

SENATO DELLA REPUBBLICA

11^a COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

MERCOLEDÌ 14 LUGLIO 1954

(15^a Seduta in sede deliberante)

Presidenza del Presidente BENEDETTI

INDICE

Disegno di legge:

« Istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali » (539) (Approvato dalla Camera dei deputati) (D'iniziativa del deputato Borsellino) (Seguito della discussione e approvazione con modificazioni):

PRESIDENTE	Pag. 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191
ALBERTI	183
ANGRISANI	185, 187, 188, 189, 191
BOCCASSI	186, 190
CRISCUOLI	190
MASTROSIMONE	184
PERRIER	190
SIBILLE	186, 188, 191
TESSITORI, Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica	186, 188, 190
ZELIOLI LANZINI	188, 189, 190

La seduta è aperta alle ore 9,55.

Sono presenti i senatori: Alberti, Angrisani, Artiaco, Benedetti, Boccassi, Calauti, Cenini, Criscuoli, De Bacci, Mastrosimone, Pastore Raf-

fae, Perrier, Prestisimone, Restagno, Sibille e Zelioli Lanzini.

Interviene l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica Tessitori.

PERRIER, Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Seguito della discussione e approvazione con modificazioni del disegno di legge d'iniziativa del deputato Borsellino: « Istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali » (539) (Approvato dalla Camera dei deputati).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge d'iniziativa del deputato Borsellino: « Istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali », già approvato dalla Camera dei deputati.

Ricordo che, nella passata seduta, la Commissione aveva, nella sua maggioranza, manifestato qualche perplessità circa l'approvazione del disegno di legge, specie nel testo trasmesso dalla Camera dei deputati.

ALBERTI. Non per riaprire la discussione, perchè sarebbe ozioso ed andrebbe contro la tradizione di serietà di questa Commissione, ma per mettere a fuoco alcuni problemi sui quali è stata richiamata la nostra attenzione dal collega Paolucci, che è direttore della clinica chirurgica di Roma e presidente della Associazione degli anestesisti, è bene riesaminare un po' la portata che assume il provvedimento in discussione.

Se non erro, la Commissione, nell'ultima seduta, si pronunciò favorevolmente al cri-

11^a COMMISSIONE (Igiene e sanità)15^a SEDUTA (14 luglio 1954)

terio informatore del disegno di legge; e non poteva essere altrimenti di fronte al progresso della scienza, di fronte alla considerazione che molti interventi chirurgici sono resi possibili solo dalla pratica dell'anestesia, e di fronte ad altre considerazioni di ordine morale e sociale. Però noi siamo legislatori e dobbiamo tener conto che questa Commissione è mista dal punto di vista delle competenze, cioè è tale che noi dobbiamo procedere ad una felice sintesi delle esigenze igienico-sanitarie o chirurgico-sanitarie, come in questo caso, con le esigenze di carattere economico dei singoli enti che sono chiamati a questo nuovissimo adempimento.

Ma procediamo anzitutto in un rapido giro d'orizzonte sulle categorie di ospedali interessati alla questione. Secondo il procedimento alla Leibniz, che resiste ancora, il metodo logico vuole — e Benedetto Croce ci ha confermato questa opinione — che prima che si stabilisca un adempimento da parte di chicchessia, si sappia come è questo adempimento o come questo adempimento sia proporzionato o meno all'ente il quale ad esso è chiamato.

Nulla da eccepire per gli ospedali di prima e seconda categoria, che, come noi sappiamo, sono chiamati ad accogliere il traumatizzato, il ferito di qualunque classe sociale, laddove l'ospedale di terza categoria, specialmente oggi che ci sono mezzi di trasporto molto rapidi (mi auguro che il medico condotto di domani possa spostarsi da un luogo all'altro in elicottero) ha delle limitazioni nel proprio campo di attività chirurgica, nonostante i capitoli dei singoli Comuni, che risalgono press'a poco alla costituzione del regno d'Italia.

Le prestazioni dell'ospedale di terza categoria sono limitate, in certo modo, statutariamente e in altro senso dalla necessità di far ricoverare il ferito o il traumatizzato grave, per evitargli maggiori danni, presso il più prossimo ospedale di prima o seconda categoria.

Chi di voi, per avventura, si trovasse ad aver notizia di un infortunato in seguito ad uno scontro automobilistico non consiglierebbe di ricoverare il traumatizzato presso un ospedale di prima o seconda categoria, anche se fosse dieci chilometri lontano piut-

tosto che ricoverarlo in un ospedale di terza categoria.

È chiaro pertanto che l'ospedale di terza categoria, sia per l'esiguità delle prestazioni di alta chirurgia, le quali comportano una speciale attrezzatura di anestesia, sia per altre ragioni evidenti, cioè per insufficienza di mezzi finanziari, vedrebbe di mal'occhio questa imposizione dall'alto. La nomina di un anestesista farebbe sì che gli altri medici non percepirebbero uno stipendio sufficiente, oppure gli ammalati non avrebbero addirittura la possibilità di sfamarsi.

Non so se la Commissione voglia prendere preliminarmente in esame questa che, secondo me e secondo altri colleghi — a quanto ho raccolto da conversari privati — è una condizione primaria e necessaria all'ulteriore benevolo esame del disegno di legge.

MASTROSIMONE. La questione dei medici anestesisti negli ospedali è dibattuta ormai da diversi anni, dopo che si è creata, come sapete, una Società di anestesia il cui compito principale è stato quello di evitare il più possibile che l'anestesia negli ospedali fosse effettuata da incompetenti o perlomeno da tecnici di scarso valore.

Facendo riferimento a questa azione della Società di anestesia e per il miglioramento nel prossimo futuro di quella che è la terapia chirurgica, è necessario che affrontiamo questo problema in tutta la sua vastità, e questo non perchè ce lo dica il professor Paolucci o chiunque altro, ma perchè necessità di carattere sanitario ce lo impongono.

In questa situazione bisogna contemperare un problema di carattere economico e un problema di dualismo di competenza. Per un ospedale di terza categoria il solo costo di una moderna attrezzatura per l'anestesia potrebbe significare un aggravio incalcolabile del bilancio; ed in secondo luogo sarebbe necessaria una *équipe* per l'anestesia, il che comporterebbe altre gravi spese. Io penserei perciò di limitare per adesso la portata del disegno di legge a tutte le cliniche ed agli ospedali di prima categoria; per gli ospedali di seconda categoria, che comprendono praticamente tutti gli ospedali provinciali, per ora non stabilirei niente dal punto di vista legislativo.

C'è poi un'altra questione, la probabilità cioè che sorgano problemi di dualismo, come dicevo sopra. Infatti il primario chirurgo che funzione ha rispetto al primario anestesista? È facile che sorga tra i due uno spirito di non collaborazione in quanto nessuno dei due vorrà sottostare all'altro, data la parità del grado. Per ovviare a tale inconveniente io pensavo che sarebbe opportuno fissare in questo disegno di legge la posizione del primario anestesista rispetto al primario chirurgo nel senso di dare al primo una veste di inferiorità — mi sia consentita l'espressione — rispetto al secondo. In questo modo, a mio parere, si eviterebbe ogni possibilità di interferenze fra i due primari.

ANGRISANI. Anche io desidererei portare in questo campo il modesto apporto della mia esperienza. In Italia siamo indiscutibilmente molto indietro in questo campo; in altri Paesi tali problemi non si pongono più perchè sono stati da tempo risolti. Io ricordo che durante il periodo dell'occupazione alleata si installò accanto al mio ospedale un ospedale inglese; ebbene i chirurghi inglesi mostravano le più alte meraviglie per il fatto che nel nostro ospedale non ci fosse l'anestesista. Perchè dunque noi vogliamo porre sin da oggi in questo provvedimento delle limitazioni a sfavore degli ospedali che appartengono alla seconda o alla terza categoria, quando dovremmo cercare di fare il possibile per riguadagnare il terreno perduto in questo campo negli anni passati? Saranno gli ospedali a decidere se rientrerà nelle loro possibilità il poter disporre o meno di una attrezzatura e di personale specializzato per l'anestesia. Perchè noi dovremmo approvare un disegno di legge che già *a priori* limita le eventuali iniziative dei singoli ospedali? Esistono tanti ospedali che, pur appartenendo alla terza categoria, sono così bene attrezzati e svolgono la loro attività in modo così perfetto che mi sembrerebbe semplicemente assurdo negare ad essi con una disposizione legislativa la possibilità di disporre anche dell'anestesista. Tutto al più si potrà conferire nel provvedimento una facoltà di autorizzazione da parte del Prefetto, dopo consultazione del medico provinciale, per gli ospedali delle categorie in-

feriori, ma non si può *a priori* proibire agli ospedali di attrezzarsi quanto più modernamente possibile.

Per quanto riguarda, poi, la seconda questione posta dal collega Mastrosimone, riconosco che trattando di tale argomento sorge spontaneo il dubbio se la coesistenza nello stesso ospedale di due primari non comporti una interferenza ed una possibilità di intralcio per lo svolgimento normale del lavoro dei due; io però penso che non c'è troppo da preoccuparsi perchè ogni ospedale ha il suo regolamento nel quale sono stabilite le mansioni dei vari sanitari, infermieri, ecc. Ora, gli ospedali aggiorneranno il loro regolamento per precisare la posizione ed i rapporti reciproci del primario chirurgo e del primario anestesista. L'importante è che questo disegno di legge sia approvato rapidamente.

PRESIDENTE. Se c'è qualcuno che in questa materia può parlare per esperienza personale credo che sia proprio io che, a distanza di quattro anni, ho subito due operazioni con due metodi di anestesia completamente diversi: antico l'uno, moderno l'altro. Io perciò posso personalmente affermare con cognizione di causa l'enorme progresso che si è fatto in questi ultimi anni e la sostanziale differenza che intercorre tra i metodi anestetici vecchi e quelli recentissimi. Perciò in via di massima non posso essere che favorevole al concetto ispiratore del disegno di legge. Credo che possiamo concordare pienamente con l'idea che l'anestesista venga introdotto negli ospedali facilitando di molto il compito al chirurgo e dando delle garanzie concrete ai pazienti ed ai loro familiari. Vorrei dire quasi che sarebbe sufficiente la differenza che c'è fra il risveglio del paziente dal trattamento anestetico vecchio e quello dopo il trattamento anestetico moderno per giustificare un atteggiamento più che favorevole verso un moderno servizio di anestesia.

Comunque io penso che poichè alla Camera dei deputati è stato introdotto all'articolo 1 un nuovo testo, in sostituzione dell'originario primo comma, nuovo testo che contiene la disposizione per lo meno strana dell'obbligo dell'assunzione per concorso dello anestesista nelle case di cura, sarebbe bene ritornare al

testo originario proposto dal deputato Borsellino. Do lettura del primo comma dell'articolo 1 nel testo originario dell'onorevole Borsellino: « Gli ospedali di prima categoria, quelli specializzati in branche chirurgiche a qualsiasi categorie appartengano, nonché quelli di seconda categoria con una disponibilità di posti-letto nei reparti chirurgici non inferiore a 100, nonché gli ospedali sanatoriali nei quali si pratica la chirurgia della tubercolosi polmonare, debbono avere posti adeguati in organico di anestesista in modo da assicurare un conveniente servizio di anestesia ». L'attività dell'anestesista è tanto importante che egli ha in mano il malato due giorni prima dell'intervento per praticare tutti gli esami necessari per il controllo delle varie attività fisiologiche (se è necessario il controllo ha inizio anche tre o quattro giorni prima dell'operazione); e poi, dopo l'operazione, l'anestesista continua i suoi controlli sullo stato post-operatorio del paziente. Io, come ho poc'anzi dichiarato, mi rendo perfettamente conto dell'importanza della funzione dell'anestesista; ma, a mio parere, l'anestesista non può essere a disposizione in tutti gli ospedali in quanto non tutti gli ospedali possono affrontare la spesa relativa. A questo inconveniente si potrebbe ovviare facendo spostare gli anestesisti, a richiesta, nei vari ospedali dove la loro opera si renda necessaria.

Comunque, io credo che per quanto riguarda il primo comma dell'articolo 1, adottando nuovamente la dizione proposta dall'onorevole Borsellino, che introduce per tutti gli ospedali che abbiano un reparto chirurgico e un determinato numero di posti-letto e per i tubercolosari che praticano la chirurgia polmonare l'obbligo di avere l'anestesista, potremmo accettare l'articolo 1 eliminando le incongruenze contenute nel primo comma dell'articolo 1 così come ci è stato trasmesso dalla Camera dei deputati.

Quanto al terzo comma dell'articolo 2, dove si parla della qualifica dei medici anestesisti, i quali possono essere primari, aiuti o assistenti, si tratta di una questione la cui regolamentazione dovrà essere demandata ai regolamenti interni degli ospedali. Io credo che in un campo così delicato come quello delle ope-

razioni chirurgiche sia necessaria una stretta collaborazione tra il primario chirurgo ed il primario anestesista.

BOCCASSI. Per ciò che attiene allo scopo che si prefigge il disegno di legge mi sembra ovvio che esso vada accolto, come del resto hanno oggi detto tutti i colleghi; e questo perchè è necessario regolare la funzione dell'anestesista moderno il quale dovrebbe essere presente in ogni sala chirurgica, di qualunque categoria.

Vorrei poi rispondere alle obiezioni che sono state sollevate sulla posizione del primario anestesista rispetto al primario chirurgo. A me sembra che non abbia ragione di esistere una simile preoccupazione da parte dei colleghi, poichè il chirurgo primario rimane sempre il dirigente del reparto chirurgico e quindi della sala operatoria, avvalendosi naturalmente dei vari servizi che l'ospedale gli può offrire come di quello dell'anestesista, del radiologo o di altri. Altrimenti si dovrebbe porre il problema anche per il primario radiologo che è già da tempo in funzione negli ospedali italiani.

SIBILLE. Quanto alla preoccupazione del dualismo fra i due primari, io sono del parere di fare un richiamo agli ospedali interessati, magari nello stesso provvedimento in esame, perchè provvedano a regolare i rapporti fra i due primari.

PRESIDENTE. Onorevoli Sibille, il comma secondo dell'articolo 2 del disegno di legge suona così: « L'istituzione nella pianta organica di medici anestesisti è fatta dalla Amministrazione ospedaliera con l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 17 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 ».

TESSITORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. Gli argomenti che ho sentito esporre in favore del ritorno al testo originario dell'onorevole Borsellino mi hanno persuaso che questo sia l'indirizzo più conforme alla possibilità di una realizzazione di questa novità nel campo ospedaliero. Io quindi dichiaro di essere favorevole al ritorno al testo originario.

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

15ª SEDUTA (14 luglio 1954)

PRESIDENTE. Se nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo ora alla discussione degli articoli di cui do lettura:

Art. 1.

Gli ospedali di qualsiasi categoria e le case di cura, nei quali si pratica la chirurgia, debbono avere posti adeguati in organico di anestesista in modo da assicurare un conveniente servizio di anestesia.

Il medico anestesista pratica direttamente sui malati sotto la propria responsabilità gli interventi per anestesia, sorvegliando l'andamento del trattamento; esprime il proprio motivato parere sulle condizioni del malato in relazione al trattamento anestesico in tutto quanto possa essere richiesto nei riguardi del servizio di anestesia.

A questo articolo avevo proposto — e l'Alto Commissario ha dichiarato di essere favorevole — un emendamento nel senso di sostituire la dizione del primo comma con quella originaria della proposta dell'onorevole Borsellino.

Tale comma è così formulato:

« Gli ospedali di prima categoria, quelli specializzati in branche chirurgiche a qualsiasi categoria appartengano, nonchè quelli di seconda categoria con una disponibilità di posti letto nei reparti chirurgici non inferiore a cento, nonchè gli ospedali sanatoriali nei quali si pratica la chirurgia della tubercolosi polmonare, debbono avere posti adeguati in organico di anestesista in modo da assicurare un conveniente servizio di anestesia ».

Pongo ai voti tale emendamento sostitutivo. Chi lo approva è pregato di alzarsi.

(È approvato).

Metto ora in votazione l'articolo con la modificazione testè approvata.

Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(È approvato).

Art. 2.

Fermo restando l'obbligo di cui al primo comma dell'articolo 1 le Amministrazioni ospedaliere, in relazione alle esigenze del servizio,

possono istituire nella pianta organica altri posti di medico anestesista.

L'istituzione nella pianta organica di medici anestesisti è fatta dall'Amministrazione ospedaliera con l'osservanza delle modalità previste dall'articolo 17 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

La qualifica di medici anestesisti, che possono essere primari, aiuti e assistenti, è disposta dalle Amministrazioni in relazione alle esigenze ospedaliere e della effettiva consistenza per relativo servizio da disciplinarsi dagli enti con speciale regolamento.

Per gli ospedali dipendenti da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza la relativa relazione deve essere approvata dal Comitato provinciale di assistenza e beneficenza pubblica sentito il Consiglio provinciale di sanità.

(È approvato).

Art. 3.

I medici anestesisti sono nominati in seguito a pubblico concorso, per titolo ed esame ai sensi delle disposizioni del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, salvo quanto dispongono il presente e i successivi articoli.

I concorsi vengono indetti con decreto dell'Alto Commissario con unico bando nazionale da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

L'Alto Commissario con proprio decreto stabilirà le modalità e i programmi relativi.

Entro il 10 gennaio di ciascun anno le Amministrazioni degli Istituti di cura trasmettono a mezzo del Prefetto all'Alto Commissariato elenco dei posti vacanti al 31 dicembre.

Le spese dei concorsi sono poste a carico delle Amministrazioni interessate e ripartite per metà in parti uguali e per metà in rapporto al numero dei concorrenti a ciascun posto.

A carico di ciascun concorrente è posta la tassa di lire 3.000.

ANGRISANI. La norma per la quale i concorsi vengono indetti con decreto dell'Alto Commissario e con unico bando nazionale, mentre fino ad oggi per i primari si facevano bandi provinciali, porterà maggiore serietà ai concorsi.

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

15ª SEDUTA (14 luglio 1954)

SIBILLE. Ritengo che i concorsi con unico bando nazionale possano presentare degli inconvenienti. Un medico che si trova bene in un piccolo ospedale di provincia potrebbe venir trasferito in un grande centro, o potrebbe trovarsi nella condizione di dovere andare dal Piemonte alla Sicilia o viceversa. Creiamo insomma una situazione analoga a quella che si è determinata per i maestri elementari. È capitato a me di conoscere in Val di Susa un maestro elementare venuto dalla Sicilia che è dovuto andar via, se non altro perchè non riusciva a comprendersi, non dico con i ragazzi, ma neanche con i genitori.

ANGRISANI. Il collega Sibille, nuovo di questa Commissione, non ha forse esperienza in materia di concorsi ospedalieri. In questa Commissione ci siamo battuti per la moralizzazione di questi concorsi; e pertanto mi sono congratolato poco fa implicitamente con l'Alto Commissario perchè finalmente si porta una vera innovazione in materia.

Per concorso nazionale inoltre deve intendersi non tanto che si concorre per qualsiasi località della Nazione, ma che gli esami si devono fare a Roma; libero ciascun medico di concorrere per l'ospedale che più gli aggrada.

ZELIOLI LANZINI. Ricordo ai colleghi una discussione che si è svolta recentemente in occasione dell'approvazione di un disegno di legge sui concorsi ospedalieri. Furono allora prospettate le difficoltà che insorgono per un concorso a carattere nazionale, tanto è vero che si è ritenuto, in quel disegno di legge, di modificare le disposizioni del 1938 per quanto riguarda gli intendenti e i vice-intendenti degli ospedali. Si ritenne inopportuno allora sottrarre alle Amministrazioni locali la prerogativa di espletare il concorso nella propria giurisdizione e di vagliare i titoli degli aspiranti ad assumere la direzione o la vice direzione di un ospedale. Queste ragioni sussistono ancora.

Non intendo scompaginare l'articolo in esame, ma voglio ancora prospettare le difficoltà che accennammo allora, e che superammo mediante una disposizione transitoria che avviava agli inconvenienti derivanti dalla norma del 1938.

TESSITORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. I miei predecessori avevano fatto queste osservazioni: « Per quanto riguarda infine la nomina degli anestesisti non si concorda sull'opportunità di applicare per tale nomina le norme generali previste dal regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, per i direttori sanitari, in luogo di quelle stabilite dallo stesso decreto per il personale sanitario. Sembrerebbe più semplice, ai fini dell'immediata applicazione della legge, che le Amministrazioni ospedaliere interessate, mano mano che adeguano i rispettivi organici alle disposizioni della legge in parola, provvedano esse stesse alla indizione dei pubblici concorsi, osservando le norme vigenti per i posti di specialista. Solo potrebbe ammettersi, qualora fosse ritenuto esiguo il numero degli attuali specialisti in materia (e forse questa è la ragione che giustifica questa proposta di concorso nazionale) e sempre che l'anestesia sia compresa tra le specialità ufficialmente riconosciute, una temporanea deroga all'articolo 47 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631 ». La lettera c) di questo articolo parla dei requisiti per essere ammessi al concorso di primario ospedaliero e dice: « Per le specialità ufficialmente riconosciute, oltre i requisiti sopra indicati, occorre il possesso dei requisiti di cui all'articolo 178 del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore del 31 agosto 1933, n. 1592 ».

Pertanto il Governo non è contrario acché questi concorsi vengano indetti dalle Amministrazioni locali. In tal caso bisognerà però aggiungere che ciò si fa in deroga alla lettera c) dell'articolo 47 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631.

SIBILLE. Alle considerazioni da me già svolte vorrei aggiungerne un'altra. Nella formulazione delle leggi noi dobbiamo seguire criteri logici. Oggi abbiamo la tendenza a decentrare i più vari poteri alle Amministrazioni locali; approvando l'articolo così com'è approveremo una norma in contraddizione con questa tendenza. Pertanto ritengo che l'articolo debba essere emendato.

PRESIDENTE. Sia che il concorso venga bandito dalle Amministrazioni locali sia che

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

15ª SEDUTA (14 luglio 1954)

venga indetto dall'Alto Commissariato, ad esso potranno partecipare gli specialisti di tutta Italia. Però, se il concorso sarà bandito dalle Amministrazioni locali, potranno essere coperti più facilmente i posti che si renderanno via via disponibili senza dovere attendere il 10 gennaio di ciascun anno. Mi sembra che la norma così come è porti una eccessiva burocratizzazione in materia.

ANGRISANI. Io insisto sulla necessità di moralizzare i concorsi ospedalieri, e la norma dell'articolo 3 mi sembra adatta allo scopo.

PRESIDENTE. Procediamo ora alla votazione dell'articolo 3 per commi separati.

Do lettura del primo comma:

I medici anestesisti sono nominati in seguito a pubblico concorso, per titolo ed esame ai sensi delle disposizioni del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, salvo quanto dispongono il presente e i successivi articoli.

Lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(È approvato).

Do lettura del secondo comma:

I concorsi vengono indetti con decreto dell'Alto Commissario con unico bando nazionale da pubblicarsi nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

Il senatore Sibille ha presentato il seguente emendamento sostitutivo dell'intero comma:

«I concorsi vengono indetti ad iniziativa delle singole Amministrazioni ospedaliere».

Lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(Dopo prova e controprova, è approvato).

Do lettura del terzo comma:

L'Alto Commissario, con proprio decreto, stabilirà le modalità e i programmi relativi.

Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(È approvato).

Do lettura del quarto comma:

Entro il 10 gennaio di ciascun anno le Amministrazioni degli Istituti di cura trasmettono a mezzo del Prefetto all'Alto Commissariato elenco dei posti vacanti al 31 dicembre.

In conseguenza dell'approvazione dell'emendamento sostitutivo del secondo comma il quarto comma dell'articolo è soppresso.

(Così resta stabilito).

Do infine lettura del quinto e del sesto comma, dei quali propongo la soppressione:

Le spese dei concorsi sono poste a carico delle Amministrazioni interessate e ripartite per metà in parti uguali e per metà in rapporto al numero dei concorrenti a ciascun posto.

A carico di ciascun concorrente è posta la tassa di lire 3.000.

Chi approva tale proposta è pregato di alzarsi.

(È approvata).

Metto ai voti l'articolo 3 nel suo complesso nel testo modificato. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(È approvato).

Art. 4.

La Commissione giudicatrice dei concorsi di cui al precedente comma è nominata dall'Alto Commissario ed è costituita:

a) di un rappresentante delle Amministrazioni interessate al concorso (presidente);

b) di un funzionario medico dell'Alto Commissariato di grado non inferiore al VII;

c) di un professore di Università di una delle materie attinenti fisiologia, biochimica, farmacologia;

d) di un primario chirurgo ospedaliero;

e) di un anestesista scelto dall'Amministrazione da una terna di nomi proposti dalla Società italiana di anestesologia.

ZELIOLI LANZINI. Faccio osservare che, nel precedente articolo, è stato approvato il principio che i concorsi saranno banditi dalle

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

15ª SEDUTA (14 luglio 1954)

Amministrazioni locali. Nel primo comma dell'articolo 3 abbiamo anche fatto richiamare al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, il quale prevede Commissioni provinciali nominate dal Prefetto. Penso quindi che sarebbe opportuno modificare il primo comma di questo articolo il quale stabilisce che la Commissione è nominata dall'Alto Commissario.

TESSITORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. Faccio osservare che il primo comma dell'articolo 3 si richiama al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1631, ma aggiunge, «salvo quanto dispongono il presente e i successivi articoli».

Del resto formalmente già io firmo tutti i decreti di nomina di Commissioni per i concorsi ospedalieri.

ZELIOLI LANZINI. Non insisto.

PRESIDENTE. Propongo che invece di dire: «dei concorsi di cui al precedente comma è nominata dall'Alto Commissario ed è costituita:

a) di un rappresentante delle Amministrazioni interessate al concorso (presidente)»; si dica:

«del concorso è nominata dall'Alto Commissario ed è costituita:

a) di un rappresentante dell'Amministrazione interessata al concorso (presidente);

BOCCASSI. Io dichiaro di astenermi dalla votazione dell'articolo 4.

ZELIOLI LANZINI. Anche io dichiaro di astenermi dalla votazione di questo articolo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo 4 fino alla fine della lettera a) nel testo da me proposto.

Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(È approvato).

Metto ai voti l'intero articolo nel testo testè modificato.

Chi l'approva è pregato d'alzarsi.

(È approvato).

Art. 5.

Per un periodo di cinque anni dalla pubblicazione della presente legge potranno partecipare ai concorsi indicati nell'articolo 3 i sanitari che pur essendo sprovvisti di titolo di specialista dimostrino di essersi ininterrottamente dedicati al servizio di anestesia da almeno quattro anni presso cliniche universitarie o ospedali pubblici particolarmente attrezzati per la chirurgia.

(È approvato).

Art. 6.

La Commissione definitiva dopo cinque anni dalla entrata in vigore della presente legge sarà composta:

1° presidente, presidente dell'Amministrazione ospedaliera o persona di fiducia da lui designata;

2° un anestesista libero docente;

3° un dirigente servizio anestesia;

4° un chirurgo primario ospedaliero;

5° un membro designato dall'Alto Commissario.

PERRIER. Penso che sarebbe bene sopprimere questo articolo.

TESSITORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. La differenza fra le due Commissioni è data dal presupposto da cui parte il proponente e cioè che non ci siano in Italia molti medici specializzati in anestesia. Ecco perchè egli ragiona in questo modo: intanto costituiamo delle Commissioni che siano composte come tutte le Commissioni annuali per i concorsi ospedalieri; di qui a cinque anni si formerà un gruppo notevole di anestesisti e da esso si trarranno gli elementi per costituire una Commissione definitiva.

ZELIOLI LANZINI. Ma non possiamo prevedere il futuro!

CRISCUOLI. In verità in Italia non c'è un numero così esiguo di anestesisti: molti giovani intelligenti hanno già scelto questa strada appunto in previsione dell'importanza che essa avrebbe sempre più assunto.

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

15ª SEDUTA (14 luglio 1954)

SIBILLE. Io mi associo alla proposta del senatore Perrier, che l'articolo 6 sia soppresso.

PRESIDENTE. Metto ai voti la proposta di soppressione dell'articolo 6.

Chi l'approva è pregato di alzarsi.

(È approvata).

Metto ora ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

ANGRISANI. Dichiaro di votare a favore di questo disegno di legge perchè l'obiettivo che mi proponevo era proprio quello che le

Commissioni venissero nominate dall'Alto Commissario e non dalle Amministrazioni ospedaliere.

PRESIDENTE. Chi approva il disegno di legge nel suo complesso è pregato di alzarsi.

(È approvato).

La seduta termina alle ore 11,45.

Dott. MARIO CARONI

Direttore dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari.