dal Senato non escluda la qualificazione della terapia fisica, essendo la radiologia medica un termine più ampio, comprensivo anche della stessa terapia fisica. Penso quindi che, su questo punto, potremmo trovarci d'accordo.

Una seconda modifica apportata dal Senato, riguarda la soppressione dei 6 mesi che erano stati previsti dalla nostra Commissione perché fosse emanato il regolamento delle scuole di tecnico di radiologia e terapia fisica. Su questo punto potrebbe esserci qualche perplessità, relativamente all'applicazione del regolamento del Ministero della sanità di concerto con quello della pubblica istruzione. Ma anche in questo caso non si tratta di una variazione di carattere sostanziale.

Altra modifica apportata dal Senato, è il limite massimo di 32 anni di età per essere ammessi alle scuole suddette, mentre noi avevamo previsto solamente il limite minimo di 17 anni di età. Questo è un punto sul quale – a mio avviso – possiamo essere d'accordo, perché allarga l'area di iscrizione alla scuola.

È stato sostituito il termine « cliniche universitarie », con il termine « istituti universitari », ma mi sembra si tratti di una dizione più ampia e forse più propria. Una modifica che può lasciare invece perplessi, è quella apportata all'articolo 7 del testo approvato dalla Camera, la dove avevamo previsto la composizione della Commissione esaminatrice; al punto *a*), il Senato parla solamente di « direttore della scuola », senza specificare dando quindi una dizione più ampia. Ma l'inconveniente è superato dall'articolo 9, il cui primo comma rimane identico al primo comma dell'articolo 8 del testo da noi approvato.

Circa le norme transitorie, il Senato ha elevato da tre a cinque il numero di anni richiesto a coloro che hanno esercitato abitualmente e direttamente l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica in sedi diverse dalle amministrazioni ospedaliere o da enti pubblici, per essere ammessi a sostenere la prova d'esame. Noi prevedevamo invece un termine di almeno tre anni per essere ammessi a sostenere una prova di idoneità. Quindi la differenza tra i due testi non consiste solo nel numero di anni richiesto, ma anche nel fatto che il Senato prevede di sottoporre gli aspiranti non ad una prova di idoneità, ma ad una normale prova di esame.

Per quanto riguarda l'articolo 23 del testo approvato dal Senato, in esso si dice che le scuole pubbliche o private di tecnico di radiologia riconosciute dallo Stato, continueranno a svolgere i loro corsi secondo i singoli regolamenti.

Queste, in sintesi, le variazioni apportate dal Senato. Su ognuna di esse si potrebbe aprire una discussione, ma siccome non hanno carattere sostanziale e non alterano quindi la portata del provvedimento, propongo alla Commissione di approvare la legge nel testo pervenutoci dal Senato. Si tratta di codificare una nuova disciplina, ed in futuro nessuno potrà impedire al Parlamento di tornare su questa legge per modificarla e meglio adeguarla alle reali esigenze del settore. Propongo di approvare il provvedimento perché ritengo che la codificazione di questa nuova di-

sciplina sia importante per la vita del settore ospedaliero.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore, per il modo concreto e chiaro con il quale ci ha illustrato gli emendamenti apportati dal Senato, e dichiaro aperta la discussione generale.

URSO. Desidero dire che, in sede di Comitato ristretto, le discussioni in merito a questo provvedimento furono laboriose, e che mi sembra il Senato abbia alterato sostanzialmente il significato che la nostra Commissione aveva dato alla legge tornata oggi al nostro esame. Lo stesso relatore ci ha parlato delle perplessità che potrebbero sorgere in ordine a due o tre delle modifiche apportate dal Senato, per cui l'unica giustificazione di una rapida approvazione del testo pervenutoci dal Senato stesso risiede nelle ferie imminenti per cui ulteriori modifiche renderebbero impossibile un nuovo esame da parte dell'altro ramo del Parlamento in tempo utile per l'inizio dei nuovi corsi scolastici.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Signor Presidente, ho seguito ora per ora l'elaborazione del testo di questo provvedimento da parte della Commissione igiene e sanità del Senato, e debbo dire che il risultato mi sembra un dispositivo di legge assai perfezionata; dico questo sia pure nel rispetto profondo delle perplessità che possono essere sorte nell'animo di alcuni onorevoli componenti questa Commissione.

D'altra parte il relatore ha sottolineato che il nostro sistema ci consente di introdurre quei correttivi che una successiva e diversa esperienza facesse apparire necessari. In base a questo principio, e sembrandomi ingiusto non permettere a questa legge di entrare in vigore al più presto, rivolgo una preghiera alla Commissione affinché approvi il provvedimento nel testo pervenutoci dal Senato, con la riserva di introdurre in futuro eventuali correttivi, la cui necessità sia resa palese dall'esperienza.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, riassumo in breve i termini della discussione. L'onorevole relatore ha proposto che si approvi il provvedimento nel testo prevenuto dal Senato; il collega Urso, invece, ha fatto presente la necessità di approfondire l'esame del testo predetto. Anche lui, comunque, ha osservato come tale approfondimento potrebbe comportare alcune modificazioni che renderebbero necessario il rinvio della proposta di legge all'altro ramo del Parlamento, il che porterebbe ad una definitiva approvazione del provvedimento alla ripresa dei lavori autunnali.

Non vi è dubbio, onorevoli colleghi, che questa legge sia stata discussa, nella nostra Commissione, in lungo e in largo. D'altra parte, l'elemento di fondo delle modificazioni introdotte dal Senato, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni derivanti dalle radiazioni, pare a me opportuno e giustificato, perché, è pur vero che con la perfezione delle teniche attuali gli apparecchi presentano delle schermature notevoli, ma è altrettanto vero che il pericolo rimane: sappiamo come un approfondimento degli studi in tal senso abbia messo in luce la gravità di un tal rischio.

Per il resto, le modifiche apportate dall'altro ramo del Parlamento non sono che dei correttivi (che so io, è stata tolta la terapia fisica, in quanto si è ritenuto di dover far riferimento unicamente alla radiologia medica, e così via).

Se i colleghi lo permettono – parlo come membro della Commissione – pare a che che questi elementi, in fondo, possano essere accettati.

TANTALO. Mi dichiaro d'accordo con la proposta del Presidente.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame delle modificazioni introdotte dal Senato.

La nostra Commissione aveva approvato il titolo della legge stessa secondo la seguente formulazione:

Regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica.

L'undicesima Commissione del Senato lo ha così modificato:

Regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica.

Pongo in votazione il titolo, nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 1 nel testo seguente:

ART. 1.

È soggetto a vigilanza del Ministero della sanità l'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica.

La vigilanza si estende:

a) alla formazione professionale;

b) all'accertamento del titolo di abilitazione;

c) all'esercizio dell'arte predetta.

La Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 1.

È soggetto a vigilanza del Ministero della sanità l'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica.

La vigilanza si estende:

a) alla formazione tecnico-professionale;

b) all'accertamento del titolo di abilitazione;

c) all'esercizio dell'arte predetta.

Pongo in votazione l'articolo 1 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 2 secondo la formulazione che segue:

ART. 2.

Chiunque intenda esercitare, sia presso ospedali ed enti pubblici, sia presso ambulatori privati di radiologia, l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica deve avere raggiunto la maggiore età ed essere munito di diploma di abilitazione, rilasciato dalle scuole appositamente istituite per l'insegnamento delle attività medesime, ai sensi della presente legge.

La undicesima Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 2.

Chiunque intenda esercitare, sia presso ospedali o enti pubblici, sia presso ambulatori privati di radiologia, l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica deve avere raggiunto la maggiore età ed essere munito del diploma di abilitazione, rilasciato dalle scuole appositamente istituite per l'insegnamento delle attività medesime, ai sensi della presente legge.

Pongo in votazione l'articolo 2, così come è stato approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 3 nel testo seguente:

ART. 3.

L'istituzione delle scuole di tecnico di radiologia e terapia fisica è autorizzata con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.

Nelle stesse forme viene approvato il regolamento per le scuole stesse, da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

La Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 3.

L'istituzione delle scuole di tecnico di radiologia medica è autorizzata con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.

Nelle stesse forme viene approvato il regolamento per le scuole stesse.

Pongo in votazione l'articolo 3 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 4 secondo la formulazione seguente:

ART. 4.

Le scuole per l'insegnamento dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica possono essere istituite presso cliniche universitarie o ospedali dipendenti da enti pubblici, che siano in possesso dei mezzi occorrenti per il funzionamento della scuola.

Gli aspiranti all'ammissione all escuole di cui al comma precedente devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado ed aver compiuto il diciassettesimo anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione.

La Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 4.

Le scuole per l'abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica possono essere istituite presso istituti universitari ed ospedali dipendenti da enti pubblici, che siano in possesso dei requisiti e dei mezzi occorrenti per il funzionamento della scuola.

Gli aspiranti all'ammissione alle scuole di cui al comma precedente devono essere in possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado, aver compiuto il diciassettesimo anno di età alla data del 31 dicembre dell'anno scolastico cui si riferisce la domanda di ammissione e non aver superato il 32° anno di età salvo le maggiorazioni di legge.

Costituisce titolo preferenziale per l'ammissione alle scuole, in aggiunta al diploma di istruzione secondaria di primo grado predetto, il possesso di qualsiasi diploma di scuola professionale o di altro genere.

Pongo in votazione l'articolo 4 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 5 secondo la formulazione che segue.

ART. 5.

Gli enti che, ai sensi dell'articolo precedente, intendano istituire scuole per l'insegnamento dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica devono rivolgere al Ministero della sanità, tramite il medico provinciale, domanda corredata dalla deliberazione sulla istituzione ed il funzionamento della scuola, secondo le modalità che verranno determinate nel regolamento di esecuzione della presente legge.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 5.

Gli istituti ed ospedali che, ai sensi dell'articolo precedente, intendano istituire scuole per l'abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica devono rivolgere al Ministero della sanità, tramite il medico provinciale, domanda corredata dalla deliberazione sulla istituzione ed il funzionamento della scuola, secondo le modalità che verranno determinate nel regolamento di esecuzione della presente legge.

Pongo in votazione l'articolo 5 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 6 nel seguente testo:

ART. 6.

Il corso di studi per conseguire l'abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica è di tre anni.

Ogni anno scolastico ha la durata di nove mesi.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, sono stabilite le materie obbligatorie di insegnamento ed i programmi particolareggiati di ciascuna materia.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 6.

Il corso di studi per conseguire l'abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica è di tre anni.

Ogni anno scolastico ha la durata di 9 mesi.

Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, sono stabilite le materie obbligatorie di insegnamento ed i programmi particolareggiati di ciascuna materia.

Pongo in votazione l'articolo 6 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

A questo punto, la XI Commissione del Senato, ha approvato il seguente articolo aggiuntivo, nei confronti del testo da noi votato:

ART. 7.

Il tirocinio degli allievi presso gli istituti ed ospedali di cui all'articolo 4, che abbiano istituito i corsi, non dà luogo ad alcun rapporto di lavoro con gli stessi; detti enti sono esonerati dall'obbligo di corrispondere qualsiasi emolumento a titolo di stipendio o salario e qualsiasi contributo assicurativo e previdenziale.

Gli enti stessi provvedono all'assicurazione degli allievi contro gli infortuni, le malattie e lesioni causate da raggi X e sostanze radioattive a norma del successivo articolo 15, li ricoverano gratuitamente in caso di malattia acuta contratta durante il corso.

Gli allievi che siano già in rapporto di servizio con lente presso il quale si svolge il corso continuano a percepire gli assegni in godimento all'atto dell'ammissione alla scuola, purché completino il normale orario di servizio quando non sono impegnati nei doveri scolastici.

Lo pongo in votazione.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 7 nella seguente formulazione:

ART. 7.

Al termine del corso di studi gli allievi sosterranno una prova di esame orale e pratica.

Tale prova si svolgerà in due sessioni, secondo le modalità stabilite nel regolamento di esecuzione della presente legge.

La Commissione esaminatrice è nominata dal medico provinciale, che la presiede, ed è composta:

a) da un direttore di istituto radiologico universitario o da un primario di radiologia;

b) da un primario ospedaliero di ruolo della specialità, designato dall'Ordine dei medici della provincia;

c) da un docente di materie obbligatorie del corso di studi;

d) da un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione.

Un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità esercita le funzioni di segretario.

Le spese per il funzionamento della Commissione sono liquidate dal medico provinciale e sono poste a carico delle amministrazioni che hanno istituito le scuole, in proporzione degli allievi presentatisi agli esami.

La Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 8.

Al termine del corso di studi gli allievi sosterranno una prova di esame orale e pratica. Tale prova si svolgerà in due sessioni, secondo le modalità stabilite nel regolamento di esecuzione della presente legge.

La Commissione esaminatrice è nominata dal medico provinciale, che la presiede, ed è composta:

a) dal direttore della scuola;

b) da un primario ospedaliero di ruolo della specialità, designato dall'Ordine dei medici della provincia;

c) da un docente di materie obbligatorie del corso di studi;

d) da un rappresentante del Ministero della pubblica istruzione.

Un funzionario della carriera direttiva amministrativa della sanità esercita le funzioni di segretario.

Le spese per il funzionamento della Commissione di esame sono liquidate dall'Ente che istituisce la scuola.

Pongo in votazione l'articolo nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 8 nel seguente testo:

ART. 8.

La direzione della scuola è affidata al direttore dell'istituto radiologico universitario o al primario radiologico dell'ospedale presso cui ha sede la scuola.

La Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 9.

La direzione della scuola è affidata al direttore dell'istituto radiologico universitario o al primario radiologo dell'ospedale presso cui ha sede la scuola.

La nomina del direttore della scuola e dei docenti delle materie obbligatorie di insegnamento del corso di studi previsto dal decreto ministeriale di cui all'articolo 6, viene effettuata dal medico provinciale, su proposta del Consiglio di amministrazione dell'Ente da cui la scuola dipende.

Pongo in votazione l'articolo secondo il testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 9 secondo il testo che segue:

ART. 9.

Ai candidati di cui all'articolo 7, che superino gli esami, viene rilasciato il diploma di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica.

La XI Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 10.

Ai candidati di cui all'articolo 8, che superino gli esami, viene rilasciato il diploma di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica.

Pongo in votazione l'articolo nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva votato l'articolo 10 secondo la formulazione che segue:

ART. 10.

Ai tecnici di radiologia e terapia fisica è consentito di svolgere le seguenti mansioni

nei gabinetti radiologici, riconosciuti a norma di legge:

a) preparare l'ammalato secondo le istruzioni del medico radiologo;

b) effettuare tutte le manovre e le manualità coordinate dal medico radiologo, che ne rimane responsabile;

c) conrtollare l'efficienza degli apparati e la loro manutenzione;

d) eseguire il lavoro della Camera oscura, della registrazione e della archiviazione delle pellicole.

È fatto divieto ai tecnici di radiologia e terapia fisica di fornire prestazioni fuori dei gabinetti radiologici debitamente autorizzati, se non sotto il diretto controllo del medico radiologo, che ne assume, di volta in volta, la responsabilità.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 11.

Ai tecnici di radiologia medica è consentito di svolgere le seguenti mansioni nei gabinetti radiologici, riconosciuti a norma di legge:

a) preparare l'ammalato secondo le istruzioni del medico radiologo;

b) effettuare tutte le manovre e le manualità coordinate dal medico radiologo, che ne rimane responsabile;

c) controllare l'efficienza degli apparati e la loro manutenzione;

d) eseguire il lavoro della came oscura, della registrazione e della archiviazione delle pellicole.

È fatto divieto ai tecnici di radiologia medica di fornire prestazioni fuori dei gabinetti radiologici debitamente autorizzati, se non sotto il diretto controllo e in presenza del medico radiologo, che ne assume, di volta in volta, la responsabilità.

Pongo in votazione l'articolo nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 11 nel seguente testo:

ART. 11.

L'effettivo esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica è subordinato all'iscrizione all'Albo provinciale di cui al successivo articolo 12.

La Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 12.

L'effettivo esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica è subordinato all'iscrizione all'Albo provinciale di cui al successivo articolo 14.

Pongo in votazione l'articolo nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

A questo punto, la Commissione del Senato ha approvato il seguente articolo aggiuntivo:

ART. 13.

Gli istituti di cura pubblici e privati, i gabinetti radiologici pubblici e privati e gli altri istituti riconosciuti a norma di legge che hanno alle dipendenze personale per l'impiego delle apparecchiature, sono obbligati ad assumere personale provvisto del diploma di abilitazione di tecnico di radiologia medica.

Lo pongo in votazione.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 12 nel seguente testo:

ART. 12.

In ogni provincia è costituito il Collegio per gli esercenti l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica, che conseguono il diploma di abilitazione a norma della presente legge.

I Collegi provinciali degli esercenti l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica sono riuniti in una Federazione nazionale con sede in Roma.

Sono estese ai Collegi provinciali dei tecnici di radiologia e terapia fisica ed alla Federazione naizonale, in quanto compatibili, le norme contenute nel decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni ed integrazioni.

Se il numero degli aventi diritto ad iscriversi nel Collegio, esistenti nella provincia, sia esiguo, ovvero se sussistano altre ragioni

di carattere storico, topografico, sociale e demografico, il Ministro della sanità, su proposta del medico provinciale e sentita la Federazione nazionale, può disporre che un Collegio abbia per circoscrizione due o più province finitime, designandone la sede.

La Commissione del Senato lo ha così modificato:

ART. 14.

In ogni provincia è costituito il Collegio degli esercenti l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica, che conseguono il diploma di abilitazione a norma della presente legge.

I Collegi provinciali degli esercenti l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica sono riuniti in una Federazione nazionale con sede in Roma.

Sono estese ai Collegi provinciali dei tecnici di radiologia medica ed alla Federazione nazionale, in quanto compatibili, le norme contenute nel decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni ed integrazioni.

Qualora il numero degli aventi diritto ad iscriversi nel Collegio, esistenti nella provincia, sia esiguo, ovvero sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico sociale e demografico, il Ministro della sanità, su proposta del medico provinciale e sentita la Federazione nazionale, può disporre che un Collegio abbia per circoscrizione due o più province finitime, designandone la sere.

Pongo in votazione l'articolo nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 15 inserito nel testo del Senato, e che non trova un corrispondente articolo nel testo della nostra Commissione. Ne do lettura:

ART. 15.

Le disposizioni di cui alla legge 20 febbraio 1958, n. 93, sono estese anche ai tecnici di radiologia impiegati a norma dell'articolo 2 della presente legge e agli allievi dei corsi.

Non essendovi emendamenti e nessuno chiedendo di parlare lo pongo in votazione.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 13, divenuto articolo 16 nel testo del Senato, nel seguente testo:

ART. 13.

Chiunque eserciti l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica in violazione delle norme contenute nella presente legge è punito con la multa da lire 50.000 a lire 100.000.

In caso di recidiva, la pena è della reclusione da 15 a 30 giorni e della multa da lire 100.000 a lire 200.000. Il materiale destinato all'esercizio dell'arte di cui alla presente legge è confiscato.

Il medico provinciale, indipendentemente dal procedimento giudiziario per l'esercizio abusivo dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnica di radiologia e terapia fisica, può ordinare la chiusura temporanea del locale nel quale detta attività sia stata abusivamente esercitata ed il sequestro conservativo del materiale.

Il provvedimento del medico provinciale è definitivo.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 16.

Chiunque eserciti l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica in violazione delle norme contenute nella presente legge è punito con la multa da lire 50.000 a lire 100.000.

In caso di recidiva, la pena è della reclusione da 15 a 30 giorni e della multa da lire 100.000 a lire 200.000. Il materiale destinato all'esercizio dell'arte di cui alla presente legge è confiscato.

Il medico provinciale, indipendentemente dal procedimento giudiziario per l'esercizio abusivo dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica, può ordinare la chiusura temporanea del locale nel quale detta attività sia stata abusivamente esercitata ed il sequestro conservativo del materiale.

Il provvedimento del medico provinciale è definitivo.

Pongo in votazione l'articolo 16 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

L'articolo 14, divenuto articolo 17 nel testo del Senato, non è stato modificato.

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 15, divenuto articolo 18 nel testo del Senato, nel seguente testo:

ART. 15.

Il diploma di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica è soggetto alla tassa di concessione governativa, stabilita dalla tabella *A*, n. 224, annessa al testo unico delle disposizioni in materia di tasse sulle concessioni governative, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1961, n. 121.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 18.

Il diploma di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica è soggetto alla tassa di concessione governativa, stabilita dalla tabella *A*, n. 224, annessa al testo unico delle disposizioni in materia di tasse sulle concessioni governative, approvato con decreto del Presidente della Aepubblica 1° marzo 1961, n. 121.

Pongo in votazione l'articolo 18 nel testo approvato dal Senato:

(*È approvato*).

L'articolo 16, divenuto articolo 19 nel testo del Senato, non è stato modificato.

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 17, divenuto articolo 20, nel seguente testo:

ART. 17.

Coloro che, alla data di pubblicazione della presente legge, abbiano esercitato abitualmente e direttamente, da almeno tre anni, l'arte autsiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica in sedi diverse dalle amministrazioni ospedaliere o da enti pubblici, saranno ammessi, entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge, a sostenere una prova di idoneità innanzi ad una Commissione esaminatrice, costituita secondo le norme di cui al precedente articolo 7, per il conseguimento dell'attestato di idoneità.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 20.

Coloro che, alla data di pubblicazione della presente legge, abbiano esercitato abitualmente e direttamente, da almeno cinque anni, l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica in sedi diverse dalle amministrazioni ospedaliere o da enti pubblici, saranno ammessi, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, a sostenere la stessa prova di esame, orale e pratica, prevista dal precedente articolo 8 per il conseguimento del diploma di abilitazione.

Pongo in votazione l'articolo 20 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 18, divenuto articolo 21, nel seguente testo:

ART. 18.

L'attestato di idoneità di cui al precedente articolo carà per contro rilasciato dalla medesima Commissione a tutti coloro che, alla data di pubblicazione della presente legge, abbiano esercitato abitualmente e direttamente, da almeno tre anni, l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica presso le amministrazioni ospedaliere o enti pubblici, oppure che risultino in possesso di un titolo di specializzazione rilasciato da specifiche scuole riconosciute dallo Stato.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 21.

Il diplmona di abilitazione di cui al precedente articolo sarà per contro rilasciato dalla medesima Commissione a tutti coloro che, alla data di pubblicazione della presente legge, abbiano esercitato abitualmente e direttamente, da almeno tre anni, l'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia meenti pubblici opppure che risultino in possesso di un titolo di specializzazione rilasciato da specifiche scuole riconosciute dallo Stato.

Pongo in votazione l'articolo 21 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 19, divenuto articolo 22, nel seguente testo:

ART. 19.

L'attestato di idoneità, conseguito ai sensi dei precedenti articolo 17 e 18, abilita alla continuazione dell'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia e terapia fisica e deve essere considerato, a tutti

gli effetti, equipollente al diploma di abilitazione di cui al precedente articolo 9.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 22.

Il diploma di abilitazione conseguito ai sensi dei precedenti articoli 20 e 21, abilita alla continuazione dell'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica e deve essere considerato, a tutti gli effetti, equipollente al diploma di abilitazione di cui al precedente articolo 10.

Pongo in votazione l'articolo 22 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 20, divenuto articolo 23, nel seguente testo:

ART. 20.

Coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, frequentino il terzo anno di tecnica di radiologia e terapia fisica presso scuole pubbliche o private potranno conseguire il diploma di abilitazione, previo esame da sostenersi presso una delle scuole previste dalla presente legge.

Analogamente, coloro che abbiano frequentato il primo o il secondo anno di tecnica di radiologia e terapia fisica presso scuole pubbliche o private saranno ammessi a frequentare il corso successivo presso una delle scuole previste dalla presente legge, previo esame da sostenersi presso una delle scuole medesime.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 23.

Le scuole pubbliche o private di tecnico di radiologia riconosciute dallo Stato, continueranno a svolgere i loro corsi secondo i singoli regolamenti.

I diplomati di detti istituti che abbiano fatto un regolare corso di studi triennali possono conseguire l'abilitazione all'esercizio specifico dell'arte sanitaria ausiliaria di tecnico di radiologia medica con un esame di idoneità presso una Commissione costituita secondo le norme di cui all'articolo 8.

Pongo in votazione l'articolo 23 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

L'articolo 21, divenuto articolo 24, non è stato modificato.

La proposta di legge sarà subito votata a scrutinio segreto.

Votazione segreta.

PRESIDENTE. — Indico la votazione a scrutinio segreto delle proposte di legge oggi esaminate.

(*segue la votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Proposte di legge SPINELLI: « Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani » (1956); CRUCIANI: « Norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani » (2226):

Presenti e votanti 26
Maggioranza 14
Voti favorevoli 21
Voti contrari 5

(*La Commissione approva*).

Proposta di legge ROMANO ed altri:

« Regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte sanitaria ausiliaria di tecnico di radiologia e terapia fisica » (*Modificato dalla XI Commissione permanente del Senato*) (511-*B*):

Presenti e votanti 26
Maggioranza 14
Voti favorevoli 23
Voti contrari 3

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Barberi, Bartole, Bemporad, Biagini, Capua, Cattaneo Petrini Giannina, De Lorenzo, De Maria, Di Mauro Ado Guido, Fada, Gennai Tonietti Erisia, Giorgi, Messinetti, Monasterio, Morelli, Pasqualicchio, Romano, Scarpa, Sorgi, Spinelli, Tantalo, Urso, Usvardi, Venturini, Zanti Tondi Carmen.

Sono in congedo:

Barba, Di Vagno, Gasco.

La seduta termina alle 12,30.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. ANTONIO MACCANICO

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI