

# SENATO DELLA REPUBBLICA

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

(Igiene e sanità)

MERCOLEDÌ 23 GIUGNO 1954

(13<sup>a</sup> Seduta in sede deliberante)

Presidenza del Presidente **BENEDETTI**

### INDICE

#### Disegni di legge:

« Modifica all'articolo 281 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 » (517) (D'iniziativa del senatore Braschi) (Discussione e rinvio):

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 167, 169
BOCCASSI . . . . .	168
LORENZI . . . . .	169
TESSITORI, Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica . . . . .	168
TIBALDI . . . . .	168
ZELIOLI LANZINI . . . . .	169

« Istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali » (539) (D'iniziativa del deputato Borsellino) (Approvato dalla Camera dei deputati) (Discussione e rinvio):

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 169, 172
BOCCASSI . . . . .	170
LORENZI . . . . .	171
MASTROSIMONE . . . . .	171
SANTERO . . . . .	169
TESSITORI, Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica . . . . .	172
TIBALDI . . . . .	171
ZELIOLI LANZINI . . . . .	172

La seduta è aperta alle ore 10.

Sono presenti i senatori: Alberti, Artiaco, Benedetti, Boccassi, Calauti, Criscuoli, De Bacci, Lorenzi, Mastrosimone, Pastore Raffaele, Sibille, Tibaldi e Zelioli Lanzini.

A norma dell'articolo 25, ultimo comma, del Regolamento, è presente il senatore Santero.

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

PERRIER, Segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

**Discussione e rinvio del disegno di legge d'iniziativa del senatore Braschi: « Modifica all'articolo 281 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 » (517).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge d'iniziativa del senatore Braschi: « Modifica all'articolo 281 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 ».

Questo disegno di legge in sostanza riproduce la norma che il senatore Braschi aveva proposto con l'articolo 4 del disegno di legge: « Modifica agli articoli 10, 34, 36 del regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, e all'articolo 6 del testo unico approvato con regio decreto 14 settembre 1931, n. 1175 », da noi approvato nel dicembre scorso e divenuto poi legge 26 aprile 1954, n. 251.

Come i colleghi ricorderanno, l'Alto Commissario pregò di accantonare il problema dei tu-

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

13ª SEDUTA (23 giugno 1954)

bercolotici non assistiti in quanto il Governo si proponeva di presentare un organico disegno di legge sulla materia. La Commissione aderì alla proposta e stralcìò l'articolo 4 dal disegno di legge.

Ora l'onorevole Tessitori ha fatto sapere alla Presidenza della Commissione che il Governo è costretto ad opporsi all'approvazione del disegno di legge in esame perchè esso porrebbe l'Alto Commissariato davanti ad un problema gravissimo, quello cioè di dover improvvisamente far fronte ad un onere di 12 miliardi. Si dovrebbe sentire, in ogni caso, il parere della 5ª Commissione.

Dichiaro aperta la discussione generale.

TIBALDI. Ricordo che quando abbiamo discusso il disegno di legge n. 163 è risultato evidente che i casi particolarmente controversi sono proprio quelli che riguardano i tubercolotici e specialmente i pleuritici, che nessuno cura. L'Alto Commissario aveva promesso che avrebbe presentato in breve spazio di tempo un progetto di legge in proposito; dov'è questo disegno di legge?

TESSITORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. L'Alto Commissariato ha elaborato un disegno di legge sul problema del pagamento delle rette di ospedalità dovute per i ricoveri d'urgenza dei tubercolotici. Questo disegno di legge è pronto da tempo ed è stato inviato fin dal marzo scorso ai Ministeri interessati. Appena possibile sarà presentato al Parlamento. Spero in questi giorni di poterlo portare al Consiglio dei ministri per l'approvazione.

Per quanto riguarda il disegno di legge che propone il senatore Braschi debbo fare alcune considerazioni negative di carattere generale.

Come ebbi a dire in occasione della discussione del disegno di legge n. 163, dalla formulazione dell'articolo 1 sembra ignorato il fatto che i Consorzi antitubercolari sono enti autonomi, con competenza territoriale limitata alle singole province, sono Consorzi costituiti dall'Amministrazione provinciale e dai Comuni, e, se sono autonomi, l'autonomia è inconcepibile se non è innanzi tutto autonomia di mezzi.

Il concetto di integrazione del bilancio dei Consorzi antitubercolari si è stranamente allargato per cui si pensa che l'integrazione possa arrivare a coprire gran parte delle spese dei Consorzi; mentre invece il concetto di integrazione, come dice la parola stessa, dovrebbe rappresentare l'intervento dello Stato per una percentuale sui bilanci che non superi un massimo. Potrà essere il 10 per cento, ma non possiamo arrivare a considerare integrazione la richiesta del 70 per cento avanzata da alcuni Consorzi! Tanto varrebbe che i Consorzi si trasformassero in organi periferici dell'Amministrazione dello Stato.

Altra ragione ancora più seria e grave è questa: la disposizione dell'articolo 2 applica il meccanismo dell'articolo 1 anche ai debiti arretrati dei Consorzi antitubercolari. Non ho una statistica precisa, ma credo di non essere lontano dalla verità se affermo che i debiti assommano a parecchi miliardi. Sorge allora il problema della copertura, ammesso che la Commissione ritenga di approvare questo disegno di legge. Il bilancio dell'Alto Commissariato, che è inserito in quello del Ministero del tesoro, contiene delle voci che devono essere soddisfatte secondo la legge del bilancio. Dove l'Alto Commissariato può trovare i mezzi per soddisfare gli oneri che deriverebbero dall'approvazione di questo disegno di legge? Questo è il punto base sul quale richiamo l'attenzione della Commissione.

Per questi motivi non posso che dichiararmi contrario all'approvazione del disegno di legge.

BOCCASSI. A me sembra che il problema delle ospedalità e delle condizioni in cui versano gli ospedali e le organizzazioni ospedaliere sia di una tale gravità da non consentirci il rigetto puro e semplice del disegno di legge, anche perchè si darebbe una cattiva impressione al Paese e soprattutto agli amministratori ospedalieri che hanno richiesto questo provvedimento. Infatti in ogni loro assemblea regionale o nazionale essi reclamano un aiuto da parte dello Stato per poter mettere in efficienza le loro amministrazioni. Quindi, a mio avviso, non dobbiamo limitarci ad una reiezione del disegno di legge a causa della mancanza di fondi. Sarebbe invece opportuno raccoman-

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

13ª SEDUTA (23 giugno 1954)

dare alla Presidenza di esaminare la questione della copertura di concerto con il Ministero del tesoro in attesa del parere della 5ª Commissione. Nel frattempo il Governo potrebbe presentare il disegno di legge che ha annunciato e la Commissione potrebbe decidere sull'opportunità di invitare il senatore Braschi a ritirare il disegno di legge oggi al nostro esame.

ZELIOLI LANZINI. Anch'io penso che si potrebbe arrivare ad una soluzione intermedia. Anzichè respingere questo disegno di legge, se ne potrebbe sospendere la discussione in attesa della presentazione del disegno di legge governativo che eventualmente potrebbe essere coordinato con questo.

LORENZI. A me pare che la proposta del senatore Zelioli Lanzini, che completa quella del senatore Boccassi, potrebbe essere risolutiva. Noi potremmo rinviare la discussione del disegno di legge del senatore Braschi e nello stesso tempo presentare a nome della Commissione un ordine del giorno allo scopo di accelerare la presentazione, da parte del Governo, del disegno di legge sulle rette ospedaliere per il ricovero d'urgenza dei tubercolotici. L'ordine del giorno potrebbe essere così formulato: « L'11ª Commissione del Senato, dopo ampia discussione sul disegno di legge 517, mentre rimanda il seguito ad una prossima seduta, fa voti che l'Alto Commissariato per la sanità voglia accelerare la presentazione del progetto di legge riguardante le rette ospedaliere di urgenza dei tubercolotici per addivenire ad una discussione unica su una materia particolarmente sensibile e interessante ».

PRESIDENTE. Se nessuno domanda di parlare metto ai voti l'ordine del giorno del senatore Lorenzi. Chi l'approva è pregato di alzarsi.

*(È approvato).*

Se non si fanno osservazioni il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

*(Così rimane stabilito).*

**Discussione e rinvio del disegno di legge d'iniziativa del deputato Borsellino: « Istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali » (539)**  
*(Approvato dalla Camera dei deputati).*

PRESIDENTE. Segue all'ordine del giorno la discussione del disegno di legge d'iniziativa del deputato Borsellino: « Istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali », già approvato dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale.

SANTERO. Ringrazio la Commissione, a cui sono legato da motivi spirituali ed affettivi, dell'ospitalità.

Premetto di non essere stato sollecitato da nessuna associazione di chirurghi; ho soltanto letto il disegno di legge e mi sono meravigliato che sia stato approvato dalla 1ª Commissione della Camera dei deputati. Un tale disegno di legge può essere approvato soltanto da incompetenti della vita sanitaria, oppure esclusivamente per motivi di ordine sociale.

Comunque, prima di esaminare questo disegno di legge bisogna risolvere una questione pregiudiziale: se cioè un chirurgo debba essere un semplice tecnico di medicina operatoria o se debba continuare ad essere un clinico chirurgo; in questo secondo caso deve avere una vasta conoscenza in ematologia chirurgica e in clinica chirurgica anche se poi è specializzato in un solo ramo.

Altra questione: tra chirurgo ed anestesista deve essere il chirurgo a giudicare sulla operabilità o meno o deve essere l'anestesista?

Premesso che nella maggior parte dei casi gli anestesisti sono tutti giovani con tre o quattro anni di laurea, mentre la diagnosi sulla operabilità richiede una lunga esperienza, accade normalmente che il chirurgo chieda il parere del collega internista prima di operare, e l'anestesista entra in scena quando già è decisa l'operabilità del paziente. Allora il chirurgo, che è quello che distribuisce le mansioni tra i suoi collaboratori, chiama l'anestesista che decide il metodo di anestesia più adatto al caso, pur essendo sempre il chirurgo che ne risponde. È il primario chirurgo che deve rispondere sempre di tutto quello che può

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

13ª SEDUTA (23 giugno 1954)

accadere nel suo reparto: nell'anestesista il chirurgo deve quindi soprattutto vedere un collaboratore che da lui dipenda e che goda la sua fiducia.

Ridurre l'opera del chirurgo all'abilità tecnica operatoria potrebbe essere utile in alcuni casi, ma non per il servizio degli ospedali. Il primario chirurgo, ripeto, deve avere la responsabilità di ciò che può accadere nell'ospedale. Per quanto riguarda le case di cura private — per conto mio non ho mai fatto un'operazione nelle case di cura private ed in verità non sono particolarmente favorevole a difenderle — questo disegno di legge è un non senso maggiore. Sarebbe stato già molto stabilire che tutte le case di cura private avessero un anestesista specializzato, quando non esiste una legge che stabilisca che il chirurgo di una casa di cura privata dev'essere in possesso del diploma di specializzazione in chirurgia. Un semplice medico, com'è noto, può essere infatti autorizzato a fare il chirurgo ed a dirigere case di cura private. È logico che si pensi, se mai, a garantire la specializzazione del chirurgo, che ha senza dubbio una ben più grave responsabilità del suo collaboratore anestesista.

Ma dire che questo anestesista, oltre ad essere specializzato, deve essere assunto per pubblico concorso è troppo! Se ho la facoltà di aprire una casa di salute, di fare della chirurgia, di nominare i collaboratori che voglio — non c'è una legge che lo impedisca — non vedo per qual motivo proprio l'anestesista debba essere nominato per pubblico concorso; e un non senso. O il concorso è una burla, ed allora il chirurgo si sceglierà un anestesista di sua fiducia, o è una cosa seria, ed allora il chirurgo si vedrà cambiare il suo anestesista di fiducia con un altro che non conosce, nominato in seguito a concorso pubblico.

È evidente che tutti i chirurghi hanno interesse di avere un buon anestesista perchè se vogliono avere una clientela debbono dare affidamento di un servizio che garantisca una certa sicurezza. Ogni clinica privata, se è degna veramente di questo nome, si provvede subito di un anestesista di fiducia.

In conclusione direi che anche questa iniziativa, come tutte le cose nuove, deve avere la sanzione dell'esperienza. Vi è stato un momen-

to — qualche anno fa, ad esempio — in cui si è creduto che un nuovo metodo di anestesia potesse rivoluzionare la chirurgia, potesse portare la salvezza di tutti i pazienti e che la chirurgia potesse cambiare indirizzo; ma in sostanza ciò non è avvenuto. Si è fatta della chirurgia con maggiore comodità del chirurgo e con minore rischio per il paziente, ma per quanto riguarda l'indirizzo generale non si può dire che sia più facile oggi compiere interventi di notevole portata.

Io ritengo che lo scopo principale di questo disegno di legge sia quello di andare incontro alla grande massa degli specializzati. Ed è giusto che noi cerchiamo di fare tutto il possibile per questa categoria anche nell'interesse dei pazienti; ma imporre per legge dove essi debbano andare non mi sembra esatto, e soprattutto dobbiamo evitare che l'anestesista possa non dipendere dal primario della clinica chirurgica. Sono pertanto contrario al disegno di legge.

BOCCASSI. Non si può disconoscere che i moderni mezzi di anestesia suggeriscano dei nuovi criteri di fronte al paziente da operare e soprattutto il criterio di usare un determinato sistema di anestesia a seconda del tipo di ammalato da operarsi. Non si può disconoscere inoltre che l'anestesista oggi è il miglior collaboratore del chirurgo e chi sa, come il collega Santero, quello che si fa nelle sale operatorie, si rende benissimo conto che il chirurgo, in determinati casi, non può seguire contemporaneamente l'operazione ed il paziente anestetizzato. Io credo che il motivo ispiratore di questo disegno di legge, come possiamo rilevare dal titolo stesso, sia stato quello di riconoscere uno stato giuridico a questa categoria e non lasciarla in balia di se stessa per quanto riguarda la sua posizione nell'organico ospedaliero. Riconosciamo o no questa esigenza?

Indubbiamente però l'istituzione di un servizio di anestesia negli ospedali prelude ad un'altra legge: quella per l'istituzione di una cattedra universitaria di anestesia. Su tutto questo avrei desiderato maggiori lumi e specialmente sulla questione specifica dello stato giuridico degli anestesisti presso le Amministrazioni ospedaliere.

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

13ª SEDUTA (23 giugno 1954)

MASTROSIMONE. Nonostante sia perfettamente d'accordo sull'opportunità di respingere il disegno di legge, devo tuttavia osservare che qualche espressione del collega Santero circa il progresso della chirurgia mercè l'aiuto dell'anestesia moderna controllata, è inesatta. Io ricordo che fino a qualche anno fa sul polmone operavano soltanto pochi maestri stranieri ed i chirurghi tedeschi, la qual cosa non è più oggi, epoca in cui la chirurgia ha fatto grandi passi. Se si può asportare l'intero polmone, se si agisce sul pericardio ciò si deve proprio al progresso dell'anestesia chirurgica. Credo che su questo siamo tutti d'accordo.

Per quanto riguarda lo stato giuridico degli anestesisti ritengo che l'avvio sia stato dato dall'ultimo congresso che si è tenuto a Torino dove si è parlato dell'istituzione di una cattedra di anestesologia.

Comunque per me è evidente la necessità di respingere il disegno di legge perchè non possiamo sfrondare il grande albero della chirurgia per dare una veste propria ad uno dei suoi rami.

TIBALDI. Alle considerazioni fatte dai colleghi Santero e Mastrosimone non avrei niente da aggiungere.

Desidero però fare un'osservazione di ordine pratico. Oggi in tutte le cliniche il chirurgo ha un proprio anestesista; negli ospedali uno degli assistenti va per un certo periodo di tempo presso una clinica ad apprendere i sistemi moderni di anestesia, dato il suo intimo legame con la chirurgia moderna; le case di cura private avranno un anestesista che si sposterà da una casa di cura all'altra, ma se noi obblighiamo i piccoli ospedali ad assumere un anestesista, a parte i conflitti che sorgerebbero tra l'assistente e l'anestesista, il chirurgo e l'anestesista, che poi sarebbe un primario, vi è da fare una considerazione di carattere finanziario: come potrebbero i piccoli ospedali sostenere l'onere di un nuovo primario che fra l'altro vedrebbero al massimo due volte la settimana, perchè normalmente si opera due volte la settimana? Il disegno di legge quindi, dal lato pratico, non ovvierebbe a nulla.

D'altra parte dobbiamo tener presente che i progressi nel campo dell'anestesia sono seguiti praticamente anche oggi perchè è inte-

resse del chirurgo avere il massimo di sicurezza.

LORENZI. Ho sentito accennare all'istituzione di una cattedra di anestesia. Il problema è completamente diverso dall'istituzione del primariato di anestesia.

A mio avviso l'istituzione della cattedra di anestesia non potrebbe essere che accettata a braccia aperte. È attraverso la cattedra, infatti, che possiamo controllare i progressi nel campo scientifico; sono ancora troppo poche le cattedre in relazione al progresso della medicina. La medicina, in quest'ultimo scorcio di secolo, ha fatto dei progressi veramente strabilianti. Pertanto mentre approvo pienamente l'eventuale istituzione della cattedra di anestesia, sono dell'avviso che bisogna mantenere il concetto unitario della medicina. È necessario che una persona faccia il lavoro di sintesi dopo aver preso visione e dopo aver vagliato tutti gli esami clinici possibili. Il biochimico, il radiologo, non ci daranno mai un quadro completo dell'ammalato; ci vuole un uomo che, attraverso una indagine clinica, faccia la sintesi di tutti i dati.

Notevole importanza ha soprattutto la scelta dell'ammalato da operare. E al chirurgo spetta la decisione, la responsabilità, perchè è il chirurgo che, in seguito a varie indagini, può dire: questo si opera o non si opera. Non dimentichiamo che nel pubblico vi è la tendenza molto diffusa a ritenere che il malato morto sul tavolo operatorio, subito dopo l'intervento chirurgico, sia morto per colpa del chirurgo.

La colpa quindi sarà sempre del chirurgo, non dell'anestesista e del collaboratore. Perciò ogni divisione di responsabilità credo sia veramente dannosa.

Indubbiamente il chirurgo sarà un bravo chirurgo se sceglierà i suoi collaboratori tra i più diligenti e di sua personale fiducia perchè possano essergli veramente di aiuto; non gli si può quindi mettere accanto un primario anestesista che non conosce e che fra l'altro non potrebbe essere presente a tutte le operazioni: l'anestesista infatti potrebbe dare uno sguardo generale ai malati da operare perchè di operazioni negli ospedali se ne fanno a decine in un giorno; e molto probabilmente dovrebbe richiedere l'aiuto di altre persone.

11ª COMMISSIONE (Igiene e sanità)

13ª SEDUTA (23 giugno 1954)

Essendo contrario, come ho già detto, ad ogni suddivisione di responsabilità, che ritengo veramente deleteria, sono contrario al disegno di legge.

PRESIDENTE. Mi sembra che i giudizi espressi dai colleghi siano generalmente orientati nel senso di respingere il disegno di legge.

ZELIOLI LANZINI. Ritengo che non sia opportuno respingere *sic et simpliciter* un disegno di legge già approvato dalla Camera; fra l'altro non abbiamo neanche nominato il relatore. Confermo tuttavia la mia opposizione al provvedimento.

TESSITORI, *Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica*. Poichè, come ha accennato il senatore Zelioli Lanzini, ci troviamo di fronte ad un disegno di legge approvato dalla Camera dei deputati, sarei del parere di non respingerlo senza aver seguito la tradizionale procedura, per un senso di riguardo verso l'altro ramo del Parlamento.

PRESIDENTE. La discussione generale può considerarsi chiusa. Nella prossima seduta sentiremo quanto crederà di dire alla Commissione l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica e poi passeremo al voto.

Quanto al richiamo alla procedura, ricordo all'onorevole Tessitori e al senatore Zelioli Lanzini, che nessuna norma del nostro Regolamento impedisce alla nostra Commissione di decidere anche oggi stesso su questo disegno di legge. Comunque, accedendo al desiderio espresso dal senatore Zelioli Lanzini e dall'Alto Commissario, rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

*La seduta termina alle ore 10,45.*

Dott. MARIO CARONI

Direttore dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari