

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

## 11<sup>a</sup> COMMISSIONE

(Igiene e Sanità)

MERCOLEDÌ 6 LUGLIO 1966

(55<sup>a</sup> seduta, in sede deliberante)

Presidenza del Presidente ALBERTI

### INDICE

#### DISEGNO DI LEGGE

« Norme per il servizio di anestesia negli ospedali » (1329) (D'iniziativa dei deputati Spinelli e Cruciani) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Seguito della discussione e rinvio):

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 757, 758, 760, 761, 762, 767
CASSESE . . . . .	758, 764, 766
CRISCUOLI, relatore . . . . .	759, 761, 764, 766
D'ERRICO . . . . .	759, 762, 764, 766
DI GRAZIA . . . . .	759, 761, 763
LOMBARI . . . . .	762
MARIOTTI, Ministro della sanità . . . . .	760, 763, 764 765, 766
ORLANDI . . . . .	758, 759
PERRINO . . . . .	759, 761, 763, 767
SAMEK LODOVICI . . . . .	760, 761, 766
SELLITTI . . . . .	764, 767
ZELIOLI LANZINI . . . . .	758
ZONCA . . . . .	759, 762

La seduta è aperta alle ore 9,45.

Sono presenti i senatori: Alberti, Bonadies, Caroli, Cassese, Cremisini, Criscuoli,

D'Errico, Di Grazia, Di Paolantonio, Ferromi, Lombardi, Lorenzi, Minella Molinari Angiola, Orlandi, Perrino, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Sellitti, Simonucci, Tibaldi, Zanardi, Zelioli Lanzini e Zonca.

A norma dell'articolo 18, ultimo comma del Regolamento, il senatore Cassano è sostituito dal senator Valsecchi Pasquale.

Interviene il Ministro della sanità Mariotti.

MINELLA MOLINARI ANGIOLA. Segretaria, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Seguito della discussione e rinvio del disegno di legge d'iniziativa dei deputati Spinelli e Cruciani: « Norme sul servizio di anestesia negli ospedali » (1329) (Approvato dalla Camera dei deputati)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Norme sul servizio di ane-

stesia negli ospedali », già approvato dalla Camera dei deputati.

Continua la discussione generale.

C A S S E S E . Sarò brevissimo perchè il problema è già stato ampiamente trattato dai colleghi precedentemente intervenuti e dal relatore con il quale mi congratulo per la precisione e l'accuratezza del suo lavoro. Indubbiamente il servizio di anestesia negli ospedali, colla entrata in vigore della legge del 1954, è notevolmente migliorato, passando da un'attività di carattere empirico ad un servizio che ha tutti i crismi della scienza. Non tutte le amministrazioni ospedaliere però si sono adeguate alla legge citata, per cui il provvedimento al nostro esame ci appare quanto mai necessario e giustificato. Basta considerare gli ospedali di Roma per rendersi conto del disordine che regna in questo campo; gli anestesisti sono gli unici medici che fanno turni di guardia di 24 ore alternate a 24 ore di riposo, non solo, ma anche le qualifiche sono completamente inadeguate e non sempre l'anestesia viene affidata a specialisti; tutti i colleghi ricorderanno gli incidenti mortali verificatisi negli ultimi anni. Noi siamo quindi d'accordo con i presentatori di questo disegno di legge, perchè sentiamo tutti il bisogno di un ampliamento degli organici degli anestesisti al fine di assicurare un servizio efficiente. Quanto alle osservazioni fatte dal relatore, posso rispondere fornendo dati in mio possesso: pare che in Italia gli anestesisti siano 1.400, sufficienti quindi per coprire i posti previsti da questo disegno di legge. Ne occorrerebbero, è vero, ancora 140, ma abbiamo avuto assicurazione dalle scuole di specializzazione che questo numero sarà raggiunto. Io credo inoltre che sia opportuno mantenere il numero di 200 degenze chirurgiche per giustificare un primariato di anestesia, perchè gli anestesisti non prestano la loro opera solo in chirurgia.

Concludo esprimendo parere favorevole sul disegno di legge in esame e sull'emendamento proposto che tende ad ampliarne la portata, unificando il servizio di anestesia a quello di rianimazione. Raccomando infine

l'emendamento da me già fatto pervenire alla Presidenza, tendente a richiedere la specializzazione anche agli anestesisti che prestano servizio nelle cliniche private.

O R L A N D I . Credo che sia necessaria una maggiore puntualizzazione per quanto concerne la rianimazione, perchè in questo disegno di legge se ne fa cenno solo nel primo articolo. Oggi non possiamo più parlare soltanto di rianimazione post-operatoria; la rianimazione viene infatti praticata nei casi di intossicazione, di traumi, ecc. Posso portare in proposito l'esempio dell'Ospedale Maggiore di Bologna, dove si sono avuti oltre il 43 per cento di interventi di rianimazione su traumatizzati, contro il 41 per cento di interventi di rianimazione post-operatoria. Sarei propenso a prospettare questa esigenza in un ordine del giorno, anche se sarebbe stato più opportuno aggiungere al disegno di legge un altro articolo, non sapendo se questa ultima soluzione sia possibile, senza rischiare di andare oltre la portata del provvedimento e di rimandarne chissà ancora per quanto tempo l'approvazione.

Sarebbe inoltre opportuno che un centro di rianimazione fosse istituito in tutti gli ospedali, e mi rimetto alla Commissione sul modo più adeguato per raggiungere questo scopo.

P R E S I D E N T E . C'è già una proposta di modificare il titolo del disegno di legge in esame aggiungendovi la rianimazione.

Z E L I O L I L A N Z I N I . Chiedo scusa ai colleghi se intervengo alla fine della discussione generale. Ho seguito la relazione del senatore Criscuoli, che mi è parsa molto accurata ed esauriente e che puntualizza molto bene tutta la situazione. Io vorrei però porre una questione di ordine più generale. Noi continuiamo a varare dei disegni di legge disorganici e settoriali presentati per lo più ad iniziativa di qualche collega, mentre sappiamo che è stato presentato un progetto di riforma ospedaliera, che affronta tutti i problemi del settore. I

colleghi sono in gran parte medici e si trovano quindi di fronte a mille questioni e premuti da mille sollecitazioni, ma io, come laico, vedo il problema da un punto di vista più generale e penso che questi provvedimenti di carattere particolare dovranno tutti essere riconsiderati quando si prenderà appunto in esame la riforma ospedaliera. Ritengo quindi che non sia il caso di appesantire eccessivamente, con ulteriori emendamenti ed articoli aggiuntivi, il disegno di legge n. 1329.

**C R I S C U O L I**, *relatore*. Ringrazio il senatore Zelioli Lanzini per il giudizio lusinghiero espresso sulla mia relazione; vorrei però sapere se, con il suo intervento, egli ha inteso proporci di rinviare il disegno di legge in esame in attesa della legge ospedaliera. Se questo fosse il primo provvedimento riguardante i servizi di anestesia e di rianimazione, potrei anche essere d'accordo per il rinvio, ma non dobbiamo dimenticare che la legge del 1954 è operante e potrebbe aggravare maggiormente la situazione.

**P E R R I N O**. Il senatore Zelioli Lanzini ha spezzato una lancia a favore della tesi che io vado sostenendo da tre anni: è vero che noi, purtroppo, siamo portati ad approvare leggi di carattere settoriale perdendo di vista il quadro generale. Ora, però, ci troviamo di fronte ad un disegno di legge che affronta un problema che, mi pare, non sia considerato nel progetto di riforma ospedaliera, il quale, del resto, essendo costituito di soli 72 articoli, non può trattare in particolare tutti gli aspetti del settore. Questo provvedimento mi sembra particolarmente importante e, riferendomi a quanto ebbi a dire nella seduta precedente, suggerirei di aggiungere, negli ospedali, al centro di anestesia e rianimazione, anche una sezione trasfusionale. Presenterò anzi un emendamento in questo senso.

**O R L A N D I**. Confermo il mio parere favorevole al disegno di legge in esame che non contrasta con quanto potrà disporre in materia la futura riforma ospedaliera. Cer-

chiamo però di non allargare eccessivamente la portata del provvedimento, anche se sarà necessario apportarvi qualche emendamento.

**D I G R A Z I A**. Non sono intervenuto prima, perchè volevo ascoltare il parere dei colleghi. In linea di massima, sono anch'io favorevole al disegno di legge in discussione. Penso che debba essere accolta la raccomandazione del senatore Zelioli Lanzini di non allargarne troppo la portata, ma una sollecita approvazione è necessaria per dare ai giovani propensi a specializzarsi in anestesia adeguate prospettive di carriera. Credo che non sia il caso di preoccuparsi per la carenza di specialisti, in quanto ogni anno le scuole ne licenziano circa 150. Sono anche favorevole al mantenimento delle 200 degenze chirurgiche per il primariato.

**D ' E R R I C O**. Dalla discussione generale sono emersi dei fatti che, a mio parere, sono in contrasto tra di loro. Tutti hanno riconosciuto la necessità di unificare i servizi di anestesia e di rianimazione, ma, in questo caso, limitare a 200 il numero delle degenze chirurgiche necessarie per l'istituzione di un primariato, non ha più senso. Bisogna prima esaminare le esigenze dei singoli ospedali, le quali non si fondano solo sul numero dei posti letto.

**Z O N C A**. Io vorrei precisare prima di tutto che questo disegno di legge non è nato per le pressioni di singoli particolarmente interessati, ma per rispondere ad esigenze effettive degli ospedali. Sono del parere che esso debba venir approvato, pur accettando in pieno le considerazioni del senatore Zelioli Lanzini, considerazioni che, del resto, ho già espresso nel mio precedente intervento. Sono contrario ad inserire nel provvedimento anche la rianimazione, perchè, a parte altre considerazioni, si rischia, così facendo, di trascinare le cose troppo alle lunghe. Vorrei obiettare al senatore Perrino che i servizi trasfusionali non si possono affiancare a quelli di anestesia per la particolare configurazione tec-

nica e per la preparazione specifica di chi li esercita. Esorto poi i colleghi a lasciare un certo margine di discrezionalità alle amministrazioni ospedaliere, perchè con questo disegno di legge si impongono loro degli oneri finanziari che esse non sempre sono in grado di sostenere.

**S A M E K L O D O V I C I**. Desidero confermare la mia meditata convinzione dell'utilità di questo disegno di legge e della opportunità di approvarlo subito, indipendentemente da quella che sarà la legge di riforma ospedaliera.

Confermo la sua utilità, prima di tutto perchè si ribadisce l'obbligo per tutti gli ospedali di prima, di seconda, di terza categoria, di avere un servizio di anestesia; servizio sulla cui necessità non vi può essere dubbio, ma che, tuttavia, come abbiamo sentito anche ora dal collega Cassese, non tutti gli ospedali hanno regolarmente istituito. Ritengo il provvedimento utile, infine, perchè con l'articolo 1, per quanto timidamente, si aderisce al concetto e alle esigenze moderne secondo cui l'esercizio della anestesia viene collegato a quello della rianimazione, intendendo per rianimazione sia l'opera che l'anestesista svolge normalmente dopo gli interventi chirurgici, sia l'opera diretta o di coordinazione delle moderne terapie, necessarie e varie, delle quali possono giovare persone in immediato pericolo di vita. Perchè la legge non lasci dubbi su questa interpretazione basterà modificare il titolo.

Gli anestesisti possono essere assistenti, aiuti e primari; ma, chiarisco ancora, io contesto l'opportunità dell'obbligo legale, per tutte le amministrazioni ospedaliere, di istituire un primariato di anestesia e rianimazione, quando le presenze chirurgiche siano 200. Questo numero mi sembra troppo basso, — e io ho proposto di elevarlo a 400, per cui si potrà discutere —, ma è chiaro che nulla osterà che rimangano primari quelli che lo sono già e che le amministrazioni ospedaliere, nella loro discrezionalità, vagliato il pro e il contro, possano istituire primariati di anestesia anche con un numero di presenze chirurgiche inferiori a

quello che ne comporta legalmente l'obbligo.

Altra cosa importante è per me il reinserire nella legge la necessità del titolo di specializzazione per partecipare ai concorsi, d'altronde già sancito nella legge del 1954. Gli inconvenienti di una sua omissione mi sembrano molteplici e superiori ad eventuali vantaggi contingenti.

**P R E S I D E N T E**. Se nessun altro domanda di parlare dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo ora all'esame e alla votazione dei singoli articoli di cui do lettura.

#### Art. 1.

Gli ospedali generali e quelli specializzati in branche chirurgiche di prima, seconda e terza categoria, nonchè 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.

A questo articolo i senatori D'Errico e Samek Lodovici hanno presentato un emendamento aggiuntivo delle parole « e di rianimazione », dopo le altre: « servizio di anestesia ».

**S A M E K L O D O V I C I**. Ritengo necessario tale inserimento se vogliamo aderire al concetto moderno delle funzioni dell'anestesista e anche alla evoluzione legislativa. Non dimentichiamo che giacciono di fronte alla nostra Commissione alcuni provvedimenti tendenti a istituire centri di rianimazione.

**P R E S I D E N T E**. A questo articolo, inoltre, è stato presentato dai senatori Perrino e Di Grazia un emendamento aggiuntivo tendente ad istituire una sezione trasfusionale nell'ambito del servizio di anestesia e di rianimazione.

**M A R I O T T I**, *Ministro della sanità*. È all'ordine del giorno della Commissione

igiene e sanità della Camera un disegno di legge riguardante il prelievo, la conservazione e la distribuzione del sangue. Si profila quindi tutta una nuova regolamentazione in questo campo, capace di soddisfare anche le esigenze prospettate dai colleghi Perrino e Di Grazia. Pregherei quindi di non confondere la rianimazione, di cui si fa cenno in questo provvedimento, con i centri trasfusionali, che sono ben altra cosa. Peraltro, anche nel progetto di riforma ospedaliera, laddove si elencano i servizi di cui gli ospedali devono disporre, non solo figurano i centri trasfusionali, ma anche quelli di rianimazione, regolati coi criteri accennati dal senatore Samek Lodovici. All'interno degli ospedali vi sarà quindi una sezione, gestita direttamente dall'ospedale stesso o dall'AVIS o da altre organizzazioni, in grado di fornire la quantità di sangue necessario.

Giorni fa ho avuto occasione di visitare a Mantova, inaugurandolo, un centro di rianimazione organizzato in modo veramente perfetto e modernissimo, ma là non si è affatto parlato di anettere centri trasfusionali. D'altra parte io, a mezzo di circolari, ho cercato di indurre gli ospedali a crearne uno nel loro interno. Non vorrei che una confusione del genere portasse domani a gravi inconvenienti. Insisto, quindi, nel chiedere alla Commissione di non prendere in considerazione l'emendamento del senatore Perrino.

**C R I S C U O L I**, *relatore*. C'è la proposta dei senatori Samek Lodovici e D'Errico di aggiungere nel titolo le parole « e di rianimazione »; pregherei pertanto il Presidente di mettere in votazione questo emendamento per poi passare alla discussione dell'altro presentato dai senatori Perrino e di Grazia.

**D I G R A Z I A** Desidererei chiarimenti ad una mia domanda. Noi vogliamo — o per lo meno c'è una tendenza in questo senso — affidare all'anestesista anche il compito della rianimazione. Non dobbiamo però dimenticare che nei grandi ospedali — almeno in quelli più importanti — il centro

di rianimazione esiste già e vi sono anche in certe facoltà mediche corsi di specializzazione in questa materia con professori addirittura ordinari che si occupano soltanto di essa. Ora, se noi adottiamo la dizione « servizi di anestesia e di rianimazione », è chiaro che le due funzioni dell'anestesista si debbono accoppiare fino ad un certo punto, restando affidati tuttavia ai centri di rianimazione compiti delicatissimi ed importantissimi. Ciò porterebbe, come conseguenza, che si dovrebbe istituire il primariato anche di rianimazione, oltre quello già esistente di anestesia. Come è possibile che in ogni ospedale possano esistere anche tre o quattro rianimatori? Ecco perchè non so se convenga istituire o meno questa differenza.

Riguardo poi all'emendamento che ho presentato insieme al collega Perrino, lascio a lui il compito di illustrarlo.

**P E R R I N O**. Se non vado errato, il relatore ha proposto di passare prima alla votazione dell'emendamento Samek Lodovici-D'Errico.

**P R E S I D E N T E**. L'emendamento Samek Lodovici-D'Errico riguarda il cambiamento del titolo; ritengo più logico metterlo in votazione alla fine, in base alla formulazione definitiva del testo.

**S A M E K L O D O V I C I**. Evidentemente devo tornare a ripetere che riterrei opportuno, in coerenza anche all'articolo 1 della legge, che si parlasse di anestesia « e di rianimazione », perchè l'indirizzo scientifico e la pratica attuali comportano questa esigenza.

Quanto alla proposta dei colleghi Perrino e Di Grazia, mi permetto di osservare loro — cosa che certamente essi sanno meglio di me — che la trasfusione del sangue può essere sì un importantissimo mezzo di rianimazione, ma non serve soltanto per la rianimazione.

Con grande piacere apprendo la notizia che finalmente, dopo decenni e decenni di pratica trasfusionale, avremo una legge per disciplinare questo importantissimo servi-

zio, il che vuol dire disciplina della raccolta, disciplina della conservazione, disciplina dello studio del sangue relativamente alle sue caratteristiche biologiche e alla sua idoneità trasfusionale, perchè possano conseguirsi gli scopi curativi ed essere sicuramente evitati danni. E ritengo ottima la istituzione per legge di centri trasfusionali presso tutti gli ospedali, però è per me evidente che la direzione di questi centri non può essere affidata all'anestesista rianimatore in quanto tale. Direttore di un centro trasfusionale, per ragioni di competenza specifica, non potrà razionalmente che essere un medico laboratorista, ematologo e batteriologo. Pertanto sono d'accordo con l'onorevole Ministro sulla non opportunità di includere quel servizio nella presente legge.

**Z O N C A**. Mi associo a quanto or ora ha detto il collega Samek Lodovici e sono favorevole al provvedimento.

**L O M B A R I**. Credo che si stia facendo una notevole confusione a proposito di questo articolo. Noi abbiamo tre attività ben distinte: l'anestesia, la trasfusione e, infine, la rianimazione. Che l'anestesia possa essere integrata da un servizio trasfusionale, è vero; è vero del pari che un anestesista, a causa ad esempio di *choc* operatorio, possa ricorrere alla rianimazione, ma si tratta in ogni caso di tre servizi distinti che non dobbiamo confondere. Si capisce che la anestesia di cui si parla in questo disegno di legge — il senatore D'Errico lo ha messo in evidenza nel suo primo intervento — è anestesia generale, ma in chirurgia esistono anche altre forme di anestesia.

Il professor Mazzoli, che è uno degli specialisti più quotati nel campo dell'anestesia, è stato esplicito. In una lettera egli ci parla della collaborazione tra anestesista e chirurgo e dei contrasti tra primario chirurgo e primario di anestesia. Prescindiamo da questo punto, perchè comunque il principe della sala operatoria resta pur sempre — e deve restare — il chirurgo, e atteniamoci all'anestesia.

Se volessimo legiferare con coscienza, con vera coscienza, dovremmo ricordare che

l'anestesista in chirurgia, se non conosce bene o per lo meno abbastanza bene i tempi dell'operazione, non può eseguire le varie fasi dell'anestesia, perchè ci sono dei momenti in cui bisogna aumentare le dosi di anestetico per raggiungere l'abolizione completa dei riflessi. Il senatore D'Errico, che è un esperto in questa materia, sa bene che molti decessi sono dovuti ad eccesso di somministrazione di gas. L'anestesia è quindi una attività a sè stante, e per questo parecchi senatori hanno proposto di non aggiungere le parole « e di rianimazione ».

La rianimazione, nei grandi ospedali, ha un reparto a sè. Quindi si lasci il reparto di anestesia a sè stante, e si istituiscano, dove mancano, un reparto di rianimazione ed un reparto trasfusionale, ciascuno del pari a sè stante.

**P R E S I D E N T E**. Ripeto che la naturale sede di queste proposte è alla fine della discussione e dell'esame di tutti gli articoli.

Ci perviene ora un emendamento sostitutivo di tutto l'articolo 1, presentato dal senatore D'Errico, di cui do lettura: « Gli ospedali generali, gli ospedali specializzati in branche chirurgiche, i sanatori e gli altri ospedali specializzati in branche non chirurgiche, ma nei quali vi siano una o più divisioni di chirurgia generale o di specialità chirurgiche, debbono istituire un servizio di anestesia e rianimazione con un organico di anestesisti rianimatori secondo le norme che seguono ».

**D ' E R R I C O**. Illustro brevemente la portata di questo emendamento. In altre parole, gli ospedali elencati nell'articolo 1 — e l'elencazione è incompleta — dovrebbero istituire, tutti, il servizio di anestesia e rianimazione o di semplice anestesia; ma, mentre si parla di ospedali generali e di quelli specializzati in branche chirurgiche e poi anche di ospedali sanatoriali, nei quali si pratica la chirurgia della tubercolosi, non si fa menzione, per esempio, degli ospedali psichiatrici, dove pure esistono reparti chirurgici e neppure di ospedali per la cura dei tumori, quelli per malattie infettive eccetera. Ecco le ragioni del mio emenda-

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

55ª SEDUTA (6 luglio 1966)

mento che tende ad integrare il numero degli ospedali cui spetta almeno il dovere — se non l'obbligo, se di obbligo si vorrà parlare — di istituire il servizio di anestesia. Non mi servo poi della classificazione degli ospedali in base alle categorie per due ragioni: la prima è che, se vogliamo riferirci ai posti letto, questi possono essere indipendenti dalla categoria; la seconda è che se, nel progetto di riforma ospedaliera che è stato presentato, le categorie non saranno più quelle attuali, è inutile farne menzione.

Raccomando ai colleghi questo mio emendamento sostitutivo dell'intero articolo 1, perchè, se approvassimo l'articolo 1 così come è, lasceremmo fuori molti ospedali importanti che ho sopra menzionato.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Chiedo scusa al Presidente, ma è proprio necessario approvare questo disegno di legge? Più ci penso e più ritengo la materia complessa, proprio mentre ci troviamo di fronte, da parte degli ospedali, ad una serie di iniziative tendenti a creare centri di rianimazione, senza bisogno della legge. A questo punto, è bene parlarci con molta chiarezza: qui si vuole aprire una strada agli anestesisti, istituire nuove cattedre della materia e creare un corpo di primari che oggi non esiste; ma, in sè e per sè, se prescindiamo dai soggetti che dovranno assumere queste funzioni, le iniziative non mancano. Non passa giorno che non giunga al Ministero della sanità qualche richiesta di contributo per la istituzione di un centro di rianimazione, perchè ormai questa necessità è acquisita nella coscienza delle amministrazioni ospedaliere. Approveremo quindi una legge che arriva troppo tardi rispetto a ciò che gli ospedali già hanno realizzato in questo campo. Se invece la legge deve aprire una carriera a determinate persone, vi pregherei vivamente di riflettere parecchio, perchè soltanto attraverso l'iniziativa degli ospedali si possono creare dei centri di rianimazione con delle *équipes* veramente affiatate. Se dovessimo imporre un tale obbligo a tutti gli ospedali — a parte il fatto che non tutti sono in grado di poterlo sostenere — susciteremmo delle di-

scrasie veramente gravi. Qui si vogliono aprire nuove carriere con troppa facilità. Sappete benissimo che per essere anestesisti bisogna avere certi requisiti ed occorre tempo e studio; si tratta, quindi, di percorrere una strada abbastanza lunga, mentre, con questo provvedimento, si offrirebbe una sistemazione troppo rapida e troppo facile a giovani di 25-26 anni, che verrebbero a guadagnare cifre ingenti senza più studiare, perchè quando si guadagna, come in certi casi, un milione o più al mese, non si studia più!

D I G R A Z I A . Non è possibile una cifra simile!

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Non sono chiacchiere queste, senatore Di Grazia, ma potrei portarle le prove di quanto ho asserito. È quindi inutile discutere se è vero o non è vero, se è possibile o non è possibile!

P E R R I N O . Confermo anche io quanto ha detto or ora l'onorevole Ministro.

D I G R A Z I A . Ma allora si tratta di casi che sfiorano la disonestà!

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Comunque resta vero il fatto di tali guadagni.

Vi prego quindi veramente di riflettere, perchè bisogna, a mio avviso, cessare di fare delle leggi *ad hoc* per questo o per quel settore leggi che hanno sempre un sottofondo politico, e bisogna pensare anche che siamo alla vigilia di una riforma ospedaliera che contempla tutti questi casi.

Io, naturalmente, mi rimetto alla Commissione e non vorrei far torto all'onorevole Spinelli, presentatore del provvedimento alla Camera, ma noi ci stiamo tormentando su un disegno di legge quando i grandi ospedali hanno già pensato per proprio conto a istituire centri di rianimazione o stanno per istituirli. Non vedo proprio la ragione di varare una legge del genere la quale oltretutto, come ripeto, arriva in ritardo rispetto alle necessità concrete e ser-

11ª COMMISSIONE (Igiene e Sanità)

55ª SEDUTA (6 luglio 1966)

ve, in verità, soltanto a far divenire di colpo anestesisti un certo numero di giovani evitando loro il travaglio di formarsi un carattere ed una personalità, che sono i presupposti fondamentali per essere medici autentici!

C R I S C U O L I , *relatore*. Come relatore, mi corre l'obbligo di precisare che ho tenuto presente queste perplessità affacciate dall'onorevole Ministro, tanto è vero che ho sottoposto alla Commissione i miei dubbi circa il rapporto numerico tra primariati e degenze giornaliere, così come è configurato nel disegno di legge.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Mi scusi, senatore Criscuoli, ma lei crede davvero che, nonostante la legge, tutti gli ospedali possano avere un centro di rianimazione?

C R I S C U O L I , *relatore*. È per questo che abbiamo chiesto di aumentare il rapporto degenze-primario, in modo che il primariato venga creato laddove potrà sorgere un centro di rianimazione.

D ' E R R I C O . Forse è bene che io aggiunga qualche cosa al mio intervento e finisca di illustrare il mio emendamento.

Onorevole Ministro, sono perfettamente d'accordo con quanto lei ha affermato, ma questo mio emendamento serve soltanto ad eliminare un errore madornale, e cioè la esclusione di alcuni ospedali come, ad esempio, quelli per la cura dei tumori. Ho già detto che non si possono obbligare le amministrazioni ospedaliere a spese di questo genere e non ritengo neppure io, necessaria questa legge.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Si consideri che un centro di rianimazione serio, costa non meno di 280 milioni!

S E L L I T T I . Presento formale richiesta di sospensiva o subordinatamente di rinvio della discussione del provvedimento in esame.

D ' E R R I C O . Se volessimo uniformarci a quanto ha detto il Ministro, che mi trova del resto perfettamente consenziente, dovremmo parlare piuttosto di sospensiva...

C R I S C U O L I , *relatore*. In qualità di relatore, dissento sia dalla proposta di sospensiva, che da quella di rinvio.

Se si tratta di rinviare semplicemente la discussione e l'approvazione del provvedimento a brevissima scadenza, potrei trovarmi anche d'accordo, ma se si intende rinviare *sine die*, mi dichiaro contrario, perchè questa è una materia che va affrontata quanto prima. Infatti, la legge del 1954 è stata superata dai tempi, in quanto prevede l'istituzione di un primariato di anestesia anche negli ospedali che abbiano appena cento degenze nei reparti di chirurgia.

Ciò sta a significare che si possono istituire primariati dappertutto. Cosa è avvenuto durante questi dieci anni nei quali la legge è stata operante? È successo che nei piccoli ospedali si è istituito spessissimo il posto di primario, mentre nei grandi ospedali, dove veramente il primario anestesista e rianimatore sarebbe stato necessario, esso non è stato creato. Ecco perchè ritengo che questo disegno di legge possa essere approvato, perchè permette di normalizzare questa situazione irregolare, che si è protratta per un decennio.

C A S S E S E . La nostra parte politica è contraria al rinvio e alla sospensiva della discussione, perchè le giustificazioni adottate per tale decisione non ci sembrano sufficienti.

Il Ministro ha detto..

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Il Ministro non ha fatto proposte!

C A S S E S E . Giene do atto, però si è espresso nel merito del disegno di legge. Noi, invece, siamo convinti dell'utilità di questo provvedimento, perchè è stato denunciato sia da noi che da altri intervenuti nella discussione il disservizio che regna in molti ospedali nel settore dell'anestesia proprio perchè non in tutti essa viene affi-

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e Sanità)55<sup>a</sup> SEDUTA (6 luglio 1966)

data a degli specialisti. Quindi, pur accettando certi punti di vista dell'onorevole Ministro, siamo favorevoli alla continuazione dell'esame del provvedimento in questa seduta.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*  
Mi preme, anzitutto, ripetere che il Ministro ha esposto alcuni punti di vista, ma non ha fatto proposte; si tratta di un disegno di legge d'iniziativa parlamentare ed io preferisco rimettermi alla volontà della Commissione, tanto più che il provvedimento non presenta problemi di copertura finanziaria a carico dello Stato, anche se, indirettamente, costringe le amministrazioni ospedaliere ad erogare delle somme che specie i piccoli ospedali, in partenza, non potrebbero sostenere.

Ho visitato alcuni centri di rianimazione e posso dire che, se sono creati seriamente, vengono a costare un minimo di 280 milioni, oltre a comportare tutto un organico le cui spese verranno a gravare, tutto sommato, sulle spalle di colui che deve essere assistito, almeno nel quadro della regolamentazione ospedaliera attuale. Ma la legge per la riforma ospedaliera, in un articolo che non ricordo precisamente, precisa quali sono i servizi di cui devono venire dotati gli ospedali, e tra questi c'è la rianimazione. Ora, che cosa può succedere?

Guardiamo attualmente gli anestesisti: instabilità massima nel ruolo, in quanto fanno in genere i rianimatori coloro che sono anestesisti. Ora, i centri di rianimazione sono dotati di complicatissimi apparecchi, e sono pochi gli anestesisti, attualmente in servizio negli ospedali, in grado di poterli usare con piena competenza. Con questa legge si verrebbero quindi a promuovere sanitari ospedalieri che ancora non sono del tutto maturi per i compiti della rianimazione. Vi cito un esempio: quando ho assunto il Dicastero della sanità, ho trovato che erano stati forniti di betatroni molti ospedali, cosa che ha portato a gravi inconvenienti, dato che si tratta di un apparecchio che richiede in chi lo maneggia una altissima preparazione e competenza, cosicchè si sono avuti casi di ustione nei

malati, con mortalità piuttosto diffusa. In conseguenza di ciò, visto che era inutile seguitare ed arricchire il fabbricante quando nessuno era in grado di usare correttamente l'apparecchio, ho sospeso l'acquisto dei betatroni. Nel nostro caso accadrebbe la stessa cosa, cioè è inutile creare dei centri di rianimazione, quando non siamo in condizione di dotarli di personale qualificato, destinato a dirigerli. Vi confesso la mia preoccupazione di fronte a questa legge una volta divenuta operante, perchè essa farebbe degli anestesisti degli ospedali, attualmente adibiti alla chirurgia, anche dei rianimatori; e se si consentirà loro di divenire direttori dei centri di rianimazione, non mancherà una corsa degli anestesisti stessi a ricoprire subito questi posti per i quali, invece, ci vuole una specializzazione di anni, se non si vogliono correre rischi veramente seri.

A questo punto, mi domando se veramente non si possa aspettare fino a settembre e vedere come procede la riforma ospedaliera, che richiede, da parte del Ministero della sanità, un'azione di controllo, di filtro e di selezione delle varie proposte. Riteniamo veramente opportuno proseguire l'esame di questo provvedimento che, trovandoci impreparati sotto certi aspetti, ci può veramente portare a dei gravi inconvenienti? Dico questo perchè il rischio è veramente serio e riterrei opportuno vi si riflettessero sopra, anche perchè non avremo solamente una lievitazione di spesa, il che potrebbe anche essere accettabile se vi fossero gli specialisti, ma dovranno essere istituite anche nuove cattedre universitarie, e prima che si possa formare un corpo di sanitari veramente qualificato, ci vorrà del tempo, molto tempo. Siamo in una situazione embrionale per quanto riguarda questo servizio: vogliamo affrontare dunque la situazione in questo modo? Ecco le mie perplessità, che non si riferiscono ai centri di rianimazione come tali (che ritengo necessari), ma all'impreparazione dei sanitari che ad essi dovrebbero essere preposti. In sostanza, non vorrei che si facesse confusione tra anestesia e rianimazione, due concetti molto diversi.

11<sup>a</sup> COMMISSIONE (Igiene e Sanità)55<sup>a</sup> SEDUTA (6 luglio 1966)

Il Governo aveva il dovere di manifestare alla Commissione queste perplessità; se la Commissione ritiene di proseguire ugualmente nell'esame del provvedimento, si prosegua pure. È ovvio che noi non possiamo frenare questa tendenza, che oggi in Italia comincia a farsi sentire, a creare dei centri di rianimazione che, d'altronde, ripeto, molti ospedali già stanno istituendo o hanno istituito, ma non vorrei che domani la legge di riforma ospedaliera, resa operante, desse a questo settore un indirizzo diverso da quello che noi verremmo ora a fissare in base ad una situazione di fatto su cui non possediamo neanche dati statistici completi.

Oggi facciamo una legge a caso, senza sapere nulla di preciso, senza conoscere di quali quadri potremmo disporre: vogliamo anticipare i tempi? Credo che sia un errore: comunque, se la Commissione ritiene opportuno proseguire la discussione, tenga presente che il provvedimento dovrà tornare alla Camera, con gli emendamenti che qui vi verranno apportati, il che, vi confesso, rappresenta per me un sollievo, perchè, ritardando l'iter del provvedimento, ci sarà speranza di vedere prima attuata, o quanto meno profilata nei suoi aspetti principali, la riforma ospedaliera. Certo è che il Ministero della sanità deve essere posto in grado di fornire ai membri della Commissione tutti i dati necessari per una analisi approfondita della situazione in questo campo, altrimenti noi finiremmo per approvare delle leggi a caso, soltanto perchè alcune persone interessate le vogliono. A simili imposizioni noi non dobbiamo e non possiamo sottostare.

Quindi, pur rimettendomi alla Commissione per la decisione finale, ho compiuto il mio dovere manifestando alcune perplessità in ordine a questo provvedimento.

D'ERICO. Vorrei fare presente che « rianimazione » non è soltanto quella che si fa nei centri che ha visitato l'onorevole Ministro, così come non è particolarmente difficile azionare quegli apparecchi di cui egli ha parlato. Diverso è il caso del betatrone, per il quale il Ministro ha perfettamente ragione: occorre infatti anche

un fisico che faccia i calcoli prima di sottoporre alla cura l'ammalato, se non si vuole esporlo a gravi pericoli.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Vorrei poi aggiungere un'altra cosa: stiamo attenti a rispettare le autonomie degli ospedali, altrimenti avremo una concorrenza spaventosa tra loro.

SAMEK LODOVICI. La rianimazione si deve fare indipendentemente dall'istituzione dei grandi centri, perchè qualunque medico, anche nella sua relativa competenza, può essere costretto a intervenire d'urgenza.

CASSESE. Il Ministro è stato molto preciso nei chiarimenti che ha dato alla Commissione e noi condividiamo alcuni dei suoi punti di vista. Egli dice: se viene sancito l'obbligo di creare questi centri di rianimazione, si precludono quelli che potranno essere gli sviluppi delle attrezzature di tale servizio in tutti gli ospedali italiani. Questo argomento può essere condiviso dalla Commissione; la proposta di legge all'esame riguarda però gli anestesisti e non i rianimatori: se la rinviemo, credo che non faremo cosa gradita a coloro che da tempo aspettano una definitiva sistemazione e, oltretutto, anche ai pazienti, per cui insisto che si prosegua nell'esame del provvedimento, lasciando da parte il problema della rianimazione.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ho già detto chiaramente che mi rimetto alla volontà della Commissione.

CRISCUOLI, *relatore*. Se si tratta di rinviare fino a settembre, non ho alcuna difficoltà, in quanto, se la discussione si prolunga e se apportiamo degli emendamenti, arriveremo comunque allo stesso risultato, tanto più che siamo alla vigilia della chiusura per le ferie estive. Per quella data il Ministro potrà fornirci alcuni elementi di giudizio necessari e notizie più precise, anche in merito ad ispezioni che, ho appreso, si stanno effettuando negli ospeda-

li di Palermo, per quanto riguarda l'anestesia e per rimediare ad inconvenienti che si sono colà verificati.

Per quanto riguarda poi la rianimazione, credo che, anche alla ripresa dei lavori, non sarà possibile scindere tale servizio da questo disegno di legge, per la semplice ragione che vi sono dei centri di rianimazione ottimamente organizzati, di cui ci ha parlato l'onorevole Ministro, però vi è anche la necessità di una rianimazione più comune, di pronto soccorso, che non possiamo trascurare.

Vi è per esempio la rianimazione da ossigeno, che si pratica comunemente, e che va tenuta presente perchè può salvare molte vite umane; a parte poi la rianimazione chirurgica, post-anestetica, che rientra proprio nei compiti dell'anestesista, si chiami questi o non si chiami rianimatore.

Ora, a proposito di questo disegno di legge, io sono, specialmente come relatore, tutt'altro che sensibile alle pressioni che vengono esercitate dagli ambienti interessati, i quali — come si può rilevare anche da una lettera che mi è pervenuta recentemente — chiedono cose molto diverse da quelle che sono state espresse nella mia relazione e negli emendamenti che abbiamo proposto, tanto io che altri membri della Commissione.

Il compito della Commissione è soltanto quello di dare un certo assetto al servizio di anestesia onde evitare che continui quel *caos* che è stato giustamente denunciato anche dall'onorevole Ministro.

**P R E S I D E N T E .** Il relatore si dichiara, perciò, favorevole alla proposta di rinvio del senatore Sellitti, purchè venga precisato il termine del rinvio stesso.

**P E R R I N O .** Debbo dire che non condivido la tesi del rinvio, e tanto meno quella della sospensiva.

Questo disegno di legge, praticamente, non è che un complemento, un chiarimento della famosa legge del 1954: si tratta di un provvedimento di modesta portata, di cui tutti avvertiamo, soprattutto negli ospedali, l'estrema necessità.

È vero che parte di questa materia sarà trattata dalla legge ospedaliera, ma ciò non toglie che questo provvedimento, il quale — ripeto — ha una portata limitata, possa essere preso in esame e varato nell'interesse di tutti.

Il rinvio non è il miglior sistema per risolvere i problemi; e la sospensiva nasconde l'intenzione di non fare nulla. Non sono per queste soluzioni, perchè ritengo che non dobbiamo deludere le attese delle amministrazioni ospedaliere e di quanti sono interessati alla materia.

**S E L L I T T I .** Non sono d'accordo col senatore Perrino, perchè credo che il rinvio di questo disegno di legge non possa intralciare il servizio di anestesia negli ospedali. Le amministrazioni ospedaliere, infatti, sono autonome e nessuno vieta loro di disciplinare un servizio ritenuto necessario.

**P R E S I D E N T E .** Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti la proposta di rinvio.

*(È approvata).*

Resta allora convenuto che il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato; e che il provvedimento sarà nuovamente iscritto all'ordine del giorno della Commissione alla ripresa autunnale dei lavori parlamentari.

*(Così rimane stabilito).*

*La seduta termina alle ore 12,20.*

Dott. MARIO CARONI

Direttore generale dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari