CAMERA DEI DEPUTATI N. 1956

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del Deputato SPINELLI

Presentata il 19 dicembre 1964

Norme sul servizio di anestesia negli ospedali italiani

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La legge 9 agosto 1954, n. 653, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 18 agosto 1954, n. 188, gettava le basi per la costituzione di un servizio di anestesia negli ospedali italiani, eliminando così la grave lacuna esistente, seguendo l'esempio di quanto già da molti lustri esisteva nei paesi anglosassoni, scandinavi, dove la pratica dell'anestesia era effettuata da specialisti qualificati ed inquadrati in organici gerarchicamente uguali a quelli dei medici, dei chirurghi e degli altri specialisti.

Questa legge costituì un notevole progresso tecnico e sociale in quanto stabilì che le pratiche anestetiche e di assistenza intra e postoperatoria fossero affidate non al più giovane ed inesperto degli assistenti (quando non addirittura ad un infermiere o ad una suora), ma a medici specializzati, compiutamente addestrati in apposite scuole universitarie di specializzazione che sorsero, numerose e prospere nei principali atenei.

Detto provvedimento, giustamente, in questa prima fase, lasciava alle amministrazioni ospedaliere la libertà e la facoltà di creare, secondo i propri criteri e le proprie esigenze di lavoro, gli organici dei servizi di anestesia, cioè di valutare sia il numero degli specialisti in anestesia ritenuti necessari, sia la loro gerarchia.

La legge istitutiva dei servizi di anestesia negli ospedali, prevedeva infatti che vi fossero posti « adeguati » di anestesista in organico e che gli anestesisti potessero « essere primari, aiuti ed assistenti ».

A dieci anni di distanza dalla promulgazione e dalla applicazione di questa legge, le esigenze di prestazioni anestesiologiche da un lato sono molto aumentate, dall'altro i criteri di giudizio adottati di volta in volta dalle varie amministrazioni ospedaliere nello stabilire quantitativamente e qualitativamente gli organici, sono stati assai diversi e difformi, forse anche perché talvolta essi sono stati influenzati da visioni personali, da particolari contingenze ambientali, a tutto discapito della efficacia del servizio e, in definitiva, dei pazienti ricoverati negli ospedali.

Infatti, accanto a poche amministrazioni provvedute e lungimiranti che hanno creato veri e funzionali servizi di anestesia simili a quelli stranieri, rileviamo che la maggior parte di esse, spinte forse da criteri di economia o da evidenti interessi economici contrastanti hanno creato servizi di anestesia non certo « adeguati » (come la legge prescrive) ma limitati e poco funzionali.

Valgano, come esemplificazione, gli organici attuali negli ospedali riuniti di Roma, dove per ben sette ospedali è stato istituito un servizio che comprende circa 44 assistenti (insufficienti alle necessità) dei quali i tre quarti, da anni, sono interini in attesa di concorso, di quattro aiuti tutti interini (dei quali

uno deve provvedere a ben quattro ospedali), infine da un unico primario: oppure gli organici degli ospedali di S. Maria Nuova di Firenze o degli ospedali di Milano o di Genova dove non esistono primari.

L'efficienza di tali servizi per la pubblica salute è di importanza vitale. I compiti dei servizi di anestesia e rianimazione si estendono sempre maggiormente: gli specialisti di tali servizi, infatti, sono oramai chiamati non solo per effettuare le anestesie nelle sale operatorie, ma anche per praticare esami diagnostici come bronco-esofago-gastroscopie, esami contrastografici, esami diagnostici speciali da effettuarsi in anestesia generale, terapie di schok, terapie del sonno; infine ad essi è affidata la organizzazione dei vitali centri di rianimazione che in numero sempre maggiore vengono organizzati nei principali ospedali. Si avverte oggi, pertanto, impellente, la esigenza di completare ed adeguare alle nuove esigenze la legge del 1954, soprattutto definendo con precisione gli organici necessari per i servizi di anestesia in rapporto alle reali esigenze di lavoro degli ospedali di varie categorie.

L'emanazione di precisi principî regolatori ai quali le amministrazioni ospedaliere si dovranno attenere, eliminerebbe le numerose situazioni di disparità, invoglierebbe i giovani neolaureati ad abbracciare le nuove specialità, assicurerebbe una adeguata sicurezza agli specialisti attualmente in servizio, in una parola migliorerebbe l'efficienza e la funzionalità dei servizi ospedalieri, garantendo alla cittadinanza l'uniformità organizzativa di un servizio pubblico di così alto valore sociale come il servizio di anestesia e di rianimazione.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Ogni singolo ospedale (e per singolo ospedale si intende ogni distinta unità ospedaliera anche se facente parte di una unica amministrazione) di prima e seconda categoria, con degenze di chirurgia o di specialità chirurgiche, ha in organico posti di: primario, aiuto, assistente anestesista.

L'organico degli anestesisti è in rapporto alla media giornaliera delle degenze di chirurgia e di specialità chirurgiche dell'ospedale: un assistente ogni 80 degenze e frazioni successive non inferiore a 30; un aiuto almeno ogni 3 assistenti; un primario ogni singolo ospedale.

ART. 2.

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

Diversi ospedali viciniori di terza categoria possono consorziarsi ed avere in organico posti di primario e di aiuto anestesista.

ART. 3.

Il numero delle degenze giornaliere (chirurgiche o di specialità chirurgiche) degli ospedali di prima e seconda categoria è desunto dalla media giornaliera delle degenze degli ultimi due anni.

Le disposizioni di cui alla presente legge debbono essere attuate entro un anno dalla data di pubblicazione.