COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

XXXIX.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 8 LUGLIO 1965

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

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

Senatore DI GRAZIA ed altri; Zanibelli ed altri; DI MARIA ed altri: Deroga all'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 5046, per elevare transitoriamente i limiti di età per l'ammissione alle scuole per infermiere e infermieri generici (*Già approvata in un testo unificato dalla XIV Commissione della Camera e modificata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (1802, (977, 1567, 1715, 1815-*B*) 416

PRESIDENTE 416, 417, 418, 419
BEMPORAD, *Relatore* 416, 418
GENNAI TONIETTI ERISIA 417
BARBERI 418
LATTANZIO. 418
DI LORENZO 418
ALBONI 418
BARBA 418
GOMBI 418
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 419

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

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

PAG.

CRUCIANI: Norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani (2226) 419

PRESIDENTE 419, 424, 425
GENNAI TONIETTI ERISIA 420
LATTANZIO. 420, 422
BEMPORAD, *Relatore* 420, 425
BARBERI 421
ROMANO. 422
CAPUA 423
TANTALO 424
MORELLI 424
SPINELLI 424
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 425

Votazione segreta:

PRESIDENTE 429

La seduta comincia alle 11,10.

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

(*È approvato*).

Seguito della discussione della proposta di legge d'iniziativa dei senatori Di Grazia, Gombi ed altri; Zanibelli ed altri; De Maria, Gagliardi ed altri: Deroga all'articolo 6 della legge 29 ottobre 1964, n. 1046, per elevare transitoriamente i limiti di età per l'ammissione alle scuole per infermiere ed infermieri generici (Già approvata in un testo unificato, dalla XIV Commissione della Camera e modificata dalla XI Commissione permanente del Senato) (1802, 997, 1568, 1715, 1815-B).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione della proposta di legge d'iniziativa degli onorevoli Di Grazia, Gombi ed altri, Zanibelli ed altri, De Maria, Gagliardi ed altri: « Deroga all'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, per elevare transitoriamente i limiti di età per l'ammissione alle scuole per infermiere ed infermieri generici ».

Ricordo agli onorevoli colleghi che questo provvedimento, in un testo unificato dalla XIV Commissione della Camera e modificato dalla XI Commissione permanente del Senato, è stato da noi esaminato nella seduta del 4 giugno 1965. Dopo un ampio dibattito sulla relazione svolta dal collega Bemporad che suggeriva, al fine di trovare un punto di incontro con le proposte avanzate dall'altro ramo del Parlamento, di accettare il provvedimento nel testo varato dal Senato considerando però gli articoli approvati da quel consesso come norme transitorie e premettendo al provvedimento un articolo che elevi permanentemente a 40 anni il limite massimo di età per l'ammissione alla scuola, la discussione veniva rinviata per consentire al Presidente di prendere contatti con il Presidente della XI Commissione del Senato per trovare un punto di incontro sulle questioni controverse. L'incontro con il Presidente predetto non ha dato luogo ad alcun risultato positivo perché la Commissione Igiene e Sanità del Senato è ferma nel non volere i corsi accelerati né l'aumento permanente dei limiti massimi di età.

BEMPORAD, *Relatore*. Vorrei ricordare agli onorevoli colleghi che nella seduta del 4 giugno avevo presentato il seguente testo sostitutivo:

ART. 1.

L'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046 è sostituito dal seguente:

« Per l'ammissione alle scuole gli aspiranti debbono essere forniti almeno della licenza elementare, aver compiuto i 18 anni e non superato il 30° anno di età, e presentare alla direzione della scuola la domanda con la documentazione secondo le modalità che verranno determinate dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

Per i candidati sottufficiali delle Forze armate il limite massimo di età è elevato ad anni 50.

Per le vedove dei militari e civili caduti in guerra, delle vittime del lavoro e per gli orfani di guerra, il limite massimo di età è elevato a quarant'anni.

Per i dipendenti di un Ente sanitario pubblico, che abbiamo compiuto un tirocinio pratico con mansioni di infermiere per almeno tre anni, il limite massimo di età è elevato a quarantanni ».

ART. 2.

In deroga a quanto disposto dall'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, primo comma, il limite massimo di età per l'ammissione all escuole è elevato a 45 anni. Detta elevezaoine sarà limitata ad un periodo di 5 anni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 3.

Per un periodo di due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, coloro che si trovano nelle condizioni previste dall'articolo 12 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, possono essere ammessi, indipendentemente da ogni limite di età(ad un corso normale ordinario delle scuole per infermiere e infermieri generici.

Il testo predetto, nella seconda parte, quella cioè relativa agli articoli 2 e 3 che devono essere considerate norme transitorie, accoglie sostanzialmente quella che era la proposta di legge del senatore Di Grazia con un aggiunta all'articolo 3, nel quale si dice che per due anni, indipendentemente da ogni limite di età (cioè senza tener conto del limite di 45 anni) possono essere ammessi al corso normale ordinario delle scuole per infermiere e infermieri generici coloro che si trovino nelle condizioni dell'articolo 12 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046.

Ora, la ragione fondamentale del dissenso con il testo che ci è stato rinviato dal Senato consiste nel fatto che la Commissione igiene e sanità della Camera aveva ritenuto che fosse giusto elevare a 45 anni il limite di età per essere ammessi ai corsi per infermieri ge-

nerici per coloro che fossero alle dipendenze di un ente sanitario, sia pubblico che privato, riconosciuto dallo Stato, e avessero compiuto un tirocinio pratico con mansioni di infermiere per almeno tre anni.

Vorrei proporre di aggiungere questo principio all'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954. Nel testo da me elaborato l'articolo 6 viene ad essere del seguente tenore: « Per l'ammissione alle scuole gli aspiranti debbono essere forniti almeno della licenza elementare, aver compiuto i 18 anni e non superato il 30° anno di età, e presentare alla direzione della scuola la domanda con la documentazione secondo le modalità che verranno determinate dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. Per i candidati sott'ufficiali delle Forze armate il limite massimo di età è elevato ad anni 50. Per i dipendenti di un Ente sanitario pubblico, che abbiano compiuto un tirocinio pratico con mansioni di infermiere per almeno tre anni, il limite massimo di età è elevato a quarant'anni ».

Cioè si ribadisce il principio secondo cui per i dipendenti di un Ente sanitario pubblico il limite massimo di età per essere ammesse ai corsi è di 40 anni.

Ma su quest'argomento abbiamo già discusso parecchie volte.

Sarebbe necessaria una modifica definitiva della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, in quanto la norma ha dato luogo a moltissime discussioni soprattutto nell'altro ramo del Parlamento.

Ricordo che vi è una realtà nelle amministrazioni ospedaliere: si può assumere cioè personale infermieristico e personale in genere fino al limite di età di 30 anni con le maggiorazioni di legge che tutti conoscono. Ora mi pare che sia un divieto senza alcun fondamento impedire al personale che può essere assunto a 30 anni di frequentare i corsi per infermieri generici, in quanto la qualificazione è nell'interesse dell'ospedale e dello stesso personale.

Come si svolgono questi corsi? Le lezioni hanno luogo verso le ore 17 perché i frequentatori esterni del corso devono fare alla mattina un tirocinio pratico negli ospedali.

Queste lezioni durano un paio di ore e non capisco perché si deve inibire al personale ospedaliero di frequentare i corsi teorici indetti dall'amministrazione ospedaliera. Conosciamo tutti, del resto, la necessità di personale infermieristico qualificato. Non vorrei che si pensasse che una persona che abbia raggiunto i quarant'anni e che già da tre anni svolge mansioni infermieristiche in ospedale abbia un'età per cui non può essere in grado di seguire dei corsi per infermiere.

Per questi motivi mi permetto di insistere su questa norma che credo risponda all'interesse delle amministrazioni ospedaliere e all'interesse legittimo degli stessi dipendenti.

PRESIDENTE. Vorrei fare un rilievo di carattere procedurale. Precisando ulteriormente quanto detto all'inizio, ricordo a voi tutti che la proposta di legge d'iniziativa del senatore Di Grazia, approvata dalla XI Commissione permanente del Senato nella seduta del 28 ottobre 1964, è stata poi dalla nostra Commissione approvata in un testo unificato con le proposte di legge d'iniziativa degli onorevoli Gombi, Scarpa, Abenante, Diaz Laura, Alboni, Giachini, Zanibelli, Marotta Vincenzo, De Maria, Gagliardi, Bologna, ecc. ecc., nella seduta dell'11 febbraio 1965.

Ciò premesso desidero sottolineare agli onorevoli colleghi che l'articolo 67, terzo comma, del Regolamento della Camera così dispone: « Se i disegni di legge approvati dalla Camera sono emendati dal Senato, la Camera delibera di norma soltanto sulle modifiche apportate dal Senato ».

La discussione quindi può avvenire solo sugli emendamenti apportati dal Senato.

Dichiaro aperta la discussione generale.

GENNAI TONIETTI ERISIA. A mio avviso il testo approvato dal Senato in larga parte accoglie le aspirazioni espresse da questa Commissione. L'elevazione dei limiti di età limitata a 5 anni per andare incontro alle esigenze dei dipendenti ospedalieri è in un certo senso opportuna, perché altrimenti andremmo avanti a forza di deroghe e non avremmo mai una legge definitiva.

L'articolo 2 dispone che per un periodo di due anni coloro che si trovano nelle condizioni previste dall'articolo 12 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, possono essere ammessi, indipendentemente da ogni limite di età, ad un corso normale ordinario delle scuole per infermiere e infermieri generici. Si tratta di un periodo di provvisorietà piuttosto lungo, che accettiamo nella speranza che si giunga ad una definizione chiara e precisa della norma.

Propongo alla Commissione di approvare il testo del Senato, che in larga parte accoglie le aspirazioni degli interessati, in modo che la proposta di legge possa entrare in vigore tra poche settimane; ciò è importante, perché tra pochi giorni inizieranno i corsi per infermieri generici e gli interessati non potranno parteciparvi se non sarà entrata in vigore questa legge.

Per brevità di tempo, opportunità ed efficacia della legge, è opportuno approvare il testo trasmessoci dal Senato.

BARBERI. Dopo quanto ha detto l'onorevole Presidente, sciogliendo le riserve di cui alla seduta precedente – cioè che il Senato non è orientato verso il principio del prolungamento permanente del limite di età – e dopo il rilievo del Presidente stesso sulla procedura, a mio avviso giustissimo, in quanto dobbiamo discutere sul testo emendato e non possiamo introdurre modifiche al testo da noi approvato, sono del parere per le ragioni di ordine pratico addotte dall'onorevole Gennai Tonietti Erisia, di approvare la proposta di legge nel testo trasmessoci dal Senato, che sodisfa, in concreto, le legittime aspettative degli infermieri oggi in servizio negli ospedali. Anche se l'onorevole Gombi vedeva la situazione prevalentemente dal punto di vista sindacale, mentre io lo guardavo specialmente dal punto di vista delle esigenze tecnico-sanitarie, comune era ed è la nostra volontà di andare incontro alle esigenze degli infermieri oggi in servizio. Il Senato ha approvato un testo che va incontro a tali esigenze in modo sodisfacente e se noi introducessimo delle modifiche, o insistessimo nel nostro vecchio testo, rischieremmo di insabbiare il provvedimento.

Pertanto propongo alla Commissione di approvare il testo pervenutoci dal Senato.

LATTANZIO. Dichiaro di condividere in pieno quanto hanno già detto alcuni onorevoli colleghi sull'opportunità di approvare la proposta di legge nel testo pervenuto dal Senato. Desidero sottolineare che, essendo arrivati al giorno 8 del mese di luglio, è necessario approvare il provvedimento altrimenti le organizzazioni ospedaliere non avranno la possibilità di cominciare questi corsi, ai quali potranno iscriversi anche coloro che già prestano servizio in ospedali.

Raccomando quindi alla Commissione l'approvazione del provvedimento così come ci è pervenuto dal Senato.

DE LORENZO. Condividiamo i motivi dell'onorevole Barberi e dell'onorevole Gennai Tonietti circa l'opportunità di approvare la proposta di legge così come è stata modificata dal Senato. È stata apportata una modifica importante: l'ammissione ai corsi di coloro che per un certo periodo di tempo avevano prestato servizio in ospedale.

ALBONI. A nome del gruppo comunista, mi dichiaro favorevole all'approvazione del testo pervenuto dal Senato, in quanto accoglie in linea generale le preoccupazioni contenute nella proposta di legge Gombi ed altri e nella proposta di legge Zanibelli ed altri. Il provvedimento sodisfa l'esigenza di arrivare ad una sanatoria della situazione esistente negli ospedali, regolando la posizione di molti abusivi, i quali con l'elevazione dei limiti di età per partecipare a questi corsi possono finalmente entrare in possesso di un regolare diploma ed esercitare pienamente la loro attività.

BARBA. La proposta di legge riassume un poco tutte le esigenze della categoria e della organizzazione, esigenze più volte denunciate. Noi aderiamo alla proposta formale avanzata dall'onorevole Barberi e dall'onorevole Gennai Tonietti Erisia per i motivi già precedentemente esposti e per la necessità di dare una regolamentazione a questa categoria.

GOMBI. Nel ringraziare l'onorevole relatore per aver condotto efficacemente questa battaglia, mi dichiaro favorevole all'approvazione del provvedimento nel testo del Senato.

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

BEMPORAD, *Relatore*. A mio avviso rimangono pienamente valide le ragioni che avevano indotto la Commissione igiene e sanità della Camera ad approvare un testo che riservava un trattamento diverso a chi era al di fuori di una organizzazione sanitaria pubblica e a chi in questa organizzazione assolveva mansioni infermieristiche. Le ragioni apprezzate e condivise all'unanimità dalla Commissione hanno perso di valore per le osservazioni che sono state fatte nell'altro ramo del Parlamento.

Aderisco a votare il testo così come ci è pervenuto dal Senato per una ragione di carattere procedurale, così come ha sottolineato l'onorevole Presidente, che limita la nostra possibilità di azione e di intervento. Infatti non sarebbe impossibile studiare il sistema per inserire il concetto fondamentale dell'elevazione dei limiti di età per i dipendenti ospedalieri, anche sotto forma di emendamento al testo del Senato.

Vi è un altro motivo che mi spinge ad aderire al testo del Senato: il fatto che con il 1° ottobre devono iniziare i corsi per infermieri generici.

Poiché è importante che con il 1° ottobre questo personale possa cominciare a seguire i corsi per infermiere ed infermieri generici, sarò favorevole all'approvazione del testo della proposta di legge modificato dal Senato, anche se, a mio avviso, rimane aperto il pro-

blema di fondo che è reale ed al quale non si può sfuggire.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è d'accordo per la approvazione del testo trasmesso dal Senato.

PRESIDENTE. Passiamo agli articoli. La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 1 nel seguente testo:

ART. 1.

In deroga a quanto disposto dall'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, il limite massimo di età per l'ammissione alle scuole per infermiere ed infermieri generici è elevato a 45 anni per tutti coloro che siano alle dipendenze di un ente sanitario, sia pubblico che privato, riconosciuto dallo Stato, e che abbiano compiuto un tirocinio pratico con mansioni di infermiere per almeno tre anni.

In deroga a quanto disposto dall'articolo 7 della predetta legge 29 ottobre 1954, n. 1046, gli aspiranti di cui al comma precedente del presente articolo sono esonerati dalla presenza del tirocinio pratico, fermo restando l'obbligo della frequenza delle lezioni teoriche.

La XI Commissione permanente del Senato lo ha così modificato:

ART. 1.

In deroga a quanto disposto dall'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, primo comma, il limite massimo di età per l'ammissione alle scuole è elevato a 45 anni. Detta elevazione sarà limitata ad un periodo di 5 anni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge.

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

(*È approvato*).

La nostra Commissione aveva approvato l'articolo 2 nel seguente testo:

NORMA TRANSITORIA

ART. 2.

Per un periodo di due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, a modifica degli articoli 1 e 2 della legge 30 dicembre 1960, n. 1729, tutti gli ospedali possono istituire, per una volta soltanto, nelle scuole per infermiere ed infermieri generici, autorizzate ai sensi della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, un corso di mesi quattro, al quale possono essere ammessi coloro i quali, indipendentemente dal prescritto limite massimo di età, si trovino in una delle condizioni previste dall'articolo 12 della predetta legge, salvo quanto disposto dall'articolo 1, primo comma, della presente legge, relativamente alla durata del tirocinio pratico.

La XI Commissione permanente del Senato lo ha così modificato:

ART. 2.

Per un periodo di due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, coloro che si trovano nelle condizioni previste dall'articolo 12 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, possono essere ammessi, indipendentemente da ogni limite di età, ad un corso normale ordinario delle scuole per infermiere e infermieri generici.

Pongo in votazione l'articolo 2 nel testo approvato dal Senato.

(*È approvato*).

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

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione delle proposte di legge: Spinelli: « Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani » e Cruciani: « Norme sui servizi di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani ».

Ricordo agli onorevoli colleghi che la discussione prosegue nel testo unificato predisposto dal Relatore e che è stato a voi tutti distribuito. Ne do comunque lettura, onde facilitare i lavori della Commissione:

« Norme sui reparti di anestesia e rianimazione negli ospedali italiani ».

ART. 1.

Ogni ospedale classificato di prima, seconda, terza categoria ai sensi dell'articolo 6 della legge 30 settembre 1938, n. 1631 ha in organico posti di primario, aiuto, assistente anestesista-rianimatore.

ART. 2.

Il primario anestesista stabilisce il tipo di anestesia da adottare d'intesa col chirurgo to e agli assistenti i vari interventi, dando le operatore, esegue egli stesso o assegna all'aiuopportune direttive, coordina e dirige il servizio di anestesia e, dove esiste, il reparto di rianimazione.

L'aiuto coadiuva e sostituisce, se necessario, il primario.

L'assistente collabora col primario e con l'aiuto nella esecuzione delle anestesie ed esegue gli interventi assegnatigli.

ART. 3.

In ogni ospedale di prima e seconda categoria il servizio di anestesia e rianimazione è diretto da un primario coadiuvato da un numero di aiuti e assistenti proporzionato alla media delle degenze di chirurgia e specialità chirurgiche, al numero delle prestazioni anestesiologiche, alla presenza di reparti di rianimazione e pronto soccorso con servizi continuati di guardia anestesiologica.

Gli ospedali di terza categoria hanno in organico almeno un medico anestesista.

ART. 4.

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

ART. 5.

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.

ART. 6.

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

Nel testo unificato vi sono due elementi di fondo di notevole importanza. Innanzitutto si lascia all'autonomia dell'amministrazione ospedaliera lo stabilire l'organico degli anestesisti, come avviene per altri servizi, salvo il principio che nell'organizzazione sanitaria ospedaliera debba esservi il servizio di anestesia. In secondo luogo si aboliscono le norme particolari che secondo la legge 9 agosto 1954, n. 653, regolavano i concorsi per posti di medico anestesista e si includono tali concorsi nelle norme generali di cui alla legge 30 settembre 1938, n. 1631.

GENNAI TONIETTI ERISIA. Ritengo che all'articolo 1 sarebbe opportuno sopprimere le parole « primario, aiuto, assistente » e lasciare le parole « anestesista-rianimatore », perché si tratta di un pleonasmo. È pleonastica anche la dizione « Ogni ospedale classificato di prima, seconda e terza categoria », perché ogni ospedale è classificato in una di tali categorie.

Un'altra osservazione riguarda l'articolo 4, che recita: « Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano ad ogni singolo ospedale di prima, seconda e terza categoria, anche quando faccia parte di un'unica amministrazione ». È una dizione pleonastica, perché l'ospedale è una cosa, l'amministrazione un'altra.

Per il resto mi sembra che la proposta di legge possa essere approvata, salvo che i tecnici della materia non abbiano osservazioni più pertinenti da fare.

LATTANZIO. Mi sembra che la nuova formulazione proposta dall'onorevole relatore modifichi sostanzialmente la proposta di legge. Esprimo sin d'ora parere favorevole all'indirizzo generale suggerito dal relatore, ma ritengo che, prima di passare all'esame degli articoli, sarebbe opportuno avere di fronte un testo più coordinato.

L'onorevole Gennai Tonietti Erisia ha già sollevato alcune obiezioni circa gli articoli 1 e 4, ma ritengo che anche gli articoli 2 e successivi richiedano una revisione. Propongo quindi, sentito il parere del relatore, di rinviare la discussione, in modo da poter esaminare un testo definitivo che tenga conto delle innovazioni sostanziali proposte del relatore.

BEMPORAD, *Relatore*. Non avrei nulla in contrario ad accogliere la proposta dell'onorevole Gennai Tonietti Erisia di sopprimere all'articolo 1 le parole « classificato di prima, seconda e terza categoria » se l'applicazione pratica delle norme concernenti la classificazione degli ospedali non desse luogo ad equivoci.

Non è superfluo né pleonastico l'articolo 4, che applica le disposizioni del provvedimento ad ogni singolo ospedale di prima, seconda e terza categoria, anche quando faccia parte di un'unica amministrazione.

Se l'onorevole Lattanzio considera sufficienti questi chiarimenti, prego l'onorevole Presidente di voler proseguire nella discus-

sione generale altrimenti diventa difficile decidere su questo provvedimento andando avanti in maniera spezzettata.

BARBERI. Non v'è dubbio che il servizio di anestesia ha una grande importanza e che deve essere affidato a medici specializzati, anche se ancora oggi in alcuni ospedali (pochi in verità) esso è affidato, in contrasto con la legge vigente, a personale non specializzato. La legge 9 agosto 1954, n. 653, ha sancito infatti l'obbligo per le amministrazioni ospedaliere di avere un servizio di anestesia ed ha previsto che vi fossero posti adeguati di anestesista in organico e che questi potessero essere primari, aiuti ed assistenti.

Ora l'articolo 3 del testo elaborato dal relatore dice che in ogni ospedale di prima e seconda categoria il servizio di anestesia e rianimazione è diretto da un primario coadiuvato da un numero di aiuti e assistenti proporzionato alla media delle degenze di chirurgia ecc. In questo modo veniamo ad inserire nella vita degli ospedali una norma, un principio che innova profondamente quelle che sono le strutture e i criteri nell'organizzazione dei servizi ospedalieri, che è lasciata alle decisioni responsabili delle singole amministrazioni, pur nel quadro delle norme generali della legge del 1938. Un nuovo criterio veniamo oggi ad inserire alla vigilia della riorganizzazione dei servizi ospedalieri; si introduce un obbligo strutturale soltanto per i servizi di anestesia e rianimazione che non esiste per nessuna altra divisione ospedaliera.

Questa è la mia preoccupazione per quanto riguarda la sostanza del provvedimento. Dobbiamo ricordare che in Italia vi sono soltanto tre cattedre di ruolo di anestesiologia ed in tutto vi sono otto o nove scuole di specializzazione. Sono convinto che in Italia non vi sono 400 medici che siano in grado di ricoprire, entro tre anni, con sufficiente preparazione, i posti di primario anestesista; e nel corso di tre anni la legge farebbe obbligo a tutti gli ospedali di prima e seconda categoria, ad avere in organico e bandire concorsi per posti di primario, aiuto ed assistente anestesista.

A parte l'onere finanziario non lieve per le amministrazioni ospedaliere, noi andremo a mettere « sul mercato » in tre anni una massa di medici primari che non avrebbero, a mio avviso, una sufficiente preparazione. Il riflesso pratico sarebbe che per 30 anni o quasi non si faranno più concorsi per posti di medico primario se non per gli ospedali di nuova creazione; e i giovani medici diserteranno la specialità e preferiranno scegliere altre strade, perché la carriera ospedaliera sarebbe sbarrata da questi primari che hanno dinanzi a loro 26 o 27 anni di servizio.

L'articolo 5, poi, che dispone: « 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 », sarebbe inattuabile da un punto di vista pratico; infatti, sotto l'imperio delle leggi del 1938 e del 1955 e successive modificazioni, tutti i concorsi per posti di primario o di aiuto impegnano una Commissione di 5 membri, tra i quali vi deve essere, obbligatoriamente, un professore universitario della disciplina, e, solo in mancanza, di materia affine. Poiché oggi esistono tre cattedre di ruolo di anestesia, una immane mole di lavoro sarebbero chiamati a svolgere questi tre professori di ruolo. Anche permettendo che in questi tre anni le cattedre di ruolo potrebbero diventare sei, questi sei professori, per far fronte alle esigenze derivanti da 300 concorsi per posti di primario ed altrettanti per posti di aiuto, non dovrebbero far altro che spostarsi da una città all'altra per venire incontro alle esigenze dei concorsi.

Ora, mentre apparentemente è bene stabilire un unico criterio per la formazione delle Commissioni, è evidente che questa norma sarebbe oggi praticamente inutilizzabile. È opportuno, a mio avviso, mantenere ancora in vigore la norma dettata, per la formazione della commissione giudicatrice dei concorsi, dalla legge del 1954, n. 653, nonostante tutti i suoi difetti.

Mi è stato detto che questa proposta di legge è stata inspirata da una situazione veramente strana, esistente in una o due grandi città, dove un primario anestesista sovraintede al servizio di anestesia di 6-7 grandi ospedali, per un numero complessivo di 5 mila posti-letto, di cui 3.500 almeno di disciplina chirurgica. Se questo avviene, è indubbiamente contro la legge vigente, che prevede la disciplina dei servizi entro i confini dei singoli ospedali, indipendentemente dal fatto che questi siano controllati da uno o più consigli di amministrazione; con questo provvedimento noi peggioriamo la situazione, perché diamo alle amministrazioni che non vogliono o non hanno voluto bandire i concorsi la possibilità di guadagnare tre anni di tempo. A questo riguardo prego l'onorevole rappresentate del Governo, quale organo vigilante, di volere accertare la veridicità di questa notizia e di volere richiamare le amministrazioni ospedaliere all'osservanza della legge.

LATTANZIO. L'onorevole Barberi ha posto in luce cose molto interessanti, sulle quali prego la Commissione di riflettere prima di procedere nella discussione.

Mi pare indubbio che i servizi di anestesia vadano assumendo un'importanza sempre crescente; credo però che tutti voi mi darete atto del fatto che le idee non sono chiare nell'ambito della stessa specialità né negli ospedali. Ora pongo a me stesso una domanda; l'articolo 2 stabilisce: « Il primario anestesista stabilisce il tipo di anestesia da adottare d'intesa col chirurgo operatore ». Prego la Commissione di voler riflettere su questa norma, con la quale il proponente ha voluto richiamare l'attenzione del legislatore sul fatto che la responsabilità dell'ammalato che dev'essere operato è legata ad una sola persona, che in questo caso è il chirurgo.

Dobbiamo ammettere che possono verificarsi situazioni molto diverse tra loro in un servizio in fase di sviluppo come quello di anestesista, ma noi le poniamo volutamente sullo stesso piano e creiamo una norma di carattere generale, così come poniamo sullo stesso piano il primario chirurgo ed il primario anestesista. Che cosa intendiamo con precisione con le parole « d'intesa » ? Sapete bene che ognuno potrebbe rivendicare la propria competenza, e chi farebbe le spese di questi possibili contrasti è l'ammalato, a nome del quale mi permetto di spezzare una lancia.

Se siamo concordi nel ritenere che il servizio di anestesia diviene sempre più importante per la cura degli ammalati, se ammettiamo che è una specialità in fase di sviluppo, credo che dovremmo lasciare una certa larghezza, la più ampia possibile, al buon senso dell'amministrazione ospedaliera e non creare una legge vincolante per tutti gli ospedali di Italia.

A mio avviso è opportuno ripristinare l'articolo 1 così com'era stato proposto dal relatore, cioè stabilire che ogni ospedale, classificato di prima, seconda o terza categoria, debba avere in organico posti di medico anestesista, che, secondo le esigenze dell'ospedale, saranno suddivisi in primari, aiuti e assistenti. Stabilirei anche di lasciare un periodo di transizione, per avere la possibilità di vedere come questa materia si sistemerà.

È evidente che le amministrazioni ospedaliere riusciranno a trovare un punto di incontro tra i vari professionisti, per cui sarà senz'altro possibile creare il posto di primario anestesista, com'è avvenuto in alcuni ospedali, mentre in altri il problema rimarrà in sospeso. Vorrei che la responsabilità fosse lasciata quasi esclusivamente all'amministrazione ospedaliera, che ha già la possibilità chiara e precisa di creare un organico, e che può valutare la situazione del proprio ospedale.

È indubbio che poi la nuova legge sulla riforma ospedaliera potrà riaffrontare il problema. Però a parer mio è necessario affrontare il problema tenendo conto delle realtà e delle esigenze che si sono andate maturando.

In verità, sono alquanto perplesso sulla necessità di andare ad obbligare gli ospedali di prima e seconda categoria a bandire concorsi per l'assunzione di primari, assistenti ed aiuto anestesista.

ROMANO. Ritengo che l'articolo 1 del provvedimento debba sopravvivere così com'è, in quanto stabilisce l'importante principio che ogni ospedale debba avere in organico posti di primario, aiuto, assistente anestesista rianimatore. La realtà attuale non è questa: ognuno di noi sarebbe in grado di indicare ospedali minori, ma facenti parte di gruppi di ospedali dipendenti da una unica amministrazione, che si trovano in condizioni di estrema difficoltà per non avere la configurazione che si vuole introdurre con la proposta di legge.

Gli ospedali riuniti di Napoli hanno ad Ischia l'ospedale Rizzoli, che per le difficoltà logistiche derivanti dalla distanza con la terraferma, pur assolvendo funzioni molto importanti, difficilmente riesce ad avere un medico anestesista che vi presti servizio. Ciò è conseguenza del fatto che non è riservato un posto in organico, per quell'ospedale, di medico anestesista e l'amministrazione, non potendo bandire un concorso, è costretta di volta in volta a pregare un medico anestesista perché si rechi a svolgere il suo lavoro in quell'isola.

Del resto credo che questo caso non sia il solo nel nostro Paese.

Mi pare che le perplessità espresse in ordine all'abbinamento delle parole « anestesista-rianimatore » non siano fondate, in quanto la figura dell'anestesista è inscindibile da quella di rianimatore per la stretta colleganza delle due prestazioni mediche.

Circa l'articolo 2 del testo elaborato dall'onorevole Bemporad, a proposito dell'obiezione sollevata dall'onorevole Lattanzio intorno alle parole « d'intesa col chirurgo operatore », mi pare che il criterio sia giusto. Prendendo a spunto la mia esperienza professionale sono ben felice quando in un'operazione il mio anestesista si assume la responsa-

bilità della prestazione anestesiologica e mi lascia tranquillo.

Quanto alle altre osservazioni, mi rendo conto che una certa parte delle perplessità sollevate non sono del tutto lontane dalle preoccupazioni doncrete esistenti per questa grande organizzazione che sta per istaurarsi negli ospedali italiani. Tuttavia se noi avessimo discusso questo provvedimento alcuni anni fa, quando in moltissimi ospedali italiani non erano stati banditi concorsi né nominati primari di anestesia, il discorso si sarebbe posto su di un altro piano. Oggi bisogna tener conto di una realtà: il servizio di anestesia ha assunto una grande importanza in tutti gli ospedali e si incontrano notevoli difficoltà per reperire medici-anestesisti. Inoltre si assiste al fenomeno di una specializzazione verso la quale si vanno orientando soprattutto le donne, che tra l'altro sono bravissime e danno maggior affidamento particolarmente dal punto di vista del temperamento.

Abbiamo necessità, dunque, di incoraggiare e potenziare questo settore importante della vita ospedaliera; anche se occorreranno alcuni anni per vedere ben puntualizzato il servizio anestesiologico nei nostri ospedali, è necessario approvare subito questo provvedimento in modo da non bloccare le speranze e le esigenze tecniche che si fanno sempre più vive.

Circa le perplessità in ordine al timore di creare un numeroso gruppo di primari in questo settore, mi pare che la legge lascia entro certi limiti discrezionalità alle amministrazioni ospedaliere di regolare il servizio anestesiologico sia in rapporto alla pianta organica sia in rapporto alle effettive esigenze dell'ospedale.

È indispensabile andare avanti nella sistemazione di questo importante servizio ospedaliero, nella speranza che un giorno, esaminando la riforma degli ospedali, si possa definire tutta la materia. Lasciamo da parte per ora preoccupazioni inutili e cerchiamo, approvando questo provvedimento, di evitare che le amministrazioni ospedaliere bandiscano o non bandiscano, a loro piacimento, concorsi e che si debbano verificare casi in cui l'ospedale chiede a prestito un medico anestesista.

Sono ospedali che hanno anche un servizio di pronto soccorso e di maternità. Vi rendete conto dei casi di urgenza che possono verificarsi? Questa legge permetterà di fronteggiare subito queste situazioni tanto importanti sul piano tecnico ed umano.

Si creerà una gerarchia ospedaliera, ma questo risponde all'esigenza di incoraggiare questi professionisti a dedicarsi a questa branca della medicina e ad intraprendere questa carriera.

Per concludere affermo che sono favorevole, nel complesso, all'approvazione della proposta di legge. Ritengo che l'articolo 1 dovrebbe essere lasciato così com'è, mentre dovrebbe essere soppressa la disposizione dell'articolo 2 (« d'intesa con il chirurgo operatore »), che mi sembra tecnicamente superflua e potrebbe dar luogo, in molte circostanze, ad inconvenienti.

CAPUA. Già nella precedente seduta ho preso la parola per esporre le mie perplessità in ordine a questa proposta di legge. Oggi si è riaperta la discussione generale e sono lieto di apportarvi il mio contributo.

L'onorevole Romano ha affermato che ogni ospedale deve avere in organico posti di medico anestesista, ma già la legge del 1954 disponeva questo; se a tale obbligo non si è ottemperato, ciò non è avvenuto per carenza di legge.

Per quanto concerne l'articolo 1, occorre ricordare la questione del medico anestesista-rianimatore. Vorrei far presente all'onorevole Romano che in uno dei più importanti centri ospedalieri italiani (gli Ospedali riuniti di Roma) vi è un solo centro di rianimazione, istituito un anno fa; noi intendiamo già predisporre una regolamentazione, senza sapere quale ne sarà lo sviluppo. Il Centro di rianimazione si occupa di tanti problemi, ha il fine di far superare ai pazienti gli stati di *shock* che possono derivare dalle evenienze più imprevedibili e non può essere affidato ad una competenza specifica, tant'è vero che non è diretto da un primario anestesista, ma da un primario cardiologo.

Ora il fatto che discutiamo tanto a lungo su questo problema, significa che non abbiamo neppure noi le idee molto chiare in proposito. A solo un anno dall'istituzione del Centro di rianimazione, mi sembra prematuro voler stabilire con legge le varie competenze di questo servizio; ciò, tra l'altro, potrebbe indurci in notevoli possibilità di errore.

Quanto all'articolo 2, l'onorevole Romano vorrebbe abolire il concetto dell'intesa tra il primario chirurgo e il primario anestesista. Vorrei far presente che si sta affermando il concetto moderno del lavoro di *equipe*, in cui vi è un *primus inter pares* che si assume la responsabilità collegiale.

Il terzo e quarto comma dell'articolo 2 sono a mio avviso pleonastici, in quanto si tratta

di disposizioni ormai acquisite in ogni regolamento ospedaliero.

Sono d'accordo con l'onorevole Gennai Tonietti sulla necessità di rivedere le disposizioni degli articolo 4 e 6, perché (come ha detto anche l'onorevole Barberi) in soli due anni di tempo non ci sarà la possibilità materiale di sopperire alle esigenze di questo servizio.

In sostanza, allo scopo di realizzare quanto ci proponiamo, cioè di fare un passo avanti nella disciplina di questo settore, proporrei di nominare un comitato ristretto, che elabori un testo che non sia una ripetizione della legge del 1954, che si è rivelata insufficiente.

TANTALO. Condivido la preoccupazione espressa da alcuni colleghi in ordine alla necessità di disciplinare questo importante servizio. Sono d'accordo con l'onorevole Spinelli di giungere ad una regolamentazione attraverso la classica struttura del primario, dell'aiuto e dell'assistente. Naturalmente nutro ancora qualche preoccupazione, dettata soprattutto dalla mia esperienza diretta di amministratore ospedaliero, perché ci troviamo di fronte non alla difficoltà di dare un posto adeguato, con trattamento economico sufficiente, ai medici anestesisti, ma alla difficoltà di reperire questo personale. Non so se questa proposta di legge potrà costituire un incentivo, come auspica l'onorevole Romano, a perseguire una qualificazione professionale in questo settore; se ciò accadrà, sarà indubbiamente un risultato positivo.

Tuttavia credo che dovremmo preoccuparci – come altri colleghi hanno affermato – di offrire dal punto di vista tecnico delle garanzie che consentano veramente alle amministrazioni ospedaliere di usufruire di personale altamente specializzato e qualificato in questo settore. Non so se sia opportuno prevedere un periodo di tempo più lungo, di tre anni, per consentire ai giovani medici di raggiungere questo perfezionamento tecnico.

Infine sono contrario a stabilire due qualifiche, quella di medico anestesista e quella di medico rianimatore, perché, prima di disciplinare questo settore, è opportuno che vengano precisati i compiti e le funzioni dei centri di rianimazione. Ciò si potrà fare in occasione del nuovo ordinamento della struttura ospedaliera; in quella sede si stabilirà chi debba essere addetto a questi centri, se soltanto un primario o una *equipe*, con corresponsabilità del primario e dell'anestesista, o del primario cardiologo, o dello specialista in pediatria, oppure se la responsabilità debba essere assunta da un dirigente che si avvale della collaborazione di altri.

Con queste limitazioni, sono favorevole alla proposta di legge. Ritengo opportuno non pregiudicare con una decisione legislativa una materia tanto delicata, ancora a livello sperimentale.

MORELLI. Penso che tutti siamo d'accordo circa l'approvazione di questo provvedimento, di cui si sente la necessità e che viene a colmare una lacuna. Qualcuno degli onorevoli colleghi ha detto che forse la proposta di legge è troppo tempestiva ed anticipa il futuro, ma io ritengo che sia bene affrontare i problemi fin dal loro nascere senza aspettare che siano già maturi per provvedervi. Con l'approvazione di questa proposta di legge verrà fugata anche la preoccupazione di non trovare anestesisti, i quali, una volta sistemata questa materia, faranno i corsi e parteciperanno ai concorsi in modo che le amministrazioni ospedaliere possano risolvere i loro problemi in questo settore. L'attuale difficoltà per le amministrazioni di reperire medici anestesisti dipende dal fatto che finora per costoro non vi è stata la possibilità di avere un posto sicuro.

Per chiarire la questione del medico « anestesista-rianimatore », ricordo che tutte le scuole in Italia si stanno orientando verso il criterio di affidare ai medici che le frequentano la funzione di anestesista-rianimatore. Le stesse scuole di specializzazione prendono il titolo dai due termini abbinati.

Circa l'articolo 2 del testo unificato, concordo sulla soppressione delle parole « d'intesa col chirurgo operatore », in quanto il primario anestesista dovrebbe avere tutte le responsabilità nel proprio settore. Anche se in alcuni casi vi può essere un accordo, un'intesa tra il chirurgo e l'anestesista dobbiamo cercare di lasciare all'anestesista la massima autonomia.

Quanto all'opportunità di lasciare alle amministrazioni la facoltà di rivedere questa materia, penso che ciò non sia giusto. A Roma vi sono 4 casi di anestesisti denunciati alla magistratura per eventi mortali verificatisi durante prestazioni anestesiologiche e ritengo che questo aspetto del problema debba venire esaminato dal punto di vista legale.

PRESIDENTE. Considerata la fluidità dell'argomento, alcuni colleghi hanno avanzato la proposta di demandare ad un comitato ristretto l'ulteriore esame del problema. A questo proposito desidererei conoscere il parere del proponente e del Relatore.

SPINELLI. Circa questa proposta non avrei nulla in contrario se ravvisassi in un proseguimento di istruttoria o di studio una ragio-

ne sufficiente per rendere più completo il provvedimento. Ma giunti a questo punto, dopo tre esaurienti relazioni, con un ampio studio della materia corredato di dati e di cifre, dopo una discussione approfondita del problema, ritengo che sia inutile la nomina di un'ulteriore commissione di studio, la quale, tra l'altro, non avrebbe nulla da aggiungere.

Comunque mi rimetterò alla volontà della maggioranza.

BEMPORAD, *Relatore*. Ho seguito, ovviamente con estrema attenzione, le osservazioni tutte serie ed importanti che di volta in volta sono state avanzate nei riguardi del testo unificato delle proposte di legge. Mi pare abbastanza logico che vi siano perplessità e preoccupazioni. Noi stiamo cercando di varare una legge che disciplini una materia relativamente nuova ed in continuo divenire. Tuttavia mi pare che la maggior parte degli onorevoli colleghi abbia riconosciuto che il Parlamento dà un segno di particolare sensibilità se interviene tempestivamente per regolare ed inquadrare questa materia e non si lascia sorprendere da eventi che potrebbero determinare situazioni molto delicate negli ospedali.

Sono trascorsi più di dieci anni dall'approvazione della prima legge regolante questa materia e in relazione alla richiesta di nominare un comitato ristretto perché elabori meglio il testo del provvedimento, vorrei sottolineare il carattere di tempestività della legge in esame.

Poiché questo provvedimento è tempestivo e questa materia a mio avviso richiede una regolamentazione con una certa urgenza, in linea di massima non mi oppongo – anche per un doveroso riguardo verso i colleghi – alla nomina di un comitato ristretto, purché si fissi un breve limite di tempo al suo lavoro, in modo da poter approvare la proposta di legge prima delle ferie estive.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero fare una breve considerazione. Se è vero che il Governo crede nella riforma ospedaliera, il Governo è contrario all'approvazione di questa proposta di legge, in quanto riguarda una parte soltanto del settore. Se la Commissione non è di questa tesi e non ha fiducia nel Governo – del che il Governo si duole moltissimo – allora discutiamo su questo problema che è senza dubbio molto interessante. Poiché dalla discussione generale sono emersi punti di contatto e punti controversi con le proposte avanzate dall'onorevole Bemporad, è opportuna la nomina di un comitato ristretto per la definizione dei punti controversi.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla seduta del 15 luglio con l'intesa che esamineremo il nuovo testo che sarà predisposto dal comitato ristretto sulla base degli orientamenti emersi nel corso dell'odierna discussione.

Comunico che ho chiamato a far parte del comitato ristretto, oltre al Relatore, i deputati Spinelli, Lattanzio, Tantalo, Capua, Pasqualicchio, Romano e Morelli.

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indico la votazione a scrutinio segreto della proposta di legge oggi esaminata.

(*Segue la votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Proposta di legge: Senatore Di Grazia; Gombi ed altri; Zanibelli ed altri; De Maria; Gagliardi ed altri: « Deroga all'articolo 6 della legge 29 ottobre 1954, n. 1046, per elevare transitoriamente i limiti di età per l'ammissione alle scuole per infermiere ed infermieri generici » (*Già approvata in un testo unificato dalla XIV Commissione della Camera e modificata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (1802-997-1567-1715-1815-*B*).

Presenti e votanti	29
Maggioranza	15
Voti favorevoli	29
Voti contrari	0

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Balconi Marcella, Barberi, Bartole, Bemporad, Beretta, Biagini, Capua, De Lorenzo, De Maria, De Pascalis, Di Mauro Ado Guido, Fada, Gasco, Gennai Tonietti Erisia, Giorgi, Lattanzio, Messinetti, Monasterio, Morelli, Pasqualicchio, Romano, Scarpa, Sorgi, Spinelli, Tantalo, Urso, Usvardi e Zanti Tondi Carmen.

La seduta termina alle 13.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Dott. ANTONIO MACCANICO

TIPOGRAFIA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI