SENATO DELLA REPUBBLICA

---- VII LEGISLATURA -----

351^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

GIOVEDÌ 14 DICEMBRE 1978

(Notturna)

Presidenza del vice presidente ROMAGNOLI CARETTONI Tullia

INDICE

DISEGNI DI LEGGE Seguito della discussione:	FOSCHI (DC)
«Istituzione del Servizio sanitario nazio nale» (1291) (Testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Triva ed altri; Gorla ed altri; Tirabo schi ed altri; Zanone ed altri) (Approvato dalla Camera dei deputati): PRESIDENTE Pag. 15435 e passim *ANDREATTA (DC) 15477, 15487, 15489 *ANSELMI Tina, ministro della sanità	LABOR (PSI)
CIACCI (PCI)	* Tourn Maria Luisa (PCI)
* DE CAROLIS (DC)	N. B. — L'asterisco indica che il testo del di scorso non è stato restituito corretto dall'oratore

14 DICEMBRE 1978

Presidenza del vice presidente ROMAGNOLI CARETTONI Tullia

PRESIDENTE. La seduta è aperta (ore 21).

Si dia lettura del processo verbale.

VIGNOLO, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta notturna del 14 dicembre 1977.

PRESIDENTE. Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

Seguito della discussione del disegno di legge:

« Istituzione del Servizio sanitario nazionale » (1291) (Testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge di iniziativa dei deputati Triva ed altri; Gorla ed altri; Tiraboschi ed altri; Zanone ed altri) (Approvato dalla Camera dei deputati)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Istituzione del Servizio sanitario nazionale », testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge di iniziativa dei deputati Triva ed altri; Gorla ed altri; Tiraboschi ed altri; Zanone ed altri, già approvato dalla Camera dei deputati.

Riprendiamo l'esame dell'articolo 25, in precedenza accantonato con i relativi emendamenti.

Si dia nuovamente lettura di tale articolo e degli emendamenti.

VIGNOLO, segretario:

Art. 25.

(Prestazioni di cura)

Le prestazioni curative comprendono la assistenza medico-generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica.

Le prestazioni medico-generiche, pediatriche, specialistiche e infermieristiche vengono erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare.

L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.

La scelta del medico di fiducia deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente.

Il rapporto fiduciario può cessare in ogni momento a richiesta dell'assistito o del medico; in quest'ultimo caso la richiesta deve essere motivata.

L'assistenza medico specialistica è prestata di norma presso gli ambulatori dell'unità sanitaria locale di cui l'utente fa parte o presso gli ambulatori convenzionati ai sensi della presente legge. Le prestazioni specialistiche possono essere erogate anche a domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

L'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti nel territorio della regione di residenza dell'utente.

La legge regionale prevede e disciplina i casi in cui per motivate ragioni è ammesso

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicati fuori del territorio della regione, nonchè i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta.

Sostituire il terzo comma con il seguente:

« L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dai medici convenzionati ai sensi dell'articolo 48 della presente legge e, in carenza, dal personale dell'unità sanitaria locale di cui l'utente fa parte ».

25. 1 PINTO, SPADOLINI, VENANZETTI

Sostituire il sesto e settimo comma con il seguente:

« È garantita al cittadino la libera scelta del ricovero presso tutti gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati esistenti ed operanti nell'ambito dell'intero territorio nazionale ».

25. 2 Pinto, Spadolini, Venanzetti

Dopo il sesto comma, inserire il seguente:

« Le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio sono fornite, di norma, presso le strutture delle unità sanitarie locali di cui l'utente fa parte, o presso le strutture convenzionate ai sensi della presente legge, o presso gli ospedali pubblici e gli istituti convenzionati del territorio. Detti presidi debbono rispondere a requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e qualificazione funzionale del personale, aventi caratteristiche uniformi per tutto il territorio nazionale secondo uno schema tipo ».

25. 3 Bompiani, Pittella, Costa, Giudice, Sparano, Rampa

All'ultimo comma, sopprimere la parola: « straordinarie ».

25.4 DEL NERO, TRIFOGLI, RAMPA, MANENTE COMUNALE, PITTELLA

All'ultimo comma, sopprimere la parola: « straordinarie ».

25.5 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI, ROSI

All'ottavo comma, dopo le parole: « la legge regionale », inserire le altre: « in rapporto ai criteri di programmazione contenuti nel piano sanitario nazionale ».

25.7 Bompiani, Amadeo, De Carolis, Ruffino, Degola, Foschi, Ro-Mei, Bausi

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

« La legge regionale prevede inoltre e disciplina l'erogazione dell'assistenza ospedaliera e specialistica nella forma indiretta fissando, sulla base dei costi accertati al netto delle spese di gestione, il rimborso in misura non inferiore alla spesa media sostenuta dalla Regione per analoghe prestazioni erogate con istituti convenzionati ».

25.6 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI,
ROSI

BOMPIANI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

B O M P I A N I . Onorevole Presidente, ritiriamo l'emendamento 25. 7 e presentiamo il seguente emendamento:

Sostituire l'ottavo comma con il seguente:

- « Nell'osservanza del principio della libera scelta del cittadino al ricovero presso gli ospedali pubblici e gli altri istituti convenzionati, la legge regionale, in rapporto ai criteri di programmazione stabiliti nel piano sanitario nazionale, disciplina i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio, nonchè i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta ».
- 25.8 Bompiani, Amadeo, De Carolis, Ruffino, Degola, Foschi, Romei, Bausi

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Questo testo, signor Presidente, sostituirebbe tutto il comma ottavo dell'articolo. In questo modo si darebbe una formulazione giuridica al rispetto dell'esigenza, di cui alle norme generali, del principio della libera scelta da parte del cittadino del luogo di cura; ma nello stesso tempo si tiene presente la necessità della programmazione, come è stato giustamente affermato nell'intervento del Ministro e come io stesso ho sottolineato nel precedente intervento.

Ritengo che questo testo possa costituire una mediazione tra le diverse esigenze; possa contemperare i desideri, per così dire, dei vari gruppi politici e, come tale, possa essere accolto da un consenso unanime.

VENANZETTI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

V E N A N Z E T T I . Avevamo precisato che mantenevamo l'emendamento 25.1 perchè è materia diversa anche rispetto alla proposta fatta adesso dal senatore Bompiani. Ritiriamo invece l'emendamento 25.2 anche se la formulazione dell'emendamento 25.8 non è esattamente quella che avremmo voluto; tuttavia speriamo in questo modo di trovare un punto di incontro. In ogni caso si fa un passo avanti nella direzione da noi voluta. Ripeto, quindi, che ritiriamo il nostro emendamento e votiamo a favore di quello presentato dal senatore Bompiani.

PRESIDENTE. Invito la Commissione e il Governo ad esprimere il parere.

CRAVERO, relatore. Sono d'accordo.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Anche il Governo è d'accordo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 25.1, presentato dal senatore Pinto e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 25.3, presentato dal senatore Bompiani e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 25. 8, presentato dal senatore Bompiani e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Avverto che gli emendamenti 25.4 e 25.5 sono preclusi.

Passiamo alla votazione dell'emendamento 25.6.

S P A R A N O. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

S P A R A N O. Prendo la parola contro l'emendamento 25. 6 presentato dai colleghi Ruffino, Bompiani, Grassini e Rosi. Noi riteniamo, signor Presidente, onorevoli colleghi, che questo emendamento, già respinto in Commissione e qui riproposto, non possa essere accolto. Diverse sono le ragioni. Va sottolineato che l'ultimo comma dell'articolo 25 prevede per la regione il compito di disciplinare i casi nei quali potranno essere consentite forme straordinarie di assistenza indiretta. La proposta dei presentatori (Del Nero, Ruffino, Rampa, Pittella ed altri) dell'emendamento inteso a togliere la parola « straordinarie », emendamento dichiarato precluso, avrebbe portato, riteniamo faccio questo riferimento per la connessione che vi è con l'emendamento 25.6 contro il quale prendo la parola - allo snaturamento dello spirito della legge sul servizio sanitario nazionale che tende ad erogare assistenza gratuita completa ed uguale per tutti a livelli sempre più alti. Ove l'emendamento 25. 6 presentato dai colleghi Ruffino, Bompiani, Grassini e Rosi venisse accolto, si andrebbe nella direzione di due assistenze, la diretta e l'indiretta, di cui, nella con-

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

siderazione e nei fatti, sarebbe l'assistenza pubblica diretta ospedaliera e specialistica ad essere dequalificata.

Lo spirito della legge di riforma e tutto l'impegno che va profuso deve andare nella direzione di una assistenza pubblica sempre più qualificata, ad un livello scientifico sempre più alto, con prestazioni sempre più qualificate per tutti. L'assistenza in strutture sanitarie private la legge di riforma la garantisce attraverso l'istituto della convenzione con le strutture sanitarie private nell'ambito della programmazione regionale ospedaliera, ma non si può chiedere che la collettività si faccia carico, in misura superiore ai casi straordinari previsti e disciplinati dalla legge regionale, di una vecchia linea di politica sanitaria che è stata del passato ed alla quale non si può e non si deve ritornare.

Perciò riteniamo di dover chiedere ai presentatori, che hanno lavorato con noi in Commissione per redigere questo testo di riforma, che è un fatto notevole per innovare in materia di politica sanitaria, di ritirare l'emendamento 25. 6, rifacendosi allo spirito con il quale insieme abbiamo lavorato per questa legge di riforma, istitutiva del servizio sanitario nazionale. Nel caso in cui non si dovesse accogliere questa richiesta, è evidente che non ci potrebbe essere il nostro voto favorevole; pertanto, qualora si insistesse per la votazione, preannunzio il voto contrario dei senatori del Partito comunista italiano.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 25. 6, presentato dal senatore Ruffino e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 25 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 26. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 26.

(Prestazioni di riabilitazione)

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono approvati un nomenclatore-tariffario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati due emendamenti. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Sostituire il primo comma con i seguenti:

« Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualunque causa sono erogate sia dalle unità sanitarie locali attraverso il proprio servizio, sia mediante convenzioni con istituti aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale.

La programmazione deve rispondere a criteri di conservazione e promozione delle

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

realtà riabilitative operanti che posseggano i requisiti richiesti ».

26.2 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI, ROSI

Sostituire il primo comma con il seguente:

« Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi e mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale ».

26. 1 Schiano, Bompiani, Colleselli, Ruffino

RUFFINO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R U F F I N O . Onorevole Presidente, illustrerò gli emendamento 26.2 e 26.1, di contenuto analogo, anche a nome dei colleghi Bompiani, Grassini e Rosi, oltre che dei colleghi Schiano e Colleselli. L'articolo 26 ha per titolo: « Prestazioni di riabilitazione » e disciplina le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa. Queste prestazioni sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi.

Nel primo comma vi è una affermazione che recita così: «L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni ». Vorremmo sostituire questa parte, affermando che le prestazioni di riabilitazione sono effettuate e date sia dalle unità sanitarie locali attraverso i loro servizi, sia mediante convenzioni con istituti aventi i

requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema-tipo approvato dal Ministero (sotto quest'ultimo profilo vi è identità di posizione rispetto al testo varato dalla Commissione).

Il motivo di questa nostra impostazione è il seguente: siamo nel primo avvio della riforma sanitaria e credo che commetteremmo un grave errore di fronte ai notevoli compiti che già gravano sullo Stato e sul servizio sanitario se ponessimo ulteriori oneri che finirebbero in qualche modo col compromettere questa assistenza e soprattutto le prestazioni di riabilitazione verso questi minorati fisici, psichici o sensoriali. Penso che dobbiamo tenere conto di questa realtà. Perchè, infatti, porre in una posizione quasi subordinata i centri riabilitativi esistenti che hanno svolto in passato una qualificata funzione e sono in grado di proiettarsi anche nell'avvenire per rispondere alle nuove esigenze? Perchè dover incominciare nel nostro paese, onorevole Presidente, sempre come se partissimo dall'anno zero, senza tener conto di esperienze valide e qualificate, acquisite nel passato? Credo che la riforma sanitaria debba comportare una grossa crescita civile e sociale per il nostro paese, ma sarebbe un fatto negativo se essa non tenesse conto di alcune realtà obiettivamente valide che già esistono: e i centri di riabilitazione costituiscono un fatto positivo.

Colpiremmo, a nostro avviso, in modo grave il servizio sanitario nazionale se dessimo ad esso questa ulteriore incombenza. Ed è per questo che nel nostro emendamento 26. 2 (solo sotto questo aspetto si differenzia da quello presentato dai colleghi Schiano ed altri) prevediamo anche un comma in cui si dice che la programmazione nazionale deve tener conto di queste realtà, perchè sarebbe un grave errore non farlo.

È per questo che raccomando alla particolare attenzione e sensibilità dell'Aula la
questione. Credo che la modifica proposta
sia valida e coinvolga problemi di principio, non ponendo in una posizione subordinata e di inferiorità questi centri di riabilitazione, ma considerandoli alla stessa stregua
dei centri di riabilitazione che potranno venire gestiti dalle unità sanitarie locali.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Si tratta evidentemente di valutare la validità di questi centri di riabilitazione; ma una volta che il Ministero della sanità abbia riconosciuto i requisiti, le capacità e le funzioni di questi centri di riabilitazione sarebbe un non senso, onorevoli colleghi, di fronte alle spese immani che graveranno certamente sulla collettività per questo nuovo servizio, se non tenessimo conto di queste realtà e per amore di un principio pubblicistico sostituissimo tali centri o pervenissimo a delle soluzioni alternative del tutto ingiustificate. Per questo raccomando all'attenzione dell'Assemblea l'accoglimento dello emendamento.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

M E R Z A R I O , relatore. Signor Presidente, a parte il calore con il quale il collega Ruffino ha illustrato il suo emendamento, sostanzialmente analogo a quello del senatore Schiano, inviterei i proponenti a ritirare sia l'emendamento 26. 1 che l'emendamento 26. 2. Non è possibile, a giudizio della Commissione, rinunciare alla esigenza di fissare un criterio di priorità anche in tema di prestazioni riabilitative.

Come sta esattamente il problema? Laddove le unità sanitarie locali non sono in grado di fornire direttamente il servizio si provvede attraverso l'istituto del convenzionamento; e questo è scritto. Mettere quindi sullo stesso piano le due scelte significa, a nostro avviso, perpetuare una carenza pubblica che si è già rivelata in questi anni nociva a causa di un modello assistenziale quanto mai parcellizzato e non programmato.

Si può comprendere — e questa è la sola parte positiva dell'intervento del collega Ruffino — la fase di provvisorietà, che peraltro il testo prevede in modo chiaro ed inequivocabile, ma riteniamo che il servizio sanitario nazionale venga istituito per portare ad unitarietà i tre momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Non possiamo declamare sempre questo trinomio sul piano culturale e poi disattenderlo quando

si tratta di operare scelte di carattere concreto. Vorrei tranquillizzare il collega Ruffino che non si tratta, come da lui affermato, di collocare in posizione subordinata istituti più o meno benemeriti, nè si tratta di sfogare istinti irrazionali e dogmatici sui « princìpi pubblicistici », ma più semplicemente di non condannare ad un ruolo subalterno il servizio sanitario nazionale.

D'altra parte — e ho concluso — la Commissione aveva già accolto una modifica proposta dagli stessi colleghi che questa sera e inopinatamente mirano a disattendere il voto unanimemente espresso da tutti i membri della 12ª Commissione. Per queste ragioni i relatori invitano i presentatori, alcuni dei quali fino a ieri sera ci avevano detto che si trattava di « emendamenti bandiera », a ritirarli. Altrimenti il parere dovrebbe essere contrario sia all'emendamento 26. 1 che all'emendamento 26. 2.

PRESIDENTE. Invito il Ministro ad esprimere il parere.

* A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Onorevole Presidente, per le motivazioni espresse dal relatore, e cioè coerentemente ad una soluzione che abbiamo trovato unitariamente in Commissione, io devo dare parere negativo pur rendendomi conto dello spirito che ha animato i presentatori. Devo tuttavia fare loro presente che il testo che è stato preparato in sede di Commissione garantisce che le strutture non pubbliche siano utilizzate là dove appunto vi è necessità e secondo un principio programmatorio che non può che essere coerente a tutta l'impostazione della legge.

PRESIDENTE. Senatore Ruffino, insiste per la votazione dell'emendamento 26.2?

R U F F I N O . Signor Presidente, il relatore Merzario ha accennato ad un criterio che apprezzo molto. Egli sostiene che non si vuol porre in condizioni di subalternità i centri di riabilitazione non gestiti dalle unità sanitarie locali. Questa è un'affermazione

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

di principio notevole. Ma vogliamo trovare il modo di radicare questa manifestazione di principio nell'ambito della legge? Allora dobbiamo togliere dal primo comma le parole: « quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente ».

PRESIDENTE. Senatore Ruffino, intende presentare un nuovo emendamento?

R U F F I N O . Signor Presidente, presenterei il seguente emendamento:

Alla nona riga togliere le parole: « quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente » e dopo le parole « vi provvede » aggiungere la parola « anche ».

26.3 RUFFINO, BOMPIANI, VALIANTE, DE CAROLIS, SCHIANO, FOSCHI, ROMEI, DEGOLA

PRESIDENTE. La Presidenza si riserva di consentire la presentazione del nuovo emendamento.

Senatore Schiano, insiste per la votazione dell'emendamento 26.1?

S C H I A N O . Signor Presidente, consideravo il mio emendamento assorbito da quello del senatore Ruffino e mi rimetterei quindi alla nuova formulazione. Mi riserverei però di intervenire per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Onorevole Ministro, il senatore Ruffino ha formulato un nuovo emendamento al testo dell'articolo 26. In via generale non potrei accettarlo, a questo punto della discussione, se non in via eccezionale. Comunque vorrei conoscere il pensiero della Commissione e del Governo.

M E R Z A R I O, relatore. Signor Presidente, noi siamo favorevoli al testo originario dell'articolo perchè non si tratta tanto di cambiare una parola o di trovare un escamotage; si tratta di un principio di equilibrio delle prestazioni e solo laddove le unità sanitarie non sono in grado di fornire di-

rettamente il servizio vale l'istituto del convenzionamento.

Su questo problema abbiamo discusso molto in Commissione ed eravamo tutti d'accordo; perciò il relatore non si azzarda a venire meno ad un impegno che tutti i componenti la 12ª Commissione avevano assunto.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Concordo con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Senatore Ruffino, avvalendomi della facoltà concessami dall'articolo 100, quinto comma, del Regolamento, metterò ai voti il suo emendamento, ma vorrei sapere se esso è sostitutivo dell'altro suo emendamento 26.2.

R U F F I N O . Sì, signor Presidente; il 26.2 è da intendersi ritirato.

PRESIDENTE. Senatore Schiano, come ha detto poco fa, lei si riconosce nel nuovo emendamento 26.3?

S C H I A N O . Sì, signor Presidente. Domando inoltre di parlare per dichiarazione di voto su tale nuovo emendamento.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

S C H I A N O. Intervengo in questo dibattito non sotto il profilo dei problemi sanitari, che mi sono poco noti, ma sotto il profilo dei problemi scolastici e della riabilitazione dei ragazzi handicappati, in ordine ai quali credo di avere qualche esperienza.

Dichiaro di votare a favore dell'emendamento che toglie le parole: « quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente », secondo l'ultima formulazione proposta dal senatore Ruffino. Infatti la mia grave preoccupazione — e prego i colleghi dell'Assemblea di credere alla sincerità di quanto sto per dire — è che si verifichi una situazione in cui ogni unità sanitaria locale tenga come punto di onore quello di essere in grado di provvedere e, avvalendosi di personale improvvi-

351° SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

sato, dia vita a strutture improvvisate e perciò a detrimento di questi ragazzi che hanno bisogno di essere al centro di tutte le nostre cure.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 26.3, presentato dal senatore Ruffino e da altri senatori, non accettato nè dalla Commissione, nè dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

R U F F I N O . Chiediamo la controprova.

PRESIDENTE. Procediamo alla controprova mediante divisione dei votanti nelle due opposte parti dell'Aula. Ordino la chiusura delle porte. I senatori favorevoli all'emendamento si porranno alla mia destra, quelli contrari alla mia sinistra.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 26. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 27. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 27.

(Strumenti informativi)

Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo articolo 33. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale. Nel libretto sanitario sono riportati, a cura della sanità militare, gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva.

Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la potestà o la tutela e può essere richiesto solo dal medico, nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'intestatario.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro.

Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini del libretto sanitario, a partire dai nuovi nati.

Con decreto del Ministro della sanità, sentiti il Consiglio sanitario nazionale, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti ed autonomi maggiormente rappresentative e le associazioni dei datori di lavoro, vengono stabiliti i criteri in base ai quali, con le modalità di adozione e di gestione previste dalla contrattazione collettiva, saranno costituiti i registri dei dati ambientali e biostatistici, allo scopo di pervenire a modelli uniformi per tutto il territorio nazionale.

I dati complessivi derivanti dai suindicati strumenti informativi, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico dall'Istituto superiore di sanità oltre che per l'aggiornamento ed il miglioramento dell'attività sanitaria da parte delle unità sanitarie locali, delle regioni e del Ministero della sanità.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al primo comma, dopo le parole: « coperti dal segreto professionale. », inserire le altre: « Tali dati conservano valore ai fini dell'anamnesi richiesta dalla visita di leva ».

27. 1 LA COMMISSIONE

C R A V E R O , $\it relatore$. Domando di parlare.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICE

14 DICEMBRE 1978

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRAVERO, relatore. L'emendamento si illustra da sè. Abbiamo accolto una richiesta della Commissione difesa.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Il Governo è favorevole.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 27.1 presentato dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 27 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 28. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 28.

(Assistenza farmaceutica)

L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui sono titolari enti pubblici e le farmacie di cui sono titolari i privati, tutte convenzionate secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 43.

Gli assistiti possono ottenere dalle farmacie di cui al precedente comma, su presentazione di ricetta compilata dal medico curante, la fornitura di preparati galenici e di specialità medicinali compresi nel prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale.

L'unità sanitaria locale, i suoi presidi e servizi, compresi quelli di cui all'articolo 18, e gli istituti ed enti convenzionati di cui ai successivi articoli 41, 42, 43, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonchè il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al primo comma sostituire le parole: « secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 43 » con le altre: « secondo i criteri e le modalità di cui agli articoli 43 e 48 ».

28.1

LA COMMISSIONE

CRAVERO, relatore. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRAVERO, relatore. Signor Presidente, abbiamo fatto riferimento anche all'articolo 48 in quanto, mentre l'articolo 43 riguarda l'autorizzazione e la vigilanza, l'articolo 48 si riferisce alle convenzioni tra farmacie e unità sanitarie locali.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Il Governo è favorevole.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 28.1 presentato dalla Commissione. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

351° SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Metto ai voti l'articolo 28 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 29.

(Disciplina dei farmaci)

La produzione e la distribuzione dei farmaci devono essere regolate secondo criteri coerenti con gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, con la funzione sociale del farmaco e con la prevalente finalità pubblica della produzione.

Con legge dello Stato sono dettate norme:

- a) per la disciplina dell'autorizzazione alla produzione e alla immissione in commercio dei farmaci, per i controlli di qualità e per indirizzare la produzione farmaceutica alle finalità del servizio sanitario nazionale;
- b) per la revisione programmata delle autorizzazioni già concesse per le specialità medicinali in armonia con le norme a tal fine previste dalle direttive della Comunità economica europea;
- c) per la disciplina dei prezzi dei farmaci, mediante una corretta metodologia per la valutazione dei costi;
- d) per la individuazione dei presidi autorizzati e per la definizione delle modalità della sperimentazione clinica precedente l'autorizzazione alla immissione in commercio;
 - e) per la brevettabilità dei farmaci;
- f) per definire le caratteristiche e disciplinare la immissione in commercio dei farmaci da banco:
- g) per la regolamentazione del servizio di informazione scientifica sui farmaci e dell'attività degli informatori scientifici:
- h) per la revisione e la pubblicazione periodica della farmacopea ufficiale della Repubblica italiana, in armonia con le norme

previste dalla farmacopea europea di cui alla legge del 22 ottobre 1973, n. 752.

(È approvato).

Art. 30.

(Prontuario farmaceutico)

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva con proprio decreto il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale, previa proposta di un comitato composto:

dal Ministro della sanità, che lo presiede;

dal direttore generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità;

dal direttore dell'Istituto superiore di sanità;

dai direttori dei laboratori di farmacologia e di chimica del farmaco dell'Istituto superiore di sanità;

da sette esperti designati dal Ministro della sanità, scelti fra docenti universitari di farmacologia, di chimica farmaceutica o materie affini, di patologia o clinica medica e fra medici e farmacisti dipendenti o convenzionati con le strutture del servizio sanitario nazionale;

da un rappresentante del Ministero dell'industria, commercio e artigianato;

da due esperti di economia sanitaria designati dal Ministro della sanità, su proposta del Consiglio nazionale delle ricerche;

da cinque esperti della materia designati dalle regioni. Essi vengono scelti dal Presidente del Consiglio dei ministri tra gli esperti designati uno ciascuno dalle regioni, e per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, uno dalla provincia di Trento e uno dalla provincia di Bolzano.

Il comitato di cui al precedente comma è nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, ed è rinnovato ogni tre anni

Il prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale deve uniformarsi ai prin351° SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

cipi dell'efficacia terapeutica, della economicità del prodotto, della semplicità e chiarezza nella classificazione e dell'esclusione dei prodotti da banco.

Il Ministro della sanità provvede entro il 31 dicembre di ogni anno ad aggiornare il prontuario terapeutico con la procedura di cui al primo comma.

Fino all'approvazione del prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale di cui al presente articolo, resta in vigore il prontuario di cui all'articolo 9 del decretolegge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

(È approvato).

Art. 31.

(Pubblicità ed informazione scientifica sui farmaci)

L'informazione scientifica sui farmaci è compito del servizio sanitario nazionale.

È vietata ogni forma di propaganda e di pubblicità presso il pubblico dei farmaci sottoposti all'obbligo della presentazione di ricetta medica e comunque di quelli contenuti nel prontuario terapeutico approvato ai sensi dell'articolo 30.

Sino all'entrata in vigore della nuova disciplina generale dei farmaci di cui all'articolo 29, il Ministro della sanità determina con proprio decreto i limiti e le modalità per la propaganda e la pubblicità presso il pubblico dei farmaci diversi da quelli indicati nel precedente comma, tenuto conto degli obiettivi di educazione sanitaria di cui al comma successivo e delle direttive in materia della Comunità economica europea.

Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, viste le proposte delle regioni, tenuto conto delle direttive comunitarie e valutate le osservazioni e proposte che perverranno dall'Istituto superiore di sanità e dagli istituti universitari e di ricerca, nonchè dall'industria farmaceutica, predispone un programma pluriennale per l'informazione scientifica sui farmaci, finalizzato anche ad iniziative di educazione sanitaria e detta norme per la

regolamentazione del predetto servizio e dell'attività degli informatori scientifici.

Nell'ambito del programma di cui al precedente comma, le unità sanitarie locali e le imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio dei farmaci svolgono informazione scientifica sotto il controllo del Ministero della sanità.

Il programma per l'informazione scientifica deve, altresì, prevedere i limiti e le modalità per la fornitura ai medici chirurghi di campioni gratuiti di farmaci.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati un ordine del giorno e alcuni emendamenti. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

« Il Senato,

preso atto delle direttive europee sulla libera circolazione dei farmaci;

ritenuto precisare che l'informazione scientifica sui farmaci può essere effettuata anche dalle ditte produttrici concedenti licenza in caso di carente attività della ditta concessionaria, autorizzata alla immissione in commercio,

invita il Ministro della sanità a prevedere in sede di regolamentazione della informazione scientifica la facoltà delle imprese concedenti licenza di fabbricazione a svolgere attività di informazione scientifica in caso di carenza della ditta concessionaria autorizzata all'immissione in commercio e per l'utilizzo di proprio specifico materiale informativo ».

9. 1291. 5 DEL NERO, COSTA, TRIFOGLI, ROC-CAMONTE, RAMPA, PINTO, MA-NENTE COMUNALE, PITTELLA

All'emendamento 31.2, secondo rigo, sostituire le parole: « compiti di informazione scientifica » con le altre: « compiti di informazione sul corretto uso ».

31. 2/1 DEL NERO, COSTA, TRIFOGLI, ROCCA-MONTE, RAMPA, MANENTE COMU-NALE

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Sostituire il primo comma con il seguente:

« Al servizio sanitario nazionale spettano compiti di informazione scientifica dei farmaci e di controllo sulla attività di informazione svolta dalle imprese titolari di autorizzazione alla immissione in commercio dei farmaci ».

31. 2 PITTELLA

All'emendamento 31.3, secondo rigo, sostituire le parole: « compiti di informazione scientifica sui farmaci » con le altre: « compiti d'informazione sul corretto uso dei farmaci »

31. 3/1 DEL NERO, COSTA, TRIFOGLI, ROCCA-MONTE, RAMPA, MANENTE COMU-NALE

Sostituire il primo comma con il seguente:

« Al Servizio sanitario nazionale spettano compiti di informazione scientifica sui farmaci e di controllo sull'attività di informazione scientifica delle imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio di farmaci ».

31. 3 LA COMMISSIONE

Sostituire il primo comma con il seguente:

« Il Servizio sanitario nazionale disciplina l'informazione scientifica ».

31.1 PINTO, SPADOLINI, VENANZETTI

Al quinto comma, sostituire le parole: « le imprese titolari delle autorizzazioni alla immissione in commercio dei farmaci » con le altre: « le imprese di cui al primo comma ».

31. 4 LA COMMISSIONE

Al quinto comma, dopo le parole: « in commercio dei farmaci », inserire le altre: « nel rispetto delle proprie competenze ».

31.5 DEL NERO, COSTA, TRIFOGLI, RAM-PA, ROCCAMONTE, PINTO, MANEN-TE COMUNALE, PITTELLA DEL NERO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

D E L N E R O. L'ordine del giorno n. 5 vuole essere una raccomandazione al Governo affinchè in sede di disciplina dell'informazione tenga conto, nelle norme che dovrà emanare, del caso particolare delle ditte produttrici che hanno dato licenza ad un'altra ditta. Potrebbe apparire che esse non siano autorizzate a svolgere informazione scientifica, non essendo titolari del decreto di immissione in commercio del farmaco.

In pratica si raccomanda di autorizzare l'esercizio dell'informazione da parte delle ditte che abbiano dato la licenza di fabbricazione ad un'altra ditta, in caso di carenza della ditta concessionaria, e di consentire anche l'uso del materiale dalla stessa già predisposto anche se porti un nominativo diverso.

Per quanto riguarda i due emendamenti, il 31 2/1 e il 31.3/1, essi sono uguali in quanto sono subemendamenti presentati rispettivamente all'emendamento Pittella e a quello della Commissione. Poichè l'emendamento Pittella e quello della Commissione sono uguali nella sostanza, con una sola differenza di forma (mi sembra più corretto quello Pittella che quello presentato dalla Commissione), ho presentato i subemendamenti a tutti e due, perchè non so quale verrà posto in votazione per primo.

Praticamente non si propone altro che di sostituire le parole: « informazione scientifica sui farmaci » con le altre: « di informazione sul corretto uso dei farmaci ». Si vuole soltanto distinguere il compito delle unità sanitarie dal compito delle imprese produttrici nel settore dell'informazione; ne abbiamo già parlato in Commissione e voglio in questa sede soltanto riaffermare il principio. Si tratta di due attività completamente diverse: l'una ha un carattere di educazione sanitaria, di informazione sul retto uso del farmaco e delle sue proprietà, l'altra riguarda una informazione più specifica sul singolo prodotto che deve essere data in maniera precisa dalla ditta produttrice ed è di competenza solo della stessa.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

In questo spirito si pone anche l'altro emendamento che precisa: « nel rispetto delle proprie competenze ». È solo un chiarimento e una logica conseguenza del precedente. Affermato che l'informazione scientifica non è compito esclusivo o preminente del servizio sanitario nazionale, si precisa che l'unità sanitaria locale potrà svolgere attività di informazione, intesa come sopra ricordato, nei limiti della propria competenza.

PITTELLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PITTELLA. L'emendamento 31.2, presentato dal Gruppo socialista, in realtà si illustra da sè. Infatti a nostro avviso il servizio sanitario nazionale deve concorrere alla informazione sui farmaci e soprattutto deve controllare che l'informazione fatta dalle imprese titolari della immissione in commercio dei farmaci sia corretta, puntuale e scientifica, senza che tale informazione sia un momento esclusivo del servizio sanitario nazionale. Questo è lo scopo del nostro emendamento.

MERZARIO, relatore. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MERZARIO, relatore. Signor Presidente, oltre ad illustrare gli emendamenti della Commissione, esprimo contemporaneamente il parere sugli altri. I relatori raccomandano l'accoglimento degli emendamenti della Commissione 31.3 (uguale al 31.2 del senatore Pittella) e 31.4 e del 31.5, presentato dal senatore Del Nero, mentre esprimono parere contrario al 31.2/1, al 31.3/1 e al 31.1.

Pochissime parole bastano a chiarire le motivazioni del nostro parere contrario a questi tre emendamenti. Tutta la parte che attiene al settore farmaceutico è stata concordata dalla Commissione sulla base di un comune impegno a non introdurre modifiche innovative rispetto alla recentissima legisla-

zione approvata dal Parlamento. Nè va dimenticata la circostanza che nel disegno di legge al nostro esame è prevista una nuova disciplina (contemplata al secondo comma dell'articolo 29), delegata in base a dettagliati e precisi criteri. Proprio perchè vi è l'esigenza di superare una legislazione settoriale e quindi di giungere ad una unitaria e più organica politica per un corretto uso dei farmaci, raccomandiamo di accogliere gli emendamenti della Commissione. Mi auguro che il collega Del Nero ritiri gli emendamenti 31.2/1 e 31.3/1 e che venga ritirato altresì l'emendamento 31.1. Per legittimare congruamente il nostro invito vorrei ricordare al collega Del Nero che alcuni Gruppi, all'interno della Commissione. hanno rinunciato a sottoporre a votazione emendamenti significativi in materia (ad esempio: un più rigoroso controllo della propaganda e della pubblicità) proprio perchè l'intesa era diretta a mantenere il testo approvato pochi mesi fa. Quindi, se si è scartata, provvisoriamente, l'ipotesi di caricare questi articoli di norme più restrittive, ancora più ragionevole e corretto è non allargare le maglie della liberalità.

Per quanto riguarda l'ordine del giorno, ci rimettiamo alle decisioni dell'Assemblea, anche se personalmente non ravviso l'opportunità di operare delle forzature. Tuttavia, se l'ordine del giorno non ha un carattere vincolante, lasciamo all'onorevole Ministro la facoltà di accoglimento.

PINTO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PINTO. Signor Presidente, il relatore ha respinto il mio emendamento prima ancora che lo illustrassi e quindi evidentemente l'illustrazione diventa inutile. Comunque ritiro il mio emendamento 31.1 e aderisco all'emendamento 31.3, proposto dalla Commissione.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere sull'ordine del giorno e sugli emendamenti.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Onorevole Presidente, accetto come raccomandazione l'ordine del giorno presentato dal senatore Del Nero e concordo con il relatore per quanto riguarda il giudizio sugli emendamenti.

PRESIDENTE. Senatore Del Nero, insiste per la votazione del suo ordine del giorno?

DEL NERO. Non insisto per la votazione dell'ordine del giorno e aggiungo che, dato che il relatore ha precisato che non c'è una opposizione di principi, ma vi è l'opportunità di mantenere una linea già stabilita in materia di informazione scientifica, con la quale il concetto della netta distinzione di cui ho parlato è accolto, ritiro i miei due subemendamento 32.2/1 e 31.3/1.

PITTELLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PITTELLA. Poichè il contenuto del mio emendamento 31.2 è identico a quello dell'emendamento 31.3 della Commissione, lo ritiro.

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'emendamento 31.3, presentato dalla Commissione ed accettato dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 31.4, presentato dalla Commissione e accettato dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 31.5, presentato dal senatore Del Nero e da altri senatori, accettato dalla Commissione e dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 31 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 32.

(Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria)

Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni.

La legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili, e disciplina il trasferimento dei beni e del personale relativi.

Nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale o dal sindaco ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale.

Sono fatte salve in materia di ordinanze, di accertamenti preventivi, di istruttoria o di esecuzione dei relativi provvedimenti le attività di istituto delle forze armate che, nel quadro delle suddette misure sanitarie, ricadono sotto la responsabilità delle competenti autorità.

Sono altresì fatti salvi i poteri degli organi dello Stato preposti in base alle leggi vigenti alla tutela dell'ordine pubblico.

(È approvato).

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

Art. 33.

(Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori)

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

(E approvato).

Art. 34.

(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale)

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

(È approvato).

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

PRESIDENTE. Dopo l'articolo 34 è stato proposto, con l'emendamento 34.0.1, un articolo aggiuntivo. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Dopo l'articolo 34, inserire il seguente:

Art. . . .

« All'articolo 2 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, dopo le parole "non sono elettori" aggiungere le parole "1) gli interdetti e gli inabilitati per infermità mentale; "».

34.0.1

DE CAROLIS

DE CAROLIS. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* DE CAROLIS. Signor Presidente, signor Ministro, può apparire strano che si proponga con un emendamento una norma elettorale in questa legge che istituisce il servizio sanitario nazionale, ma strano non appare se consideriamo che il Parlamento, a mio avviso incautamente e comunque contro il parere della Commissione giustizia del Senato, ha abrogato, nel testo unico delle leggi elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, numero 223, il numero 1 dell'articolo 2 nel quale si precisava che non sono elettori gli interdetti e gli inabilitati per infermità di mente, evidentemente con sentenza passata in giudicato.

Questa abrogazione avvenne con l'approvazione della legge che prevedeva gli interventi volontari ed obbligatori per i malati di mente, la famosa 180. Dico questo per rispondere ad una eventuale critica per aver proposto in questa legge, che in gran parte modifica la 180, questo emendamento.

Non dovrò spendere molte parole per spiegare come sia singolare il fatto che un interdetto, con sentenza passata in giudicato, il quale non può compiere neppure atti di disposizione patrimoniale o di ordinaria amministrazione ed ha bisogno del tutore o del curatore, possa nello stesso tempo essere elettore ed anche eletto, in base ai principi costituzionali per i quali all'elettorato attivo corrisponde anche l'elettorato passivo. Mi si potrebbe scherzosamente osservare che questo in qualche caso potrebbe non cambiare molto le cose, ma credo che, se sanciamo questo principio definitivamente nel nostro ordinamento giuridico, dovremmo apportare anche altre modifiche. Ad esempio, dovremmo abolire la norma relativa all'annullamento dei contratti per infermità di mente o per incapacità di intendere e di volere. Nel codice penale poi dovremmo rivedere gli articoli 89 e 90 sul vizio totale o parziale di mente e la norma che stabilisce che le persone che hanno una infermità di mente tale da renderle incapaci di intendere e di volere non sono responsabili dei propri... (Brusìo in Aula. Richiami del Presidente).

Si vede che questa leggera discrasia nel nostro ordinamento giuridico non interessa i colleghi. A me personalmente interessa e ha interessato anche la Commissione giustizia. Tale Commissione non è che si sia accorta di questa discrasia solo all'ultimo momento in sede di approvazione della legge sul servizio sanitario nazionale; se ne accorse anche allorquando diede il parere sulla legge n. 180, ma in quel momento si disse: non possiamo modificare la legge perchè altrimenti deve tornare alla Camera dei deputati e si fa il referendum.

Siccome in questo caso il provvedimento ritorna alla Camera dei deputati, che potrebbe sancire con il suo voto la rettifica di un grossolano errore commesso antecedentemente con l'abrogazione del numero 1 dell'articolo 2 del testo unico, come ho detto prima, credo che questo emendamento cada a proposito. Ho detto prima che dovremmo, in caso contrario, rivedere il nostro ordinamento giuridico e ammettere la responsabilità anche nel caso in cui uno commetta un reato in condizioni di incapacità di intendere

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

e di volere. Pertanto mi sembra che sia una operazione di pulizia legislativa, indispensabile, urgente e del tutto coerente con i principi, da tutti generalmente riconosciuti, del nostro ordinamento giuridico.

RAMPA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R A M P A. Devo dare atto al senatore De Carolis di avere perseguito questo scopo con coerenza e con oggettive motivazioni. Il senatore De Carolis ha partecipato al lavoro di un gruppo di esperti della Commissione sanità, formato dalle varie parti politiche, a cui altri esperti della materia si erano aggiunti. In tale sede si è riconosciuto da componenti di varia ispirazione che, nel caso in cui la sentenza fosse già passata in giudicato, il problema si sarebbe certamente posto. Ed è appunto la tesi che abbiamo ora ascoltato.

Si fa osservare che questo articolo sarebbe fuori posto nella logica legislativa della legge-quadro, per quanto si faccia riferimento alla legge n. 180 che la legge-quadro ha assorbito — l'abbiamo tutti sottolineato e voluto — nella sua sostanza, nel suo articolato più rilevante. Si tratterebbe dunque di una questione di estetica legislativa. Credo, allora, che il caso si possa risolvere. Siccome non mi pare che vi sia chi possa dare torto al senatore De Carolis sulle tesi che ha sostenuto, col suffragio unanime della Commissione giustizia, dovremmo ritenere, insieme col proponente, che non si possa, per ragioni tecniche, inserire in questa legge-quadro questo articolo, ma al contempo certamente la maggioranza dovrebbe siglare - moralmente si capisce - un patto politico per cui immediatamente un disegno di legge potrebbe essere presentato a correzione della legge n. 180 proprio con i contenuti che il senatore De Carolis ha ora proposti.

Penso che se il senatore De Carolis, con la sua sensibilità più volte dimostrata e i relatori con la loro collaborazione, accogliessero questa proposta, sarebbe superato il problema. E nessuno della maggioranza, e, penso, anche di altri Gruppi, si asterrebbe dal collaborare a formulare domani (o dopodomani, vista la fatica odierna!) un disegno di legge cui il Governo — penso di poter attribuire al Governo questa volontà, onorevole Ministro, pur senza avere il diritto di interpretarne il pensiero — non avrebbe certamente difficoltà ad aderire.

D E C A R O L I S. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* D E C A R O L I S. Signor Presidente, dichiaro brevemente, a ciò invitato e considerando anche l'adesione — intervenuta non per dare soddisfazione al senatore De Carolis ma per ovviare a questo piccolo inconveniente del nostro ordinamento elettorale — alla tesi della Commissione giustizia da parte di tutti i Gruppi della maggioranza, che non insisto per la votazione dell'emendamento 34.0.1.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 35. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 35.

(Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale)

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonchè al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al quinto comma, dopo le parole: « che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario », inserire le altre: « nel primo caso assicurando al degente, con il suo consenso, una ospitalità di tipo volontario ».

35. 1 COLELLA

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

COLELLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

COLELLA. Signor Presidente, l'emendamento 35. 1 trae origine da quanto leggiamo sulla stampa quotidiana da sei mesi a questa parte e da quanto ci è dato di constatare personalmente circa i dimessi clinicamente dagli ospedali psichiatrici e non accettati dalle famiglie. D'altra parte l'assoluta mancanza di strutture extra-ospedaliere di appoggio, soprattutto nell'Italia meridionale, ci pone il dovere di schierarci a favore di quanti vengono giorno dopo giorno rifiutati.

Brevemente, fornisco un dato emerso da una indagine conoscitiva in mio possesso e che sono pronto a consegnare all'onorevole Ministro: in un certo ospedale psichiatrico il numero dei ricoverati al 17 maggio 1978 era di 198 unità; di questi fino al 24 ottobre 1978 sono stati dimessi 79 degenti. Dove sono andati a finire? Risulta che 40 sono stati accettati in famiglia (il 51 per cento), 39 sono stati rifiutati dalle famiglie (il 49 per cento); di questi ultimi, 13 (il 33 per cento) sono stati riammessi in ospedali psichiatrici, 5 (il 13 per cento) in cliniche private, 13 (il 33 per cento) in istituti di ricovero privati e 8 hanno avuto altre sistemazioni, ossia vivono da soli con elemosine ed hanno come dormitorio qualche sottopassaggio.

Con questo emendamento si vuole dare ai diagnosticati dal primario « dimissibili clinicamente » ed in condizione di non essere accettati nè dalla famiglia nè da istituzioni varie la possibilità almeno di assicurarsi una ospitalità, sia pure provvisoria, in attesa di strutture extra-ospedaliere di appoggio. Tutto questo con il consenso dell'ammalato, che voglia ospitalità a titolo esclusivamente volontario nei posti dove è stato per tanti anni. Credo che sia un problema umano da sottoporre all'attenzione degli onorevoli colleghi e del Governo.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

CRAVERO, relatore. Signor Presidente, apprezziamo lo spirito del collega presentatore dell'emendamento 35.1, però attualmente c'è la legge 180 che sta muovendo bene o male i primi passi. Il Ministro della sanità e le regioni recentemente hanno detto che esistono in Italia - mi pare - 171 servizi psichiatrici in ospedali generali per un totale di 2.270 letti e hanno altresì comunicato che ci si sta muovendo dappertutto per attuare tale legge. Quindi da una parte invitiamo il collega Colella a ritirare il suo emendamento e dall'altra parte vogliamo impegnare il Governo a promuovere quanto prima strutture alternative per tutti i bisogni che il senatore Colella giustamente ha richiamato.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

* ANSELMI TINA, ministro della sanità. Onorevole Presidente, tutti sappiamo per quali ragioni la legge n. 180 ha dovuto anticipare questa riforma e che, anche per questo anticipo, ha avuto un impatto più difficile nel paese. Essa è calata in un paese dove poche realtà locali si erano preparate secondo la più moderna visione scientifica e sanitaria del problema dei servizi, per cui le motivazioni, le apprensioni del senatore Colella hanno riscontro purtroppo in molte situazioni. Abbiamo cercato e stiamo cercando, d'accordo con le regioni, non solo di accelerare il funzionamento di servizi che possano essere sostitutivi dei manicomi, ma soprattutto di espandere, nel territorio, quei servizi che se non creati renderanno inadeguato e insufficiente lo stesso momento sanitario.

Questa è la logica della nuova legge e solo quando questa politica sarà completamente attuata la legge avrà la possibilità di avere una piena efficacia. Ma proprio perchè la soluzione è in prospettiva, questo emendamento fermerebbe questo sforzo, perchè non incentiverebbe le regioni e gli enti locali alla creazione dei servizi. Pertanto voglio assicurare il senatore Colella che questo è uno dei problemi più presenti all'attenzione delle regioni e del Governo, come del resto quello

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

della droga, che non può essere risolto solo all'interno di strutture sanitarie, ma con il servizio nel territorio, con la possibilità di recepire l'ammalato in una comunità dove l'assistenza venga realizzata.

Per queste ragioni, nel dargli atto che le sue apprensioni hanno un fondamento, mi associo alla Commissione nel chiedergli di ritirare l'emendamento, assumendomi la responsabilità di relazionare al Parlamento, nel tempo opportuno, su quanto in questa materia verrà fatto dalle regioni.

PRESIDENTE. Senatore Colella, insiste per la votazione del suo emendamento?

COLELLA. Dopo le assicurazioni del Ministro, ritiro l'emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo 35. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 36. Se ne dia lettura.

BALBO, segretario:

Art. 36.

(Termalismo terapeutico)

Le prestazioni idrotermali, limitate al solo aspetto terapeutico, da erogarsi presso gli appositi presidi e servizi di cui al presente articolo, nonchè presso aziende termali di enti pubblici e privati, riconosciute ai sensi dell'articolo 6, lettera t), e convenzionate ai sensi dell'articolo 44, sono garantite nei limiti previsti dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e nelle forme stabilite con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3.

La legge regionale promuove la integrazione e la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali pubblici, in particolare nel settore della riabilitazione, e favorisce altresì la valorizzazione sotto il profilo sanitario delle altre aziende termali.

Gli stabilimenti termali gestiti dall'INPS ai sensi dell'articolo 83 del regio decreto-legge 4 ottobre 1935, n. 1827, convertito, con modificazioni, nella legge 6 aprile 1936, n. 1155, per la cura e la prevenzione della invalidità pensionabile in base agli articoli 45 e 81 del citato regio decreto-legge, sono costituiti in presidi e servizi sanitari delle unità sanitarie locali in cui sono ubicati e sono disciplinati a norma dell'articolo 18.

Le aziende termali che saranno assegnate alle regioni in base alla procedura prevista dall'articolo 113 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, sono dichiarate presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati un ordine del giorno ed un emendamento. Se ne dia lettura.

BALBO, segretario:

« Il Senato.

in sede di discussione del disegno di legge n. 1291, con riferimento all'ultimo comma dell'articolo 36, afferma che la dizione "presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali" non preclude la possibilità, per i cittadini che fruiscono dell'assistenza sanitaria, di utilizzare secondo le proprie esigenze tutte le risorse termali italiane, indipendentemente dalla loro ubicazione in questa o quella Regione, in questo o quel territorio.

Il Senato altresì raccomanda al Governo che il servizio sanitario nazionale predisponga tempestivamente una convenzione unica nazionale con tutte le unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate aziende e stabilimenti termali.

9. 1291. 1 MINNOCCI, PITTELLA, CARNESELLA

Sostituire l'ultimo comma con i seguenti:

« Le aziende termali già facenti capo all'EAGAT e che saranno assegnate alle regioni, per l'ulteriore destinazione agli enti locali, in base alla procedura prevista dall'ar351ª SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

ticolo 113 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e dall'articolo 1-quinquies della legge 21 ottobre 1978, n. 641, sono dichiarate presidi e servizi multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate.

La destinazione agli enti locali delle attività, patrimoni, pertinenze e personale delle suddette aziende dovrà avvenire entro il 31 dicembre 1979, adottando, in quanto applicabili, le disposizioni di cui ai successivi articoli 65 e 67 ».

36. 1 BELLINZONA, CIACCI, ROCCAMONTE, PITTELLA, MINNOCCI, BOMPIANI, PINTO

MINNOCCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

M I N N O C C I . Signor Presidente, onorevole Ministro, nel mio intervento in sede di discussione generale sul disegno di legge al nostro esame avevo già preannunciato la presentazione di questo ordine del giorno e lo avevo anche praticamente illustrato in maniera molto dettagliata.

Non debbo quindi aggiungere molte parole per sottolineare che, a mio giudizio, per quanto riguarda la prima parte dell'ordine del giorno si tratta di un chiarimento, se non necessario, per lo meno opportuno.

Per quanto riguarda invece la seconda parte dell'ordine del giorno penso che sia indubbiamente opportuno che il Governo si preoccupi che il servizio sanitario nazionale predisponga quanto prima possibile una convenzione unica nazionale con tutte le unità sanitarie locali nell'ambito del cui territorio sono ubicate aziende e stabilimenti termali.

BELLINZONA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

B E L L I N Z O N A. Signor Presidente, brevissimamente anche perchè l'emendamento 36. 1, se letto con un minimo di attenzione, si ilustra da sè. Abbiamo ritenuto opportuno adeguare la normativa contenuta nell'articolo 36 alla legge 21 ottobre 1978, n. 641, di
recentissima approvazione, relativa alla legge di istituzione del servizio sanitario nazionale. La definizione della data entro la quale dovrà essere effettuato questo trasferimento viene indicata da questo emendamento firmato dai rappresentanti delle varie forze che hanno lavorato in Commissione.

Credo perciò si possa chiedere all'Aula di approvare questo emendamento.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sull'ordine del giorno e sull'emendamento.

MERZARIO, relatore. Signor Presidente, per quanto riguarda l'ordine del giorno ci rimettiamo all'Assemblea. Circa l'emendamento 36.1, che ho visto sottoscritto da tutti i Gruppi, il nostro parere è favorevole.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Il Governo accetta come raccomandazione l'ordine del giorno e dà parere favorevole all'emendamento presentato.

PRESIDENTE. Senatore Minnocci, insiste per la votazione dell'ordine del giorno?

MINNOCCI. Non insisto.

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'emendamento 36.1, presentato dal senatore Bellinzona e da altri senatori, accettato dalla Commissione e dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 36 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 37. Se ne dia lettura.

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

BALBO, segretario:

Art. 37.

(Delega per la disciplina dell'assistenza sanitaria agli italiani all'estero, ai cittadini del comune di Campione d'Italia ed al personale navigante)

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 31 dicembre 1979, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri degli affari esteri, del lavoro e della previdenza sociale, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero, secondo i principi generali della presente legge e con l'osservanza dei seguenti criteri direttivi:

- a) dovrà essere assicurata attraverso forme di assistenza diretta o indiretta, la tutela della salute dei lavoratori e dei loro familiari aventi diritto, per tutto il periodo di permanenza all'estero connesso alla prestazione di attività lavorativa, qualora tali soggetti non godano di prestazioni assistenziali garantite da leggi locali o tali prestazioni siano palesemente inferiori ai livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le mo dalità di cui al secondo comma dell'articolo 3;
- b) dovranno essere previste particolari forme e procedure, anche attraverso convenzioni dirette, per l'erogazione dell'assistenza ai dipendenti dello Stato e di enti pubblici, ai loro familiari aventi diritto, nonchè ai contrattisti stranieri, che prestino la loro opera presso rappresentanze diplomatiche, uffici consolari, istituzioni scolastiche e culturali ovvero in delegazioni o uffici di enti pubblici oppure in servizio di assistenza tecnica;
- c) dovranno essere previste specifiche norme per disciplinare l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani residenti nel comune di Campione d'Italia per gli interventi che, pur compresi fra quelli previsti dal secondo comma dell'articolo 3, non possono essere erogati dall'unità sanitaria locale di cui fa parte il comune, a causa della sua eccezionale collocazione geografica.

Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria dovuta alle persone aventi diritto all'assistenza stessa in virtù di trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

Entro il termine di cui al primo comma il Governo è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della marina mercantile, dei trasporti, degli affari esteri, un decreto avente valore di legge ordinaria per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, secondo i principi generali della presente legge e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nel presente articolo.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati alcuni emendamenti. Se ne dia lettura.

BALBO, segretario:

Al primo comma, lettera a), dopo le parole: « aventi diritto » inserire le altre: « ivi compresi, per i casi d'urgenza, i lavoratori frontalieri ».

37. 3 LA COMMISSIONE

Al secondo comma, aggiungere, in fine, le parole: « nonchè in attuazione della legge 2 maggio 1969, n. 302 ».

37.4 LA COMMISSIONE

All'ultimo comma, sostituire le parole da: « della presente legge », sino alla fine del comma, con le altre: « e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nella presente legge, tenuto conto delle condizioni specifiche di detto personale. ».

37. 1 LA COMMISSIONE

All'ultimo comma sostituire le parole da: « l'erogazione » sino alla fine del comma, con le altre: « l'erogazione dell'assistenza al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, secondo i principi generali e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nella presente legge.

351° SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Fino all'entrata in vigore della nuova disciplina l'assistenza continua ad essere erogata secondo le speciali norme e con le strutture esistenti ».

37.2

GATTI, NENCIONI

All'ultimo comma sostituire le parole: « e con l'osservanza dei criteri direttivi indicati nel presente articolo » con le altre: « tenuto conto delle specifiche esigenze del personale navigante e della navigazione.

Fino all'entrata in vigore della nuova disciplina l'assistenza continua ad essere erogata secondo le speciali norme e con le strutture esistenti ».

37.5 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI, ROSI

MERZARIO, relatore. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

M E R Z A R I O, relatore. Signor Presidente, avevamo già approvato un emendamento all'articolo 19 che sosteneva una analoga esigenza, cioè quella di garantire in particolari circostanze l'assistenza agli emigranti. In questo caso si tratta dei frontalieri, e l'intervento è circoscritto ai casi di urgenza: quindi raccomandiamo l'accoglimento degli emendamenti 37. 3 e 37. 4.

Per quanto riguarda invece il 37.1, la Commissione ha inteso prendere in considerazione le complesse condizioni del personale navigante e, trattandosi di una delega affidata al Governo per l'erogazione dell'assistenza (delega la cui scadenza è preventivata per il 31 dicembre 1979), è pacifico che in quest'anno di transizione saranno garantite le attuali prestazioni. Affermando questo, dato che alcuni colleghi hanno presentato altri emendamenti di analogo tenore, ma aggiungendo la « salvaguardia delle strutture », mi permetterei di invitarli a ritirare i loro emendamenti perchè sarebbe sbagliato ipotizzare trattamenti differenziati rispetto alla normativa che regola lo scioglimento delle casse mutue al termine della fase transitoria di regime commissariale.

PRESIDENTE. Gli emendamenti 37.2, presentato dai senatori Gatti e Nencioni, e 37.5, presentato dal senatore Ruffino e da altri senatori, sembrano alla Presidenza preclusi da precedenti votazioni.

Invito il Governo ad esprimere il parere sugli emendamenti della Commissione.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Sono d'accordo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 37.3, presentato dalla Commissione. Chi lo approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 37.4, presentato dalla Commissione. Chi lo approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 37.1, presentato dalla Commissione. Chi lo approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

R U F F I N O. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R U F F I N O. Onorevole Presidente, volevo dire che l'emendamento 37.5 non pare precluso dalle altre votazioni. Però, poichè questo emendamento è in linea con il 37.1 presentato dalla Commissione, mi pare che sia opportuno da parte dei proponenti ritirarlo, anche se per la verità esso si differenzia nell'ultimo comma. Ma le dichiarazioni del relatore Merzario hanno dissipato ogni dubbio e perplessità in ordine alla precisa volontà di tutelare adeguatamente il personale navigante per la peculiarità delle funzioni che esercita, per cui anche a nome degli altri proponenti dichiaro di ritirare l'emendamento 37.5.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo 37 nel testo emendato. Chi lo approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 38.

(Servizio di assistenza religiosa)

Presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale è assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino.

A tale fine l'unità sanitaria locale provvede per l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica d'intesa con gli ordinari diocesani competenti per territorio; per gli altri culti d'intesa con le rispettive autorità religiose competenti per territorio.

(È approvato).

Art. 39.

(Cliniche universitarie e relative convenzioni)

Fino alla riforma dell'ordinamento universitario e della facoltà di medicina, per i rapporti tra regioni ed università relativamente alle attività del servizio sanitario nazionale, si applicano le disposizioni di cui ai successivi commi.

Al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali, le regioni e l'università stipulano convenzioni per disciplinare, anche sotto l'aspetto finanziario:

- 1) l'apporto nel settore assistenziale delle facoltà di medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale;
- 2) l'utilizzazione da parte delle facoltà di medicina, per esigenze di ricerca e di insegnamento, di idonee strutture delle unità sanitarie locali e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca della università.

Tali convenzioni una volta definite fanno parte dei piani sanitari regionali di cui al terzo comma dell'articolo 11. Con tali convenzioni:

- a) saranno indicate le strutture delle unità sanitarie locali da utilizzare a fini didattici e di ricerca, in quanto rispondano ai requisiti di idoneità fissati con decreto interministeriale adottato di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità:
- b) al fine di assicurare il miglior funzionamento dell'attività didattica e di ricerca mediante la completa utilizzazione del personale docente delle facoltà di medicina e l'apporto all'insegnamento di personale ospedaliero laureato e di altro personale laureato e qualificato sul piano didattico, saranno indicate le strutture a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera alle quali affidare funzioni didattiche integrative di quelle universitarie. Le strutture a direzione ospedaliera cui vengono affidate le suddette funzioni didattiche non possono superare il numero di quelle a direzione universitaria.

Le indicazioni previste nelle lettere a) e b) del precedente comma sono formulate previo parere espresso da una commissione di esperti composta da tre rappresentanti della università e tre rappresentanti della regione.

Le convenzioni devono altresì prevedere:

- 1) che le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura che sono attualmente gestiti direttamente dall'università, fermo restando il loro autonomo ordinamento, rientrino, per quanto concerne l'attività di assistenza sanitaria, nei piani sanitari nazionali e regionali;
- 2) che l'istituzione di muove divisioni, sezioni e servizi per sopravvenute esigenze didattiche e di ricerca che comportino nuovi oneri connessi all'assistenza a carico delle regioni debba essere attuata d'intesa tra regioni ed università.

In caso di mancato accordo tra regioni ed università in ordine alla stipula della convenzione o in ordine alla istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi di cui al comma precedente si applica la procedura di cui all'articolo 50 della legge 12 febbraio

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

1968, n. 132, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e la 1^a sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Le convenzioni di cui al secondo comma vanno attuate, per quanto concerne la utilizzazione delle strutture assistenziali delle unità sanitarie locali, con specifiche convenzioni, da stipulare tra l'università e l'unità sanitaria locale, che disciplineranno sulla base della legislazione vigente le materie indicate nell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

Le convenzioni previste nel presente articolo sono stipulate sulla base di schemi tipo approvati di concerto tra i Ministri della pubblica istruzione e della sanità, sentite le regioni, il Consiglio sanitario nazionale e la 1ª sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

All'ultimo comma, dopo le parole: « schemi tipo », inserire le altre: « da emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge ».

39. 1 CIACCI, BELLINZONA, MAFAI DE PA-SQUALE Simona, TOURN Maria Luisa, ROMANIA, RAPPOSELLI, SPARANO

CIACCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

C I A C C I. Brevemente, perchè mi pare che questo emendamento si illustri da sè. Esso riguarda un termine per l'emanazione degli schemi-tipo per le convenzioni tra le università e le regioni. Dirò solo che questo aspetto interessa molto da vicino le regioni sedi di università con facoltà di medicina. Ci sono molti problemi aperti, e da molto tempo, problemi che riguardano la collaborazione delle università e degli ospedali per quanto riguarda non solo l'assistenza ma an-

che la didattica e la ricerca, a cui si dedicano anche addetti agli ospedali, dipendenti ospedalieri, e viceversa, per quanto riguarda l'assistenza da parte del personale universitario. Problemi aperti, quindi, per quanto riguarda la didattica e la ricerca, per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi, gli orari e anche i problemi di carattere economico. Ci sono a questo proposito grosse questioni che riguardano, per esempio, anche il Policlinico di Roma; c'è molta attesa da parte delle regioni sedi di università e anche da parte delle università, perchè si tratta di interessi bilaterali. Credo che i colleghi sappiano che da molto tempo si discute di queste convenzioni e della necessità di stipularle rapidamente. Poi, quando è venuta l'approvazione da parte della Camera di questo disegno di legge si è rinviato il problema in attesa dell'approvazione definitiva da parte del Senato. Ouindi oggi si aspetta questa legge, ma non c'è una data; credo di non fare torto a nessuno se dico che anche quando nelle leggi ci sono le date e le scadenze si assiste spesso a dei rinvii: figuriamoci in materie di questo genere se manca addirittura qualsiasi indicazione di tempo.

Per questo l'emendamento fissa un termine di sei mesi a partire dall'entrata in vigore della legge.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

CRAVERO, relatore. L'articolo 39 fissa delle norme per l'uso del potenziale didattico ospedaliero e l'uso del potenziale assistenziale universitario. Ora, ritengo che queste norme debbano essere presto codificate; quindi i relatori esprimono parere favorevole all'emendamento Ciacci, anche perchè non si crei un vuoto nell'assistenza ospedaliera italiana.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Il Governo si rimette all'Assemblea.

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

P R E S I D E N T E. Metto ai voti l'emendamento 39.1 presentato dal senatore Ciacci e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 39 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 40. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 40.

(Enti di ricerca e relative convenzioni)

Convenzioni analoghe a quelle previste per le cliniche universitarie, e di cui all'articolo 39 della presente legge, potranno essere stipulate tra le regioni e gli enti di ricerca i cui organi svolgano attività finalizzata agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, al fine di disciplinare la erogazione da parte di tali organi di prestazioni sanitarie a livello preventivo, assistenziale e riabilitativo, non chè la utilizzazione del personale degli enti di ricerca secondo i fini della presente legge.

PRESIDENTE. Su questo articolo non sono stati presentati emendamenti. Pertanto lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 41. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 41.

(Convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica)

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il re-

gime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera, nonchè degli ospedali di cui all'articolo 1 della legge 26 novembre 1973, n. 817.

Salva la vigilanza tecnico-sanitaria spettante all'unità sanitaria locale competente per territorio, nulla è innovato alla disciplina vigente per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova. Con legge dello Stato, entro il 31 dicembre 1979, si provvede al nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano, ai sensi della XIV Disposizione transitoria e finale della Costituzione ed in conformità, per quanto attiene all'assistenza sanitaria, ai principi di cui alla presente legge.

I rapporti delle unità sanitarie locali competenti per territorio con gli istituti, enti ed ospedali di cui al primo comma che abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonchè con l'ospedale Galliera di Genova e con il Sovrano Ordine militare di Malta, sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al terzo comma del presente articolo devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le regioni, nell'assicurare la dotazione finanziaria alle unità sanitarie locali, devono tener conto delle convenzioni di cui al presente articolo.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al secondo comma sostituire le parole: « per quanto attiene all'assistenza sanitaria, » con le altre: « sentite le Regioni interessate per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, ».

41. 1 Fosson

FOSSON. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

F O S S O N . Signor Presidente, il consiglio regionale della Valle d'Aosta ha votato recentemente all'unanimità un ordine del giorno che ha fatto pervenire alla Commissione chiedendo che il Senato della Repubblica coordini ed integri opportunamente l'articolo 41 del disegno di legge concernente l'istituzione del servizio sanitario nazionale in modo che la riforma sanitaria possa avere completa applicazione anche nella regione della Valle d'Aosta. Desidero brevissimamente chiarire i motivi di questa richiesta.

L'articolo 41 del disegno di legge che stiamo esaminando, nell'ambito della normativa relativa alle convenzioni con istituzioni sanitarie riconosciute che erogano assistenza pubblica, detta norme riguardanti in particolare l'Ordine mauriziano, disponendo in proposito che entro il 31 dicembre 1979 lo Stato provvede ad un nuovo ordinamento. Orbene, nel sottolineare la fondatezza e la necessità di tale disposizione, indispensabile al fine di ovviare ai macroscopici difetti della vigente normativa relativa all'Ordine mauriziano, soprattutto riferendosi alla situazione creatasi a seguito dell'attuazione dell'ordinamento regionale nonchè in connessione ai principi definiti nello stesso disegno di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale, è doveroso richiamare l'attenzione e rilevare alcuni gravi difetti e carenze presenti nel testo dell'ultima parte del secondo comma dell'articolo 41, specialmente per quanto concerne la nostra regione. Infatti, ove si tenga conto che la quasi totalità delle strutture ospedaliere della Valle d'Aosta sono dell'Ordine mauriziano, appaiono evidenti il ruolo di tale istituzione nell'ambito organizzativo del servizio della regione e quindi gli effetti che l'ordinamento dell'Ordine mauriziano determina nell'esercizio della competenza della Valle d'Aosta in materia sanitaria e ospedaliera.

Per tali motivi pertanto si pone l'opportunità che nella determinazione del nuovo ordinamento del Mauriziano venga quanto meno preventivamente consultata la regione Valle d'Aosta; opportunità di consultazione che diventa altresì necessaria ove si consideri che presumibilmente la definizione di

tale ordinamento non può non interessare anche gli eventuali rapporti con le altre regioni sedi di strutture ospedaliere del Mauriziano. Nell'evidenziare inoltre che il testo dell'articolo 41, a proposito del nuovo ordinamento del Mauriziano, fa riferimento all'assistenza sanitaria, tenuto conto che l'assistenza sanitaria e l'assistenza ospedaliera costituiscono materie distinte di competenza, si rileva che tale riferimento è in contrasto con la XIV disposizione della Costituzione, la quale conserva l'Ordine mauriziano come ente ospedaliero e non come ente di assistenza sanitaria. L'emendamento proposto vuole ovviare ai difetti segnalati. Mi auguro quindi che venga approvato.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

C R A V E R O, relatore. Molto brevemente: l'Ordine mauriziano, in base alla XIV disposizione della Costituzione, deve essere riordinato con un dispositivo legislativo. C'è da tener conto che l'Ordine mauriziano per statuto ha « vocazione ospedaliera », ma la realtà dell'Ordine mauriziano riguarda, per l'assistenza ospedaliera, due regioni: il Piemonte, per i presidi di Torino, Valenza e Lanzo, e la Valle d'Aosta.

La Commissione pertanto accetta l'emendamento proposto dal senatore Fosson.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Esprimo parere favorevole.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 41.1.

TOURN MARIA LUISA. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* TOURN MARIA LUISA. Molto brevemente, onorevole Presidente. Noi ac-

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

cettiamo l'emendamento 41.1, soprattutto per le ragioni espresse prima dal senatore Fosson, cioè per le esigenze della Valle d'Aosta in tema di strutture ospedaliere. Diciamo anche che avremmo preferito che l'emendamento fosse stato formulato in modo diverso, cioè che, così come era stato indicato in un primo tempo dalla stessa regione Valle d'Aosta, si fossero inserite le parole: « sentite le regioni interessate » dopo le parole: « con legge dello Stato », in quanto, in questo modo, si sarebbe data una maggiore possibilità di intervento alle regioni stesse per quanto riguarda il nuovo ordinamento dell'Ordine mauriziano.

Però, dato che comunque questa legge dello Stato dovrà tener conto della legge generale di riforma sanitaria che stiamo per votare, diamo il nostro voto favorevole all'emendamento presentato dal senatore Fosson.

P R E S I D E N T E. Metto ai voti l'emendamento 41.1 presentato dal senatore Fosson, accettato sia dalla Commissione che dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 41 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 42. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 42.

(Istituti a carattere scientifico)

Le disposizioni del presente articolo si applicano agli istituti riconosciuti a carattere scientifico che erogano prestazioni sanitarie a livello preventivo curativo e riabilitativo e che svolgano attività di ricerca nelle discipline mediche ad esse collegate.

Il riconoscimento del carattere scientifico è effettuato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, sentite le regioni interessate ed il Consiglio sanitario nazionale.

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicate; i conseguenti rapporti sono regolati da apposite convenzioni da stipulare con le regioni secondo schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, avuto riguardo alla natura della personalità giuridica degli istituti stessi e alle speciali e particolari prestazioni erogate.

Continuano ad essere esercitate dai competenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico amministrativo di detti istituti. Il Governo è delegato ad emanare entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, uno o più decreti aventi valore di legge per disciplinare:

- a) la composizione degli organi di amministrazione degli istituti con personalità giuridica di diritto pubblico, che dovrà prevedere la presenza di rappresentanti delle regioni;
- b) per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico il controllo sugli atti in conformità al sistema vigente per gli enti pubblici a carattere nazionale, per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto privato forme di controllo tecnicofunzionale nel rispetto della loro autonomia;
- c) le modalità di finanziamento per la copertura della spesa attinente alla ricerca biomedica;
- d) la disciplina dello stato giuridico o del trattamento economico del personale degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico.

Sino all'adozione dei decreti ministeriali di cui ai successivi commi non è consen-

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

tito il riconoscimento di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, previa verifica dell'attività di ricerca scientifica svolta, sentito il Consiglio sanitario nazionale, provvede con proprio decreto al riordino degli istituti di cui al presente articolo in relazione alle finalità e agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, confermando o meno gli attuali riconoscimenti.

Gli istituti a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico, ai quali non viene confermato il riconoscimento, perdono la personalità giuridica; con lo stesso decreto di cui al precedente comma i beni, le attrezzature ed il personale, nonchè i rapporti giuridici in atto, sono trasferiti ai sensi degli articoli 66 e 68. Ove gli istituti ai quali non è confermato il riconoscimento abbiano personalità giuridica di diritto privato, gli stessi sono disciplinati ai sensi del successivo articolo 43.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati due emendamenti. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

All'emendamento 42. 1, alla lettera c), dopo le parole: « degli istituti », inserire le altre: « di diritto pubblico ». Alla stessa lettera c), in fine, aggiungere il seguente periodo: « con riferimento a detti piani, il Ministero della sanità potrà stipulare apposite convenzioni con gli istituti di diritto privato per l'attuazione dei programmi di ricerca ».

42.1/1

LA COMMISSIONE

Sostituire l'articolo con il seguente:

« (Istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico)

Le disposizioni del presente articolo si applicano agli istituti che insieme a prestazioni sanitarie di ricovero e cura svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica.

Il riconoscimento del carattere scientifico di detti istituti è effettuato con decreto del Ministro della sanità di intesa con il Ministro della pubblica istruzione, sentite le regioni interessate e il Consiglio sanitario nazionale.

Detti istituti per la parte assistenziale sono considerati presidi ospedalieri multizonali delle unità sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati.

Nei confronti di detti istituti, per la parte assistenziale, spettano alle regioni le funzioni che esse esercitano nei confronti dei presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali o delle case di cura private a seconda che si tratti di istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico o di istituti aventi personalità giuridica di diritto privato. Continuano ad essere esercitate dai competenti organi dello Stato le funzioni attinenti al regime giuridico-amministrativo degli istituti.

Per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto privato sono stipulate dalle regioni convenzioni per assistenza sanitaria, sulla base di schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, che tengano conto della particolarità di detti istituti. I rapporti tra detti istituti e le regioni sono regolati secondo quanto previsto dagli articoli 41, 43 e 44 della presente legge.

Il controllo sulle deliberazioni degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico, per quanto attiene alle attività assistenziali, è esercitato nelle forme indicate dal primo comma dell'articolo 49. L'annullamento delle deliberazioni adottate in deroga alle disposizioni regionali non è consentito ove la deroga sia stata autorizzata con specifico riguardo alle finalità scientifiche dell'Istituto, mediante decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della ricerca scientifica.

Il Governo è delegato ad emanare, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti aventi valore di legge, per disciplinare:

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

- a) la composizione degli organi di amministrazione degli Istituti con personalità giuridica di diritto pubblico, che dovrà prevedere la presenza di rappresentanti delle regioni e delle unità sanitarie locali competenti per territorio;
- b) i sistemi di controllo sugli atti relativi all'attività non assistenziale, sia per gli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico che per quelli aventi personalità giuridica di diritto privato, nel rispetto della loro autonomia;
- c) le procedure per la formazione dei programmi di ricerca biomedica degli istituti e le modalità di finanziamento dei programmi stessi, prevedendo in particolare il loro inserimento in piani di ricerca, coordinati a livello nazionale e articolati per settore di ricerca, definiti di intesa tra i Ministri della sanità, della pubblica istruzione e per la ricerca scientifica, sentito il Consiglio sanitario nazionale, anche con riferimento agli obiettivi indicati nel piano sanitario nazionale;
- d) la disciplina dello stato giuridico e del trattamento economico del personale degli istituti aventi personalità giuridica di diritto pubblico in coerenza con quello del personale del Servizio sanitario nazionale.

Sino all'adozione dei decreti ministeriali di cui ai successivi commi non è consentito il riconoscimento di nuovi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione, previa verifica dell'attività di ricerca scientifica svolta, sentiti il Consiglio sanitario nazionale e la Commissione composta da 10 deputati e 10 senatori prevista all'articolo 78, provvede con proprio decreto al riordino degli istituti di cui al presente articolo in relazione alle finalità e agli obiettivi del servizio sanitario nazionale, confermando o meno gli attuali riconoscimenti.

Gli istituti a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico, ai quali non viene confermato il riconoscimento, perdono la personalità giuridica; con lo stesso decreto di cui al precedente comma i beni, le attrezzature ed il personale, nonchè i rapporti giuridici in atto, sono trasferiti ai sensi degli articoli 66 e 68. Ove gli istituti ai quali non è confermato il riconoscimento abbiano personalità giuridica di diritto privato, gli stessi sono disciplinati ai sensi del successivo articolo 43 ».

42. 1

LA COMMISSIONE

CRAVERO, relatore. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

C R A V E R O , relatore. Non illustrerò in dettaglio il lungo emendamento, frutto del lavoro collegiale della Commissione. In sintesi tratta di istituzioni che danno prestazioni di ricovero e di cura e che svolgono anche specifica attività scientifica. Si è voluta evidenziare la dicotomia esistente tra la parte scientifica e la parte assistenziale per la quale a tutti gli effetti tali istituti debbono essere considerati come presidi multizonali e quindi sottoposti ai controlli della regione.

In un'altra parte di questo lungo emendamento si dà mandato al Governo (e vorrei sottolinearlo) di valutare realmente entro breve tempo quali sono gli istituti che veramente hanno carattere scientifico ed il diritto-dovere di rientrare in questo articolo e quelli che di questo nome si fregiano soltanto senza averne le caratteristiche.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

ANSELMI TINA, ministro della sanità. Il Governo è d'accordo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 42.1/1. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti, nel testo emendato, l'emendamento 42.1, presentato dalla Commissione e accettato dal Governo, sostitutivo del-

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

l'articolo 42. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 43. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 43.

(Autorizzazione e vigilanza su istituzioni sanitarie)

La legge regionale disciplina l'autorizzazione e la vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato, ivi comprese quelle di cui all'articolo 41, primo comma, che non hanno richiesto di essere classificate ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, su quelle convenzionate di cui all'articolo 26, e sulle aziende termali e definisce le caratteristiche funzionali cui tali istituzioni e aziende devono corrispondere onde assicurare livelli di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali. Restano ferme le funzioni di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 5.

Gli istituti, enti ed ospedali di cui all'articolo 41, primo comma, che non abbiano ottenuto la classificazione ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e le istituzioni a carattere privato che abbiano un ordinamento dei servizi ospedalieri corrispondente a quello degli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, possono ottenere dalla regione, su domanda da presentarsi entro i termini stabiliti con legge regionale, che i loro ospedali, a seconda delle caratteristiche tecniche e specialistiche, siano considerati, ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, presidi dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati, sempre che il piano regionale sanitario preveda i detti presidi. I rapporti dei predetti istituti, enti ed ospedali con le unità sanitarie locali sono regolati da apposite convenzioni.

Le convenzioni di cui al comma precedente devono essere stipulate in conformità a schemi tipo approvati dal Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale e devono prevedere fra l'altro forme e modalità per assicurare l'integrazione dei relativi presidi con quelli delle unità sanitarie locali.

Sino alla emanazione della legge regionale di cui al primo comma rimangono in vigore gli articoli 51, 52 e 53, primo e secondo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e il decreto del Ministro della sanità in data 5 agosto 1977, adottato ai sensi del predetto articolo 51 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 31 agosto 1977, n. 236, nonchè gli articoli 194, 195, 196, 197 e 198 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, intendendosi sostituiti al Ministero della sanità la regione e al medico provinciale e al prefetto il presidente della giunta regionale.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al secondo comma, dopo le parole: « 12 febbraio 1968, n. 132 », sopprimere le altre: « e le istituzioni a carattere privato ».

43.1 CIACCI, BELLINZONA, MODICA, SPARANO, ROMANIA, TOURN Maria Luisa, MAFAI DE PASQUALE Simona, CONTERNO DEGLI ABBATI Anna Maria

CIACCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

C I A C C I . Signor Presidente, avevamo evidenziato il nostro dissenso dalla formulazione dell'articolo 43 al momento del voto in Commissione, ma vi è stato successivamente un impegno a migliorare l'articolo 53. Per questa ragione i comunisti ritirano il loro emendamento.

351ª SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'articolo 43. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 44. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 44.

(Convenzioni con istituzioni sanitarie)

Il piano sanitario regionale di cui all'articolo 55 accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private di cui all'articolo precedente, tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate.

La legge regionale stabilisce norme per:

- a) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le istituzioni private di cui all'articolo precedente, da stipularsi in armonia col piano sanitario regionale e garantendo la erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali;
- b) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le aziende termali di cui all'articolo 36.

Dette convenzioni sono stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le convenzioni stipulate a norma del presente articolo dalle unità sanitarie locali competenti per territorio hanno efficacia anche per tutte le altre unità sanitarie locali del territorio nazionale.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati due emendamenti. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al primo comma aggiungere in fine le parole: « e indica i motivi per l'esclusione

delle strutture che abbiano chiesto di convenzionarsi ».

44.1 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI, ROSI

Al secondo comma aggiungere la seguente lettera:

« c) le convenzioni tra le unità sanitarie locali e i centri di riabilitazione di cui all'articolo 26 ».

44. 2

RUFFINO

RUFFINO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R U F F I N O. Onorevole Presidente, dichiaro di ritirare l'emendamento 44. 2, mentre pregherei i colleghi di esaminare con attenzione l'emendamento 44. 1.

L'articolo 44 stabilisce che il piano sanitario regionale accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate. A questa norma vorremmo aggiungere che il piano regionale dovrebbe indicare i motivi per l'esclusione delle strutture che abbiano chiesto di convenzionarsi. Mi sembra una esigenza di chiarezza e di moralizzazione dei rapporti fra gli istituti (che chiedono di essere convenzionati) e la regione (che stabilisce la possibilità o meno della convenzione).

Questa è la *ratio* che sta alla base dell'emendamento 44. 1 sul quale richiamo l'attenzione dei colleghi.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

MERZARIO, relatore. Signor Presidente, credo che la stanchezza e l'ora tarda dovrebbero fare da tranquillante. Sono certo che il nostro invito al collega Ruffino a trasformare questo emendamento in un ordine del giorno verrà accolto anche per-

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

chè si tratta di materia molto delicata che non conviene includere in un disegno di legge-quadro che fissa principi generali. Quindi pregheremmo il collega Ruffino di trasformare l'emendamento in un ordine del giorno; in questo caso il nostro parere sarà positivo.

PRESIDENTE. Senatore Ruffino, ha udito l'invito del relatore?

R U F F I N O. Accolgo l'invito del relatore.

PRESIDENTE. Allora deve fornirci il testo dell'ordine del giorno.

RUFFINO. Il testo è il seguente:

« Il Senato,

invita le Regioni a dare motivazioni dell'esclusione delle istituzioni private di cui all'articolo 44 del disegno di legge che abbiano chiesto di convenzionarsi ».

9.1291.10

RUFFINO

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere su questo ordine del giorno.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Il Governo è d'accordo.

PRESIDENTE. Senatore Ruffino, insiste per la votazione del suo ordine del giorno?

RUFFINO. Non insisto.

PRESIDENTE. Passiamo allora alla votazione dell'articolo 44. Lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 45. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 45.

(Associazioni di volontariato)

È riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale.

Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci. Dette istituzioni, se attualmente riconosciute come istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), sono escluse dal trasferimento di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

A tal fine le predette istituzioni avanzano documentata istanza al presidente della giunta regionale che con proprio decreto procede, sentito il consiglio comunale ove ha sede l'istituzione, a dichiarare l'esistenza delle condizioni previste nel comma precedente. Di tale decreto viene data notizia alla commissione di cui al sesto comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

Sino all'entrata in vigore della legge di riforma dell'assistenza pubblica dette istituzioni restano disciplinate dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modifiche e integrazioni.

I rapporti fra le unità sanitarie locali e le associazioni del volontariato ai fini del loro concorso alle attività sanitarie pubbliche sono regolati da apposite convenzioni nell'ambito della programmazione e della legislazione sanitaria regionale.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al secondo comma, aggiungere, in fine, le parole: « e assumeranno la natura giu-

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

ridica che verrà stabilita dalla legge di riforma dell'assistenza ».

45. 1 PITTELLA, FINESSI, DALLE MURA,
MINNOCCI, CARNESELLA, FERRALASCO, TALAMONA, SIGNORI

PITTELLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PITTELLA. L'emendamento è stato presentato al fine di non pregiudicare in alcun modo le soluzioni che si stanno delineando in sede di elaborazione del testo di riforma dell'assistenza, in discussione all'altro ramo del Parlamento.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

CRAVERO, relatore. Signor Presidente, ai relatori sembra che nel penultimo comma dell'articolo 45 ci sia già un riferimento alla riforma dell'assistenza. Pertanto invitiamo i proponenti a ritirare lo emendamento e a trasformarlo in ordine del giorno.

PRESIDENTE. Senatore Pittella, è d'accordo con quanto proposto dal relatore?

PITTELLA. Accolgo l'invito fattomi dal relatore e trasformo l'emendamento in ordine del giorno.

PRESIDENTE. Invito il senatore segretario a dare lettura dell'ordine del giorno.

PALA, segretario:

« Il Senato

invita il Governo a tener conto, per la definitiva sistemazione delle IPAB, della legge di riforma sull'assistenza in via di approvazione ».

9.1291.11

PITTELLA

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere sull'ordine del giorno in esame.

ANSELMI TINA, ministro della sanità. Lo accolgo.

PRESIDENTE. Senatore Pittella, insiste per la votazione dell'ordine del giorno?

PITTELLA. Non insisto.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo 45. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Art. 46.

(Mutualità volontaria)

La mutualità volontaria è libera.

È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

(È approvato).

CAPO IV

PERSONALE.

Art. 47.

(Personale dipendente)

Lo stato giuridico ed economico del personale delle unità sanitarie locali è disciplinato, salvo quanto previsto espressamente dal presente articolo, secondo i principi

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

generali e comuni del rapporto di pubblico impiego.

In relazione a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 13, la gestione amministrativa del personale delle unità sanitarie locali è demandata all'organo di gestione delle stesse, dal quale il suddetto personale dipende sotto il profilo funzionale, disciplinare e retributivo.

Il Governo è delegato ad emanare, entro il 30 giugno 1979, su proposta del Presidente del Consiglio, di concerto con i Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale, previa consultazione delle associazioni sindacali delle categorie interessate uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per disciplinare, salvo quanto previsto dall'ottavo comma del presente articolo, lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

- 1) assicurare un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale;
- 2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, tecnico ed amministrativo secondo qualifiche funzionali con la specificazione dei profili di professionalità e delle mansioni;
- 3) definire le tabelle di equiparazione per il personale proveniente dagli enti e dalle amministrazioni le cui funzioni sono trasferite ai comuni per essere esercitate mediante le unità sanitarie locali e provvedere a regolare i trattamenti di previdenza e di quiescenza, compresi gli eventuali trattamenti integrativi di cui all'articolo 14 della legge 20 marzo 1975, n. 70;
- 4) garantire con criteri uniformi il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici e veterinari dipendenti dalle unità sanitarie locali, degli istituti universitari e dei policlinici convenzionati e degli istituti scientifici di ricovero e cura di cui all'articolo 42. Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività;
- 5) prevedere misure rivolte a favorire, particolarmente per i medici a tempo pieno, l'esercizio delle attività didattiche e

scientifiche e ad ottenere, su richiesta, il comando per ragioni di aggiornamento tecnico scientifico;

- 6) fissare le modalità per l'aggiornamento obbligatorio professionale del personale:
- 7) prevedere disposizioni per rendere omogeneo il trattamento economico complessivo e per equiparare gli istituti normativi aventi carattere economico del personale sanitario universitario operante nelle strutture convenzionate con quelli del personale delle unità sanitarie locali.

Ai fini di una efficace organizzazione dei servizi delle unità sanitarie locali, le norme delegate di cui al comma precedente, oltre a demandare alla regione il potere di emanare norme per la loro attuazione ai sen si dell'articolo 117, ultimo comma, della Co stituzione, dovranno prevedere:

- 1) criteri generali per la istituzione e la gestione da parte di ogni regione di ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale addetto ai presidi, servizi ed uffici delle unità sanitarie locali. Il personale in servizio presso le unità sanitarie locali sarà collocato nei diversi ruoli in rapporto a titoli e criteri fissati con decreto del Ministro della sanità. Tali ruoli hanno valore anche ai fini dei trasferimenti, delle promozioni e dei concorsi;
- 2) criteri generali per i comandi o per i trasferimenti nell'ambito del territorio regionale;
- 3) criteri generali per la regolamentazione, in sede di accordo nazionale unico, della mobilità del personale;
- 4) disposizioni per disciplinare i concorsi pubblici, che devono essere banditi dalla regione su richiesta delle unità sanitarie locali, e per la efficacia delle graduatorie da utilizzare anche ai fini del diritto di scelta tra i posti messi a concorso;
- 5) disposizioni volte a stabilire che nell'ambito delle singole unità sanitarie locali l'assunzione avviene nella qualifica funzionale e non nel posto.

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

I decreti delegati di cui al terzo comma del presente articolo prevedono altresì norme riguardanti:

- a) i criteri per la valutazione, anche ai fini di pubblici concorsi, dei servizi e dei titoli di candidati che hanno svolto la loro attività o nelle strutture sanitarie degli enti di cui all'articolo 41 o in quelle convenzionate a norma dell'articolo 43 fatti salvi i diritti acquisiti ai sensi dell'articolo 129 del decreto del Presidente della Repubblica numero 130 del 27 marzo 1969;
- b) la quota massima dei posti vacanti che le regioni possono riservare, per un tempo determinato, a personale in servizio a rapporto di impiego continuativo presso strutture convenzionate che cessino il rapporto convenzionale nonchè le modalità ed i criteri per i relativi concorsi;
- c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma, previo concorso riservato, del personale sanitario e laureato dei ruoli speciali addetto all'attività sanitaria in servizio continuativo a qualunque titolo in data non successiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche.

Le unità sanitarie locali, per l'attuazione del proprio programma di attività e in relazione a comprovate ed effettive esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca, previa autorizzazione della regione, individuano le strutture, le divisioni ed i servizi cui devono essere addetti sanitari a tempo pieno e prescrivono, anche in carenza della specifica richiesta degli interessati, a singoli sanitari delle predette strutture, divisioni e servizi, la prestazione del servizio a tempo pieno.

In riferimento al comma precedente, i relativi bandi di concorso per posti vacanti prescrivono il rapporto di lavoro a tempo pieno.

Il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del rapporto d'impiego di tutto il personale sono disciplinati mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei ministri e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

È fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto e comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Il Ministero della difesa può stipulare convenzioni con le unità sanitarie locali per prestazioni professionali presso la organizzazione sanitaria militare da parte del personale delle unità sanitarie locali nei limiti di orario previsto per detto personale.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati alcuni emendamenti. Se ne dia lettura.

PALA, segretario:

Al terzo comma, sostituire il numero 2) con il seguente:

« 2) disciplinare i ruoli del personale sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo; ».

47.6

LA COMMISSIONE

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Al terzo comma, numero 2), dopo le parole « i ruoli del personale » inserire l'altra: « professionale ».

47.4 PITTELLA, ROCCAMONTE, FINESSI,
MINNOCCI, CARNESELLA, DALLE
MURA, SIGNORI, SCHIETROMA

Al terzo comma, numero 4), dopo le parole: « policlinici convenzionati », inserire le seguenti: « delle istituzioni sanitarie private di cui all'articolo 41 ».

47.1 PINTO, SPADOLINI, VENANZETTI

Al terzo comma, numero 4), sopprimere il periodo finale: « Con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività ».

47. 2 PINTO, SPADOLINI, VENANZETTI

Al terzo comma, sopprimere il numero 5).

47.3 PINTO, SPADOLINI, VENANZETTI

All'emendamento 47.7, sostituire le parole: « 30 giugno 1978 » con le altre: « 30 settembre 1978 ».

47.7/1 DE CAROLIS, DELLA PORTA, RUFFINO, MEZZAPESA, MANENTE COMUNALE, NENCIONI, COLOMBO Vittorino (V.), COLELLA, GRAZIOLI, CoDAZZI Alessandra

Al quinto comma, sostituire la lettera c) con la seguente:

- « c) le modalità ed i criteri per l'immissione nei ruoli regionali di cui al n. 1) del precedente comma, previo concorso riservato, del personale non di ruolo addetto esclusivamente, e in modo continuativo, ai servizi sanitari in data non successiva al 30 giugno 1978 ed in servizio all'atto dell'entrata in vigore della presente legge presso regioni, comuni, province, loro consorzi e istituzioni ospedaliere pubbliche ».
- 47.7 CIACCI, PITTELLA, GIUDICE, BELLINZONA, DEL NERO, ROCCAMONTE, COSTA

Al quinto comma, lettera c), sostituire le parole: « 30 giugno 1978 » con le altre: « 30 luglio 1978 » ed aggiungere in fine le parole: « Sono fatti salvi i diritti acquisiti a seguito di avvisi pubblici espletati alla data suddetta ».

47. 11 RUFFINO

Al quinto comma, lettera c), aggiungere in fine le parole: « e fatti salvi i diritti acquisiti a seguito di avvisi pubblici espletati alla data suddetta ».

47.5 MINNOCCI, ROCCAMONTE, SCHIETRO-MA, PITTELLA, CARNESELLA, DAL LE MURA, SIGNORI, FINESSI

Dopo il quinto comma, inserire il seguente:

« Fino all'emanazione dei predetti decreti non possono essere banditi nuovi concorsi e rimane sospeso lo svolgimento di quelli già banditi e non ancora iniziati ».

47. 9 RICCI

Dopo il nono comma, inserire il seguente:

- « L'accordo unico nazionale deve contenere idonee misure per garantire la prosecuzione dei servizi essenziali in caso di astensioni collettive dal lavoro ».
- 47. 10 ROMEI, COPPO, CODAZZI Alessandra, VITALE Antonio, BOMBARDIERI, CAROLLO, FOSCHI, BOMPIANI, SPEZIA, ANDREATTA, CARBONI, RUFFINO

Al penultimo comma, dopo il primo periodo inserire il seguente:

« Allo scopo di garantire la parificazione delle lingue italiana e tedesca nel servizio sanitario, è fatta salva l'indennità di bilinguismo in provincia di Bolzano ».

47.8 MITTERDORFER, BRUGGER

PITTELLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

PITTELLA. L'emendamento 47.4 è ritirato in quanto una modifica concordata sarà presentata dalla Commissione.

PINTO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* P I N T O. Ritiro gli emendamenti 47.1 e 47.3. Insisto invece per la votazione dell'emendamento 47.2 che tende a sopprimere, al terzo comma, le parole: « con legge regionale sono stabiliti le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività ».

Riteniamo che il libero esercizio dell'attività professionale del medico non possa essere definito nell'ambito di una regione anche perchè potrebbe aversi una diversità di trattamento nelle diverse regioni, il che sarebbe incostituzionale.

CIACCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

C I A C C I . Solo due parole per dire che l'emendamento 47.7, firmato anche dai colleghi socialisti, indipendenti di sinistra, democratici cristiani e socialdemocratici, è un miglioramento del testo della Commissione, è una definizione più rigorosa e si riferisce al personale in servizio in modo continuativo al 30 giugno 1978 e allo stesso tempo garantisce comunque il personale che ha diritto alla partecipazione a questi concorsi riservati.

RUFFINO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R U F F I N O. Onorevole Presidente, con l'emendamento 47.11, analogo al 47.5 presentato dal Gruppo socialista, intendiamo affermare il principio che siano fatti salvi i diritti acquisiti a seguito di avvisi pubblici espletati alla data — noi diciamo — del 30 luglio 1978.

Se così non venisse disposto, credo che non terremmo nel dovuto conto alcune situazioni di ospedalieri i cui avvisi pubblici sono stati espletati in data successiva al 30 giugno 1978 e ciò, talora, per carenza di iniziativa di alcune regioni.

MINNOCCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

M I N N O C C I . Signor Presidente, l'emendamento 47.5, pressappoco uguale a quello del senatore Ruffino tranne il fatto che il mio non prevede lo spostamento di data, vuole fare salvi i diritti che alla data del 30 giugno 1978 sono stati già acquisiti da quei medici che hanno vinto un concorso per avviso pubblico nei mesi di aprile, maggio e giugno 1978, ma che hanno preso servizio successivamente alla data del 30 giugno 1978.

RICCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* RICCI. Signor Presidente, nella linea che ha ispirato i presentatori dei due emendamenti precedenti, 47.11 e 47.5, ho presentato l'emendamento 47.9, in quanto il testo della legge fissa la data del 30 giugno 1979 come termine entro il quale dovranno essere emanati i decreti delegati. Sembra di capire, dal complesso degli emendamenti che per successive approssimazioni sono stati presentati, che entro questa data i sanitari che si trovino in determinate posizioni o che debbano essere compresi nell'elenco speciale sono ammessi ad essere sistemati con un concorso riservato. Non si dice nulla, però, circa la fase intercorrente tra la data di entrata in vigore della legge e quella di emissione dei decreti delegati, per cui le istituzioni ospedaliere, gli enti ospedalieri in generale, potrebbero continuare a fare espletare i concorsi già banditi o potrebbero anche bandire concorsi in quanto non vi è nulla che lo impedisca.

Quindi per quelle istituzioni ospedaliere che bandissero e portassero avanti i concorsi o iniziassero i concorsi già banditi si vanificherebbe il principio del concorso riservato al quale si ispirava prima la legge,

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

poi il primo emendamento della Commissione e poi l'emendamento 47.7. Ho chiesto chiarimenti e mi è stato risposto che, nello spirito di questa norma, i concorsi banditi dovrebbero essere sospesi e le istituzioni ospedaliere non dovrebbero bandirne fino a quando non escano i decreti delegati, ma non mi risulta che vi sia nulla che lo vieti, a meno che non ci sia un preciso chiarimento che diventi impegnativo anche per le istituzioni ospedaliere. Mi permetto di sottolineare l'utilità di chiarire che fino a quando non vengano fissati i criteri per l'immissione nei ruoli di questo personale, non si possa dar luogo all'espletamento di concorsi nè si possano bandire concorsi: i concorsi si bandiranno in epoca successiva.

ROMEI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROMEI. Signor Presidente, credo che riscuota consensi unanimi, dentro e fuori di quest'Aula, l'affermazione secondo cui i servizi essenziali connessi col diritto alla tutela della salute non possono conoscere soluzioni di continuità; dovremmo dunque essere d'accordo che anche nei casi di astensione collettiva dal lavoro quei servizi debbono potere ugualmente funzionare. Queste, onorevoli colleghi, sono le due affermazioni fondamentali dell'emendamento 47. 10 che ritengo da voi condivise. Resta allora il problema della identificazione di tali servizi, delle misure da prendere per garantirne il funzionamento anche durante le astensioni prima dette, dell'autorità cui vengono affidati tali compiti.

Noi proponiamo che tutto questo venga affidato alle due controparti nel momento in cui procedono alla stipula degli accordi previsti dall'ottavo comma dell'articolo 47. Questa è una soluzione che, dando credito alle responsabili posizioni della federazione CGIL-CISL-UIL, in materia di regolamentazione del diritto di sciopero, rende le decisioni in un certo senso non più procrastinabili. Abbiamo infatti letto sulla stampa (sono dichiarazioni di Giorgio Benvenuto) che la federazione CGIL-CISL-UIL « entro la fine

di gennaio varerà i codici di autodisciplina dello sciopero » per i servizi pubblici.

Con l'accoglimento del nostro emendamento, quindi, si porrebbe un vincolo giuridico, una norma di principio che obbliga a fare davvero quello che i sindacati hanno detto. ponendo però delle scadenze precise. Così stando le cose, riteniamo che la nostra proposta sia a favore e non contro le posizioni sindacali: non sarà infatti ininfluente introdurre un principio del genere nella nostra legislazione; si apre una strada, un varco che potrebbe definitivamente allontanare le velleità di una legge sullo sciopero. Aggiungo che non ci convincono le obiezioni emerse in Commissione, dove era stato proposto questo emendamento, secondo cui, riguardando la regolamentazione dello sciopero molti altri servizi pubblici, sarebbe fuori posto trattarne in questa sede. Ciò in primo luogo perchè - e lo spiegai ampiamente anche nel mio intervento qui in Aula nel momento in cui si demanda alla contrattazione collettiva la regolamentazione di aspetti rilevanti di un rapporto di lavoro di pubblico impiego non è fuori posto affrontare anche questo tema; in secondo luogo perchè, data la novità e l'estrema delicatezza del servizio sanitario nazionale, è doveroso circondare quest'ultimo di tutte le possibili cautele per la sua attuazione.

Spetterà poi al Presidente della Repubblica, nel momento in cui dovrà, ai sensi del nono comma dell'articolo 47, rendere esecutivo l'accordo sindacale, apprezzare la congruità delle soluzioni concordate in sede sindacale per garantire appunto la continuità al diritto alla tutela della salute e decidere quindi in conseguenza di tale apprezzamento.

Per queste semplici ed elementari ma importanti considerazioni, che antepongono gli interessi generali del paese a quelli pur legittimi delle categorie e che affidano questa buona regola democratica al senso di misura ed alla maturità del sindacato, confidiamo che l'emendamento proposto riscuota il consenso unanime di questa Assemblea.

MITTERDORFER. Domando di parlare.

351ª SEDUTA (notturna)

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MITTERDORFER. Signor Presidente, per accordo internazionale e per legge costituzionale la lingua tedesca in provincia di Bolzano è parificata a quella italiana. Ciò vuol dire che in provincia di Bolzano ogni cittadino, sia esso di lingua italiana o di lingua tedesca, ha il diritto di usare la propria madrelingua nei confronti degli uffici pubblici e dei pubblici servizi, oltre che naturalmente nella vita privata (questo s'intende). Ne deriva la necessità, accolta nelle norme di attuazione dello statuto del Trentino-Alto Adige, che ogni dipendente del pubblico impiego o di un pubblico servizio conosca le due lingue, debba essere perciò bilingue. Bilinguismo vuol dire allora conoscenza delle due lingue per chi è al servizio della collettività; e tale conoscenza viene controllata con esami che sono regolati dalle norme di attuazione.

È evidente che questa esigenza impone a chi entra a far parte del pubblico impiego un onere, un impegno e una preparazione che va al di là delle cognizioni acquisite con l'insegnamento della seconda lingua nella scuola dell'obbligo. L'esercizio delle stesse funzioni o mansioni nell'una o nell'altra lingua, secondo le esigenze del caso, rappresenta una prestazione qualitativamente superiore all'esercizio in una sola lingua, in modo da giustificare sotto ogni aspetto una retribuzione particolare e superiore. Del resto di questo si è reso conto il Governo già molti anni fa, quando negli anni '60 ha proposto quella legge che chiamammo sulla indennità di bilinguismo ancora oggi in vigore per i funzionari dipendenti dello Stato. L'articolo 47 con la formulazione attuale non permetterebbe che nel servizio sanitario, per questa preparazione e questo impegno particolare che viene richiesto al sanitario e per le mansioni collegate da svolgere in provincia di Bolzano, si possa dare una indennità.

Questa è la ragione per cui ci siamo permessi di presentare questo emendamento e io pregherei i colleghi di voler capire la motivazione e di volerlo appoggiare. $D\ E\ C\ A\ R\ O\ L\ I\ S$. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* D E C A R O L I S . Signor Presidente, onorevole Ministro, per la verità ogni qualvolta si cerca di determinare delle date entro cui certe situazioni possano avere o meno rilevanza, soprattutto ai fini di un inquadramento giuridico o di passaggi in ruolo, si commettono delle ingiustizie di carattere sostanziale, anche se non di carattere formale.

L'emendamento 47.7/1, avvicinando questa data a quella di entrata in vigore della legge sulla istituzione del servizio sanitario nazionale, diminuisce la possibilità di sostanziali ingiustizie che possono essere commesse fissando o una data molto lontana o una data intermedia. Questa è la ragione di questo emendamento. Potrebbe essere ancora meglio affermata con un emendamento che facesse coincidere ad esempio — e per questo mi rivolgo alla Commissione — tale data con quella della entrata in vigore della legge.

CRAVERO, relatore. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CRAVERO, relatore. Signor Presidente, l'emendamento 46.6 presentato dalla Commissione amplia il numero dei ruoli per i futuri dipendenti del servizio sanitario nazionale, rifacendosi alla legge n. 70 per il parastato, inserendo anche un ruolo professionale.

Per quanto riguarda l'emendamento 47.2 del collega Pinto, esprimo parere contrario dal momento che il testo è preso a pie' pari dalla legge n. 349 che tutti i medici hanno accolto unanimemente. Mi pare logico che la libera professione sia un diritto poterla esercitare, però bisogna porre delle modalità e dei limiti al suo esercizio per i lavoratori dipendenti.

Per quanto riguarda l'emendamento 47.7 del senatore Ciacci sono favorevole. Per tut-

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

ti gli altri emendamenti 47.11, 47.9, 47.5 e 47.7/1 che riguardano deroghe alla data del 30 giugno 1978, i relatori e la Commissione nutrono molte perplessità, perchè tutti hanno interesse di differire ulteriormente la data. Noi invece riteniamo sia logico ad un certo punto fare uno sbarramento a partire da una certa data. Ad ogni modo vorremmo sentire anche il parere del Ministro su questo punto.

Per quanto si riferisce all'emendamento 47. 10, presentato dal senatore Romei e da altri, io per primo (e come me penso tutti quanti i colleghi) sono stato molto sfavorevolmente impressionato dai cosiddetti « scioperi a barella selvaggia ». Ritengo che non sia onesto e giusto prendere i malati in ostaggio; riconosco, però, anche che certe volte alla radice ci sono state delle giuste cause poi degenerate; comunque, si tratta di un appello che rifaccio all'onorevole Ministro, perchè solo quando finalmente riusciremo ad omogeneizzare tutti quanti i contratti di lavoro, forse solo allora potremo in parte evitare questo. Ciò non toglie che non si deve, per nessun motivo, prendere, come ho già detto, il malato in ostaggio, specie in un servizio così necessario.

Sul fatto poi di immettere tale norma come emendamento in questo disegno di legge ho personalmente qualche perplessità e prima di pronunciarmi in favore o contro o chiedere la trasformazione dell'emendamento in ordine del giorno vorrei sentire il parere anche dei colleghi, perchè ritengo che su questo punto sia logica una discussione molto più approfondita.

Per quanto riguarda l'emendamento 47.8, presentato dai senatori Mitterdorfer e Brugger, non so se sia possibile in una leggequadro inserire un'indennità speciale per una lingua, anche perchè — se ben ricordo — le direttive CEE in tema di libera circolazione per i medici non prevedono una conoscenza obbligatoria di altre lingue e nemmeno un'indennità per chi le conosce.

MITTERDORFER. C'è una legge costituzionale!

CRAVERO, relatore. Pertanto esprimiamo parere contrario sull'emendamento.

LABOR. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LABOR. Prendo la parola, brevemente, signor Presidente, sull'emendamento 47.8 dei senatori Mitterdorfer e Brugger.

Dal momento che si tratta di una legge costituzionale relativa alla regione Trentino-Alto Adige, non ci sono — mi sembra — delle contraddizioni e non vedo quali obiezioni si possano fare per l'inserimento di un tale emendamento.

La Comunità europea dà le sue direttive; si è già legiferato in merito; i motivi sono stati spiegati dal senatore Mitterdorfer; questo facilita la convivenza nell'Alto Adige ed è in applicazione dell'accordo De Gasperi-Grüber. Pertanto dobbiamo solo prenderne atto, come già moltissime altre volte abbiamo fatto in similari occasioni.

Per quanto riguarda l'emendamento 47. 10, ne stavo per suggerire la trasformazione in ordine del giorno. La nostra parte ovviamente non può che essere d'accordo sulle considerazioni di merito. Ma il problema vero non è di stabilire per legge che l'accordo unico nazionale debba contenere le misure atte ad evitare la « barella selvaggia», tanto più che l'esperienza ci insegna che, così fatte, le leggi non possono venire applicate.

Non è per caso che, dal 1945 in qua, non si è legiferato mai in merito. Oggi abbiamo una controparte, per quanto riguarda questo problema, estremamente sensibile. Non si tratta solo di Giorgio Benvenuto; ma la federazione GGIL, CISL, UIL vuole un'autoregolamentazione dello sciopero particolarmente nei servizi pubblici.

Da quando esiste la Repubblica italiana si è sempre realizzata solo una legislazione di sostegno alle conquiste sindacali. È su questa strada che bisogna camminare. Che una legislazione di sostegno venga da noi auspicata e che venga da noi auspicata la attuazione, da parte degli interessati, delle necessarie ed idonee misure per garantire la prosecuzione dei servizi necessari in caso di astensione collettiva dal lavoro in questo

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

delicato settore, in cui la creatura umana è certamente debilitata e non può venir trattata come una cosa, siamo tutti d'accordo. Ma faremmo un madornale errore se ci trasformassimo nel Senato del tempo della Camera dei fasci e delle corporazioni e, improvvisamente, all'interno di una legge credessimo di ottenere efficacia perchè mettiamo un piccolo emendamento di tre o quattro righe. Quindi auspico una trasformazione in ordine del giorno, in cui si prenda l'impegno di sostenere quanto la federazione CGIL-CISL-UIL ha deciso di fare, opportunamente, e particolarmente nei servizi pubblici di tale delicatezza ed importanza.

DI MARINO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

D I M A R I N O . Signor Presidente, sono contrario all'emendamento 47.10 per due ragioni, una di forma e una di sostanza.

Una di forma: a me sembra improprio che la legge prescriva in merito all'accordo unico nazionale, che deve essere nel suo complesso liberamente contrattato tra le parti, l'obbligo ad una determinata normativa. Ciò evidentemente viola la libertà contrattuale e sarà considerato o potrà essere considerato irricevibile da una delle parti. Si propone, infatti, con l'emendamento in esame di prescrivere per legge che obbligatoriamente in un accordo unico nazionale per sua natura liberamente contrattato debba essere contenuta in sostanza una forma di disciplina delle modalità degli scioperi, delle astensioni collettive dal lavoro.

Per quanto concerne la sostanza dell'emendamento, signor Presidente e onorevoli colleghi, è noto come sia maturata o vada maturando soprattutto nelle maggiori organizzazioni sindacali la convinzione della necessità di arrivare ad una qualche forma di autodisciplina, di autoregolamentazione delle astensioni collettive dal lavoro. Certe forme esasperate non hanno potuto non provocare la condanna e la critica da parte della grande maggioranza dell'opinione pubblica e da parte degli stessi sindacati confederali, cioè delle più autentiche rappre-

sentanze del mondo del lavoro. Dobbiamo però anche ricordare che nonostante queste condanne e queste critiche abbiamo avuto esasperazioni ulteriori; dobbiamo ricordare che quando, su richiesta stessa di aurevolissimi dirigenti sindacali, si è chiesta e si è ottenuta la precettazione, questa poi non ha funzionato. Quindi il problema è sempre fondamentalmente di creare un processo politico, di creare un consenso ampio, di determinare le condizioni idonee per realizzare quello che tutti, io credo, vogliamo.

Ebbene, se ci illudiamo di riuscire, con la bacchetta magica delle poche righe di questo emendamento, a determinare una situazione io credo che sbagliamo. Dobbiamo aiutare invece il processo in corso nei sindacati; e credo che lo aiutiamo appunto se non creiamo preoccupazioni di tutela della indipendenza e della autonomia delle organizzazioni sindacali che sono impegnate in questi giorni a varare i codici di autoregolamentazione dello sciopero. Dopo di che non è nemmeno preclusa la possibilità di una qualche forma di recepimento nella legislazione (tema, naturalmente, tutto da vedersi e da esaminare) di quella che sarà stata una decisione, un indirizzo maturato autonomamente dai sindacati. Ed è la migliore garanzia perchè questa normativa possa avere una qualche efficacia. Se invece ci illudiamo di fare la faccia feroce e di prescrivere certe cose, ci troveremo poi, come ci siamo trovati, nella situazione di non riuscire ad ottenere nulla. Infatti, ripeto, anche quando da ogni parte si è chiesto precettazioni e interventi autoritari, questi non sono serviti a nulla; e non serviranno a nulla se non c'è una base, se non c'è una consapevolezza, se non c'è un costume, se non c'è una certa situazione.

Io quindi invito caldamente i presentatori di questo emendamento a ritirarlo e semmai a trovare una forma di ordine del giorno rivolto al Governo o alle organizzazioni sindacali che contenga un simile auspicio. L'emendamento, invece, nella forma è improprio, mentre nella sostanza produrrebbe effetti contrari a quelli che i presentatori si propongono: ostacolerebbe e non fa351ª SEDUTA (notturna)

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

ciliterebbe il processo di autonoma determinazione e di superamento di una condizione che ci preoccupa.

ANDREATTA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* A N D R E A T T A . Sull'emendamento presentato dai colleghi Mitterdorfer e Brugger, il Gruppo della democrazia cristiana si dichiara d'accordo poichè ritiene che sia opportuno estendere anche ai dipendenti del servizio nazionale ospedaliero norme di incentivazione alla conoscenza del bilinguismo, che già sono applicate per i dipendenti delle amministrazioni dello Stato.

CIACCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

C I A C C I . Desidero semplicemente dichiarare che il Gruppo comunista voterà a favore dell'emendamento presentato dai senatori Mitterdorfer e Brugger 47.8, per le ragioni che altri colleghi hanno esposto.

C O P P O . Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

C O P P O . Signor Presidente, desidero riprendere la questione dell'emendamento 47.10 per dare alcuni chiarimenti a mio parere doverosi.

Sia in questo articolo 47 che nel successivo, nel regolamentare il rapporto di lavoro dei dipendenti del servizio, si è stabilito che lo strumento del contratto collettivo debba contenere determinati temi. Anche la questione della regolamentazione dei servizi essenziali in caso di astensioni collettive dal lavoro, quindi, è pertinente come le altre: non c'è nessuna obiezione da fare.

Qualche collega ha posto un problema di opportunità. Si dice che questa « opportunità » dovrebbe permettere di trovare altre soluzioni e non questa. Vorrei fare osservare che tecnicamente non è possibile raggiungere l'obiettivo su cui mi pare tutti convengano: quello di una regolamentazione di determinati fatti che discendono da astensioni collettive dal lavoro, cioè la possibilità di garantire la prosecuzione dei servizi sanitari, se ciò non viene esteso a tutti. Non è che - come diceva il collega Di Marino - noi vogliamo fare un particolare strumento legislativo coercitivo. No, è esattamente il contrario. Le associazioni stabiliscono le modalità nel contratto collettivo che in forza di quest'ultimo si estendono a tutti. Sostanzialmente, a mio parere, diamo una grossa possibilità al movimento confederale, che si è dimostrato disposto all'autoregolamentazione, perchè possa in pratica dare efficacia generale alla stessa e cioè estenderla anche a coloro che non l'hanno voluta. Quindi è esattamente il contrario...

L A B O R . L'articolo 39 della Costituzione cosa stabilisce?

C O P P O . Senatore Labor, per cortesia non divaghiamo. Basta leggere quello che hanno scritto i più noti giuristi per rendersi conto di come tutti abbiano indicato questo tipo di strumento, tanto è vero che viene ripreso anche nelle ultime indicazioni dei sindacati.

Possiamo trovare tutte le soluzioni che vogliamo, ma non è assolutamente nelle intenzioni dei proponenti trovare strumenti che non siano di sostegno alla libera determinazione delle parti nella regolamentazione dei servizi essenziali in caso di astensione collettiva dal lavoro.

Ritengo che questo sia l'unico modo corretto che abbiamo per invitare le parti a far convergere le loro determinazioni in uno strumento che diventi operativo e vincolante per tutti.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

* A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Onorevole Presidente, l'articolo che stiamo votando è fra quelli che hanno richiesto lo sforzo maggiore da parte della

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Commissione e riflette l'esigenza di coordinare il testo con tutta una normativa che viene gestita dalla Presidenza del Consiglio e che riguarda tutto il settore pubblico.

Dobbiamo state attenti in quanto le soluzioni che diamo ai problemi del personale in questo articolo si riflettono inevitabilmente sul personale di altri settori. Per questo, più che esprimere un parere come ministro della sanità, debbo ricordare che i problemi in esame hanno riflessi su altri comparti che vengono gestiti dalla Presidenza del Consiglio.

Tenendo presenti indicazioni che non sono autonome, ma che debbono tener conto di una gestione omogenea di questi problemi, esprimerò il mio parere, che è positivo sull'emendamento 47.6, negativo sull'emendamento 47.2, favorevole al 47.7, negativo al 47.11, al 47.5 e al 47.9.

Per quanto riguarda l'emendamento 47. 10, debbo far presente che affrontare all'interno di una legge-quadro di riforma sanitaria un problema generalizzato e importante, quale quello della regolamentazione dello sciopero nel settore pubblico, mi pare improprio. Tutti abbiamo vissuto la situazione che si è determinata in seguito agli scioperi nel settore ospedaliero, ma ritengo che questa materia non può che essere affrontata unitariamente per i servizi essenziali e non certo nel contesto di una legge-quadro per la riforma sanitaria.

Credo — ma qui il convincimento è personale — nella autoregolamentazione dello sciopero. Non ho molta fiducia nella regolamentazione per legge dello sciopero. Tuttavia credo che, dando parere negativo all'emendamento 47.10, si potrebbe trovare una forma che ne accolga la sostanza, magari attraverso un ordine del giorno.

Per quanto riguarda l'emendamento 47.8, vorrei ricordare che il problema che viene prospettato attiene all'applicazione di principi costituzionali che vengono di volta in volta realizzati nelle leggi di attuazione per la provincia di Bolzano. In questi tempi già abbiamo avuto all'esame del Consiglio dei ministri argomenti concernenti il contratto degli ospedalieri. Pertanto vorrei pregare il

senatore Mitterdorfer di ritirare questo emendamento, trattando esso un problema che viene affrontato e risolto di volta in volta in sede di Consiglio dei ministri quando vengono esaminate le leggi di attuazione per la provincia di Bolzano. In conclusione il mio non è un rifiuto alla sostanza, ma solo una richiesta di non introdurre questo argomento in una legge-quadro, riservandone l'esame alla sede alla quale ho già fatto cenno.

Esprimo infine parere contrario all'emendamento 47.7/1, per le ragioni già esposte prima: infatti l'indicazione di qualsiasi data escluderebbe qualcuno, il che è inevitabile. Per questo aspetto rimango d'accordo con la data del 30 giugno fissata dalla Commissione.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 47.6, presentato dalla Commissione ed accettato dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 47.2, presentato dal senatore Pinto e da altri senatori, non accettato nè dalla Commissione nè dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 47.7/1, presentato dal senatore De Carolis e da altri senatori, per il quale la Commissione si è rimessa al Governo e che il Governo non ha accettato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 47.7, presentato dal senatore Ciacci e da altri senatori, accettato dalla Commissione e dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 47.11, presentato dal senatore Ruffino, per il quale la Commissione si è rimessa al Governo e che

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

il Governo non ha accettato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 47.5, presentato dal senatore Minnocci e da altri senatori per i quali il relatore si è rimesso al Governo e che il Governo non ha accettato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 47.9, presentato dal senatore Ricci, per il quale il relatore si è rimesso al Governo e che il Governo non ha accettato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Passiamo all'emendamento 47.10.

ROMEI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROMEI. Signor Presidente, ho ascoltato con molta attenzione gli interventi che si sono fatti, anche se mi sembra che qualcuno non abbia compreso bene lo spirito della mia proposta perchè io non ho parlato affatto di regolamentazione per legge dello sciopero.

Siccome c'è consenso sul merito ma ci sono dissensi di opportunità e di forma, ed essendo sensibilissimo (e con me il Gruppo della democrazia cristiana) ad evitare una votazione che ci divida su questo punto (non a caso ho illustrato l'emendamento parlando possibilmente di consenso unanime), vorremmo poter riflettere un momento tra di noi e anche con gli altri per poter concordare una soluzione che in questo momento non mi sento di proporre.

Chiedo pertanto se si può accantonare questo punto ed anche il successivo articolo 48 per un rapido scambio di idee tra di noi.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere su questa proposta.

CRAVERO, relatore. Signor Presidente, se l'accantonamento servirà a qualcosa di positivo, per una soluzione si spera abbastanza unitaria, siamo d'accordo per un accantonamento temporaneo.

Vorrei però pregare il senatore Romei di tradurre in ordine del giorno i suoi emendamenti.

* ANSELMI TINA, ministro della sanità. Signor Presidente, sono d'accordo che si cerchi di formulare un ordine del giorno che possa accogliere esigenze che almeno in parte sono state condivise da tutti, a sostegno di una linea sindacale che sia in grado di arrivare a quella autoregolamentazione che tutti auspichiamo nell'interesse dell'utente ammalato. Se, in questo spirito, una sospensione può aiutare a formulare un ordine del giorno, il Governo è d'accordo.

PRESIDENTE. Non si tratta di sospensione della seduta ma di accantonare momentaneamente l'emendamento 47.10 e la votazione dell'articolo 47.

Veniamo adesso all'emendamento 47.8, per il quale la Commissione aveva espresso parere contrario e il Ministro ha chiesto al senatore Mitterdorfer di ritirarlo.

MITTERDORFER. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MITTERDORFER. Signor Presidente, mi rendo conto della difficoltà in cui ci troviamo e in cui si trova attualmente la gentile rappresentante del Governo: la questione è per noi troppo importante per poterla superare con qualche stratagemma.

Pregherei per questo che il rappresentante del Governo si impegni formalmente davanti a questo Senato che ha voluto accogliere — almeno per le dichiarazioni che ho sentito dai diversi Gruppi — il concetto che mi sono permesso di esprimere e che ritengo sia giusto, affinchè venga garantito, in fase di applicazione della presente legge, in provincia di Bolzano, un congruo compenso per

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

l'esigenza del bilinguismo prevista dalla legge costituzionale in questa zona.

ANSELMI TINA, ministro della sanità. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* ANSELMI TINA, ministro della sanità. Onorevole Presidente, ho illustrato un momento fa la posizione del Governo. Tutta la materia di attuazione della legge costituzionale che regola la realtà della provincia di Bolzano viene assunta nella legge di attuazione, non viene mai regolamentata in leggi-quadro. È per coerenza a questa linea che attribuisce al Consiglio dei ministri l'emanazione dei provvedimenti di attuaziozione per la provincia di Bolzano che ho chiesto, seguendo un comportamento, una prassi che si sono sempre realizzati in queste forme, al senatore Mitterdorfer di ritirare l'emendamento, tanto più che il senatore Mitterdorfer è al corrente dei problemi, già aperti in sede di Presidenza del Consiglio, concernenti materie affini riguardanti sia il contratto degli ospedalieri che la convenzione della generica.

Proprio perchè questa materia è all'esame della Presidenza del Consiglio, prego il senatore Mitterdorfer di ritirare l'emendamento e di non vedere in questo un atteggiamento negativo del Governo.

MITTERDORFER. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MITTERDORFER. Signor Presidente, mi dispiace, ma non è questo l'impegno del Governo che avevo pregato di poter avere qui; dobbiamo essere chiari: stiamo trattando una legge di riforma dello Stato. I principi di queste leggi di riforma sono vincolanti anche per la legislazione provinciale e regionale prevista dal nostro statuto speciale. Allora, se non c'è un impegno for-

male, resta il disposto dell'articolo 47, che rileggo: « È fatto divieto di concedere al personale delle unità sanitarie locali compensi, indennità o assegni di qualsiasi genere e natura che modifichino direttamente o indirettamente il trattamento economico previsto dal decreto di cui al precedente comma. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma sono nulli di diritto ». Temo che qui non abbiamo una formula che ci dia una certa garanzia, per cui non posso non far votare l'emendamento.

ANSELMI TINA, ministro della sanità. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Senatore Mitterdorfer, lei sa che nessuna legge-quadro prevale su un principio costituzionale: quindi i principi costituzionali che regolano i rapporti e la realtà giuridica della provincia di Bolzano prevalgono anche sulla legge-quadro. Io la prego di ritirare l'emendamento dal momento che sono già aperti due problemi presso la Presidenza del Consiglio riguardanti, anche quelli, aspetti della politica sanitaria, e di voler tener presente che la legge-quadro non può annullare il principio costituzionale.

PRESIDENTE. Senatore Mitterdorfer, insiste per la votazione?

MITTERDORFER. Signor Presidente, chiedo scusa, ma debbo pregarla di mettere ai voti il mio emendamento.

PRESIDENTE. Metto ai voti lo emendamento 47.8, presentato dai senatori Mitterdorfer e Brugger. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Restano accantonati l'emendamento 47. 10 e la votazione dell'articolo 47.

Passiamo all'esame dell'articolo 48. Se ne dia lettura.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

PAZIENZA, segretario:

Art. 48.

(Personale a rapporto convenzionale)

L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

- 1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati in ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;
- 2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;
- 3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

- 4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;
- 5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale:
- 6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);
- 7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;
- 8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonchè le ipotesi di

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale, e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

- 9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;
- 10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;
- 11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;
- 12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;
- 13) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la

facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonchè i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica del 28 ottobre 1976, n. 289.

351ª SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Al terzo comma, dopo il numero 13), aggiungere il seguente:

«....) le misure idonee per garantire la prosecuzione dei servizi essenziali in caso di astensioni collettive dal lavoro ».

48.1 Romei, Codazzi Alessandra, Vita-Le Antonio, Carollo, Foschi, Spezia, Bombardieri

ROMEI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R O M E I . Poichè siamo nella stessa materia dell'emendamento 47.10, chiedo l'accantonamento dell'articolo 48 con il relativo emendamento.

PRESIDENTE. D'accordo. Passiamo allora all'esame dell'articolo 49. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

CAPO V

CONTROLLI, CONTABILITÀ E FINANZIAMENTO

Art. 49.

(Controlli sulle unità sanitarie locali)

Il controllo sugli atti delle unità sanitarie locali è esercitato dai comitati regionali di controllo di cui all'articolo 56 della legge 10 febbraio 1953, n. 62 — integrati da un esperto in materia sanitaria designato dal consiglio regionale — nelle forme previste dagli articoli 59 e seguenti della medesima legge.

Le modificazioni apportate in sede di riordinamento delle autonomie locali alla materia dei controlli sugli atti e sugli organi dei comuni e delle province s'intendono automaticamente estese ai controlli sulle unità sanitarie locali.

I controlli di cui ai commi precedenti per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano si esercitano nelle forme previste dai rispettivi statuti.

I comuni singoli o associati e le comunità montane presentano annualmente, in base a criteri e principi uniformi predisposti dalle regioni, allegata al bilancio delle unità sanitarie locali, una relazione al presidente della giunta regionale sui livelli assistenziali raggiunti e sulle esigenze che si sono manifestate nel corso dell'esercizio.

Il presidente della giunta regionale presenta annualmente al consiglio regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, con allegata la situazione contabile degli impegni assunti sulla quota assegnata alla regione degli stanziamenti per il servizio sanitario nazionale. Tale relazione deve essere trasmessa ai Ministri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, con allegato un riepilogo dei conti consuntivi, per singole voci, delle unità sanitarie locali.

PRESIDENTE. Non essendo stati presentati emendamenti, lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Dopo l'articolo 49 è stato presentato, con l'emendamento 49.0.1, un articolo aggiuntivo. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Dopo l'articolo 49, inserire il seguente:

Art. ...

(Ispettorato per il servizio sanitario nazionale)

« È istituito presso il Ministero della sanità un ispettorato per il servizio sanitario

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

nazionale, le cui deliberazioni sono adottate da un comitato composto da:

un magistrato della Corte dei conti, designato dal Presidente della stessa Corte, con funzioni di presidente;

due medici designati dall'ordine dei medici;

due ingegneri designati dall'ordine degli ingegneri;

due dottori commercialisti, iscritti nell'albo dei revisori ufficiali dei conti, designati dall'ordine dei dottori commercialisti;

un funzionario del Ministero della sanità, con qualifica non inferiore a quella di dirigente superiore;

un funzionario del Ministero del tesoro, Ragioneria generale dello Stato, con qualifica non inferiore a quella di dirigente superiore.

Il comitato di cui al precedente comma è nominato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, ed è rinnovato ogni tre anni.

La remunerazione dei membri del Comitato è stabilita dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, con il decreto di conferimento dell'incarico.

Le funzioni di segreteria del comitato sono svolte da personale comandato presso il comitato stesso dal Ministero della sanità.

Agli oneri finanziari relativi al funzionamento dell'ispettorato si fa fronte con apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

La revisione dei documenti contabili delle unità sanitarie locali e dei presidi e stabilimenti del servizio sanitario nazionale dotati di propria contabilità è eseguita da ispettori e da revisori dei conti appartenenti ad apposito organico di 200 unità istituito nell'ambito dell'ispettorato di cui al presente articolo la cui composizione è stabita con decreto del Ministro della sanità di concerto con quello del tesoro.

Possono essere ammessi a tale organico, a domanda, i dipendenti della carriera direttiva dei Ministeri del tesoro, delle finanze e della sanità. Sono compiti dell'ispettorato:

- a) proporre regolamenti per la standardizzazione dei conti delle unità sanitarie locali e dei presidi e stabilimenti del servizio sanitario nazionale dotati di propria contabilità da adottare dalle regioni nell'ambito delle norme legislative emanate dalle stesse ai sensi dell'articolo 50:
- b) proporre modificazioni ai livelli delle prestazioni sanitarie per l'adozione dei provvedimenti di cui al penultimo comma dell'articolo 53:
- c) approvare il programma delle ispezioni da eseguire presso le unità sanitarie locali ed i presidi e servizi di cui alla precedente lettera a) in modo che le visite ispettive abbiano carattere di saltuarietà e siano effettuate senza preavviso;
- d) designare i revisori dei conti addetti per un periodo di tre anni al controllo della contabilità delle singole unità sanitarie locali e degli stabilimenti e presidi di cui alla precedente lettera a).

I revisori sono esonerati dallo svolgimento di altre attività e non possono essere riconfermati per un periodo consecutivo presso gli stessi organismi presso i quali abbiano svolto le proprie funzioni.

Le relazioni degli ispettori e dei revisori dei conti sono trasmesse al presidente della giunta regionale per l'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma dell'articolo 49 nonchè per gli altri adempimenti previsti dalla legge ».

49. 0. 1 Andreatta, De Carolis, Romei, Codazzi Alessandra, Carollo, Carboni, Colombo Vittorino (V.), Rossi Gian Pietro Emilio, Spezia, Degola

CODAZZI ALESSANDRA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CODAZZI ALESSANDRA. Lo emendamento 49.0.1 si colloca all'interno del capitolo V dedicato ai controlli e con esso intendevamo dotare il Ministero della

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

sanità di un ispettorato per il servizio sanitario nazionale con compiti precisi indicati nei punti a), b), c) e d) dell'emendamento stesso.

Tuttavia ritiriamo questo emendamento e lo trasformiamo in un ordine del giorno che presentiamo alla Presidenza.

PRESIDENTE. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

PAZIENZA, segretario:

- « Il Senato invita il Governo della Repubblica ad emanare, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, un provvedimento che istituisca presso il Ministero della sanità un Ispettorato per il servizio sanitario nazionale, a disposizione anche delle regioni, con i seguenti compiti:
- a) proporre regolamenti per la standardizzazione dei conti delle unità sanitarie locali e dei presidi e stabilimenti del servizio sanitario nazionale dotati di propria contabilità da adottare dalle regioni nell'ambito delle norme legislative emanate dalle stesse ai sensi dell'articolo 50;
- b) proporre modificazioni ai livelli delle prestazioni sanitarie per l'adozione dei provvedimenti di cui al penultimo comma dell'articolo 53;
- c) approvare il programma delle ispezioni da eseguire presso le unità sanitarie locali ed i presidi e i servizi di cui alla precedente lettera a) in modo che le visite ispettive abbiano carattere di saltuarietà e siano effettuate senza preavviso;
- d) designare i revisori dei conti addetti per un periodo di tre anni al controllo della contabilità delle singole unità sanitarie locali e degli stabilimenti e presidi di cui alla precedente lettera a).
- 9. 1291. 12 Andreatta, De Carolis, Romei,
 Codazzi Alessandra, Carollo,
 Carboni, Colombo Vittorino (V.)
 Rossi Gian Pietro Emilio, SpeZia, Degola

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere.

CRAVERO, relatore. Mi pare che la materia rientri nell'articolo 59, relativo alla ristrutturazione del Ministero. Pertanto parere contrario.

ANSELMITINA, ministro della sanità. Parere contrario per le stesse ragioni.

PRESIDENTE. Senatrice Codazzi, insiste per la votazione?

CODAZZI ALESSANDRA. Ritengo di dover insistere. Non possiamo ritirare cioè una raccomandazione sostitutiva di un emendamento importante che mirava a dotare il Ministero della sanità di una necessaria struttura di controllo: necessaria se non si vuole mettere in moto una macchina estremamente complessa senza possibilità e strumenti reali per seguirla e controllarla. Pertanto insisto per la votazione.

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'ordine del giorno n. 12 non accettato nè dalla Commissione nè dal Governo. Chi lo approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 50. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Art. 50.

(Norme di contabilità)

Entro sei mesi dalla entrata in vigore della presente legge le regioni provvedono con legge a disciplinare l'utilizzazione del patrimonio e la contabilità delle unità sanitarie locali in conformità ai seguenti principi:

1) la disciplina amministrativo-contabile delle gestioni deve risultare corrispon-

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

dente ai principi della contabilità pubblica previsti dalla legislazione vigente;

- 2) i competenti organi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane interessati cureranno l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa, con ritmo almeno bimestrale, al fine dell'accertamento di eventuali disavanzi, da comunicare immediatamente ai sindaci o ai presidenti delle comunità competenti per l'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma del presente articolo;
- 3) i bilanci devono recare analitiche previsioni tanto in termini di competenze quanto in termini di cassa;
- 4) i predetti bilanci, in cui saranno distinte le gestioni autonome e le contabilità speciali, devono essere strutturati su base economica;
- 5) i conti consuntivi devono contenere una compiuta dimostrazione, oltre che dei risultati finanziari, di quelli economici e patrimoniali delle gestioni;
- 6) le risultanze complessive delle previsioni di entrata e di spesa nonchè dei conti consuntivi delle unità sanitarie locali, devono essere iscritte rispettivamente nel bilancio di previsione e nel conto consuntivo dei comuni singoli o associati o delle comunità montane. I bilanci di previsione e i conti consuntivi delle unità sanitarie locali debbono essere allegati alle contabilità degli enti territoriali cui si riferiscono;
- 7) gli stanziamenti iscritti in entrata ed in uscita dei bilanci comunali o delle comunità montane per i compiti delle unità sanitarie locali debbono comprendere i relativi affidamenti regionali che non possono essere utilizzati in alcun caso per altre finalità;
- 8) i contratti di fornitura non possono essere stipulati con dilazioni di pagamento superiori a 90 giorni;
- 9) alle unità sanitarie locali è vietato, anche attraverso i comuni, il ricorso a qualsiasi forma di indebitamento salvo anticipazioni mensili da parte del tesoriere pari a un dodicesimo dello scoperto autorizzato.

Le unità sanitarie locali debbono fornire alle regioni rendiconti trimestrali, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di scadenza del trimestre, in cui si dia conto dell'avanzo o disavanzo di cassa nonchè dei debiti e crediti dei bilanci già accertati alla data della resa del conto anzidetto, dettagliando gli eventuali impedimenti obiettivi per cui, decorso il termine di cui al numero 8) del primo comma, non sono stati effettuati pagamenti per forniture.

La regione a sua volta fornirà gli stessi dati ai Ministeri della sanità e del tesoro secondo un modello di rilevazione contabile delle spese del servizio sanitario nazionale impostato uniformemente nell'ambito dell'indirizzo e coordinamento governativo.

Ove dalla comunicazione di cui al numero 2) del primo comma, ovvero dalla rendicontazione trimestrale prevista dal secondo comma del presente articolo, risulti che la gestione manifesta un disavanzo complessivo, e ciò anche avendo riguardo ai debiti e crediti di bilancio, i comuni, singoli o associati, e le comunità montane sono tenuti a convocare nel termine di 30 giorni i rispettivi organi deliberanti al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione della unità sanitaria locale.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Aggiungere in fine i seguenti commi:

« Le regioni, ove rilevino dai rendiconti trimestrali l'insufficienza dei fondi ad esse assegnati per assicurare i livelli assistenziali fissati ai sensi dell'articolo 3, provvedono all'integrazione degli stessi disponendo in via obbligatoria, in tutti i casi in cui lo scostamento superi il 5 per cento, la partecipazione degli assistiti alle spese sanitarie, ovvero la riduzione dei livelli delle prestazioni sanitarie, rispetto a quelle previste dal piano sanitario nazionale oppure a quelle ri-

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

dotte ai sensi del terz'ultimo comma dell'articolo 53.

Con legge regionale possono altresì, nel caso previsto dal comma precedente, essere aumentati i contributi sociali di malattia, nella stessa proporzione per le quote a carico dei lavoratori ed a carico dei datori di lavoro, limitatamente al territorio della regione e per un determinato periodo di tempo. Il maggiore gettito affluito al conto corrente di tesoreria di cui al quarto comma dell'articolo 75 è trasferito alla regione interessata ».

50. 1 Andreatta, De Carolis, Carboni,
Codazzi Alessandra, Carollo,
Colombo Vittorino (V), Rossi
Gian Pietro Emilio, Spezia, DeGola

ANDREATTA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* A N D R E A T T A . Nel testo della legge è prevista una norma, nell'ultimo capoverso dell'articolo 50, che prevede la convocazione dell'assemblea dell'unità sanitaria locale entro 30 giorni dal momento in cui si constati che esiste uno squilibrio del conto di gestione. Esiste anche, all'articolo 51, un'altra norma che stabilisce la responsabilità degli amministratori e dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale per le spese disposte e autorizzate in eccedenza alla dotazione trasferita dallo Stato per la gestione del servizio. Si esclude questa responsabilità soltanto nel caso di epidemia.

Siamo ad uno di quei nodi finanziari della riforma che non sembra avere eccessivamente preoccupato la Commissione sanità, e questo lo posso comprendere data la particolare concentrazione di interessi sulla novità istituzionale e sul desiderio di realizzare in Italia una struttura efficiente ed unificatrice del servizio. Tuttavia mi sembra che le norme cui mi sono riferito non siano sufficienti perchè un servizio così decentrato possa essere mantenuto nei limiti delle somme previste dal bilancio, dalla programmazione economica generale e dal piano sanitario. Quando abbiamo da trattare con delle autonomie, credo che una certa autonomia finanziaria che comporti responsabilità degli enti decentrati sia un elemento essenziale del concetto stesso di autonomia, così come la possibilità di gestire un minimo di meccanismo tributario. Credo anche che sia importante chiamare i cittadini utenti del servizio a giudicare sulla capacità degli amministratori ad una corretta gestione del servizio.

Da qui, quindi, la proposta dell'emendamento all'articolo 50. Per tenere conto della scarsa propensione del Ministro e della Commissione ad accettare emendamenti, ho cercato di ridurre al minimo, d'accordo con gli altri colleghi presentatori, il testo dell'emendamento. Abbandono pertanto il secondo comma e, con altre piccole variazioni, l'emendamento resta il seguente: « Le regioni, ove rilevino dai rendiconti trimestrali l'insufficienza dei fondi ad esse assegnati dal piano nazionale, per assicurare i livelli assistenziali fissati ai sensi dell'articolo 3, provvedono all'integrazione degli stessi disponendo, ove necessario, anche la partecipazione degli assistiti alle spese sanitarie, ovvero la riduzione dei livelli delle prestazioni sanitarie, rispetto a quelle previste dal piano sanitario nazionale». Vale a dire che di fronte ad un deficit di gestione forniamo diversi strumenti alle regioni: la possibilità di integrarlo con mezzi del proprio bilancio - e sono le regioni che hanno il controllo in quanto avete appena nigettato una raccomandazione che istituiva un servizio sanitario ispettivo: quindi tutta la responsabilità di gestione del servizio è nelle mani delle regioni - ovvero le regioni possono decidere che certi standards di servizio sono eccessivi, o possono aumentare i tickets previsti.

Credo che molte declamazioni da tutte le parti politiche vengano fatte sulla necessità di contenere la spesa corrente, ma quando ci si trova ad approvare le leggi di merito, che poi costituiscono l'oggetto, quando si esaminano i bilanci dello Stato, di recriminazione da parte di tutti, ci si dimentica di immettere nel sistema meccanismi automatici correttivi. A nome degli altri proponenti

ASSEMPLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

rinuncio agli altri emendamenti riguardanti questo aspetto, ma credo che la necessità di stabilire chiaramente la responsabilità finanziaria della regione, la possibilità di integrazione o, dove la regione non abbia mezzi, la possibilità di ridurre gli standards di servizio in modo che non si accumulino dei deficit, sia il minimo che si possa fare di fronte alla prospettiva indicata da tutti gli studi a livello internazionale in materia di un movimento a valanga delle esigenze finanziarie in questo campo, specie in una legge così ambiziosa che garantisce il benessere fisico e psicologico degli italiani, una legge che, se non trova dei meccanismi di correttivo, tende ad aprire nella finanza pubblica un campo estremamente ampio di sperpero e di dissipazione.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

MERZARIO, relatore. Poche parole ma quanto mai necessarie, signor Presidente, perchè davvero i relatori non possono lasciar passare sotto silenzio tutta una serie di richieste che sembrano forgiate da una fucina che sarà magari prestigiosa e dotata di fervida inventiva, ma che sono scarsamente aderenti alla connotazione del testo legislativo al nostro esame. Infatti è da alcuni articoli che si vanno prospettando soluzioni che se accolte stravolgerebbero la natura del disegno di legge, tant'è che si prescinde da tutto lo schema programmatorio; si finge di ignorare che il Ministero deve predisporre un piano nazionale che viene discusso dal Parlamento e che deve essere accompagnato da una serie di controlli; nè si tiene conto della costituzione e dei compiti affidati al consiglio sanitario nazionale. Per ridurre all'essenziale il senso di questa nostra replica, che vuole anticipare eventuali repliche su altri articoli similari, vorrei pregare il collega Andreatta di esaminare con la dovuta attenzione (forse l'avrà anche già fatto) tutti i dispositivi di controllo previsti con grande rigore già all'articolo 49: arriverà alla conclusione che i suoi emendamenti non trovano molta validità. Per quanto attiene poi all'articolo 50 vi sono precise norme di contabilità: bilanci strutturati su base economica, rendiconti trimestrali, divieto di ricorso a forme di indebitamento, trasmissione degli atti dalle unità sanitarie locali alle regioni e da queste ai Ministeri del tesoro e della sanità: sono altresì previste norme per riportare in equilibrio i conti di gestione; infine all'articolo 51, ultimo comma, viene sancita addirittura la responsabilità in solido degli amministratori per eventuali spese disposte od autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione stabilita in osservanza a precisi parametri. Ci sono cioè, a nostro giudizio, tanti e tali sbarramenti, tante norme cautelative che sono più che bastevoli, anche troppo, per una corretta gestione finanziaria. Anzi vorrei concludere con l'augurio che per altre leggi di eguale importanza riformatrice si abbiano ad introdurre analoghi dispositivi di controllo, di rigore e di serietà. Per queste ragioni invitiamo l'Assemblea ad accogliere l'orientamento della Commissione esprimendo voto contrario all'emendamento 50.1.

PRESIDENTE. Invito il Governo ad esprimere il parere.

* A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Onorevole Presidente, onorevoli proponenti dell'emendamento, la materia del controllo delle spese, la disciplina normativa di procedure intese ad evitare che vi sia uno sfondamento nel momento in cui andiamo a decentrare poteri e competenze è stato uno dei problemi sui quali più attentamente, sia alla Camera che al Senato, non solo si è soffermata l'attenzione dei parlamentari, ma vi è stato anche un preciso, continuo impegno del Ministro del tesoro che ha direttamente seguito, sullo specifico argomento, tutto lo svolgimento dei lavori.

Come ha ricordato il senatore Merzario, abbiamo individuato due strade attraverso le quali evitare quello sfondamento che potrebbe rendere impossibile la conciliazione fra spesa sanitaria e sviluppo del reddito globale del paese. Nella legge-quadro sono stati messi dei catenacci, sono stati chiama-

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

ti a corresponsabilità gli amministratori dell'unità sanitaria locale, sono previsti dei controlli trimestrali e dei ripiani obbligatori, per cui crediamo che la legge prefiguri strumenti adeguati di controllo della gestione della spesa.

Ma vorrei ancora ricordare che negli stessi riferimenti della legge al piano triennale questo viene concepito come strumento per controllare secondo quelle valutazioni contenute in altri emendamenti del senatore Andreatta e di altri colleghi. Cioè, nella stessa programmazione sanitaria, noi siamo impegnati ad indicare dei parametri, degli standards, dei livelli di prestazione che permettano di gestire l'attuazione di questa politica sanitaria in modo che essa sia compatibile con la spesa e con la situazione economica del paese.

Sappiamo tutti che in questo campo, soprattutto nel momento in cui andiamo a unificare la prevenzione con la cura e la riabilitazione, non vi è, in termini oggettivi, limite ad una possibile spesa. Per questo è la programmazione che indicherà i traguardi possibili, i livelli possibili, le prestazioni che possono essere date; nello stesso tempo dalla legge-quadro sono previsti i meccanismi, gli sbarramenti perchè le unità sanitarie locali e le regioni non possano debordare da quella ripartizione del fondo sanitario che attribuisce loro il necessario per la politica da gestire.

Credo quindi che le preoccupazioni dei proponenti non solo siano state sentite e fatte proprie dai membri della Commissione sanità, ma che lo stesso Governo abbia seguito con molta attenzione la tematica connessa alle spese, preoccupato come è che su questa materia non si vada a superare quel limite che non solo da noi ma anche negli altri paesi europei è ritenuto un limite non valicabile.

Ecco perchè vorrei pregare il senatore Andreatta di ritirare l'emendamento proposto.

PRESIDENTE. Senatore Andreatta, lei ha udito la richiesta del Ministro. Insiste per la votazione del suo emendamento?

* ANDREATTA. È molto difficile dover rispondere ad argomenti che difficilmente possono essere accettati, poichè si è richiamata la programmazione ed io davo per scontato che le unità sanitarie di una regione avessero sfondato quei limiti previsti dalla programmazione. In qualunque esperienza di programmazione di unità decentrate esiste la possibilità che certi vincoli siano superati. Volevo che ci fosse una certa autonomia da pante della regione per sopperire con vari strumenti a questo sfondamento. Non volevo creare un sistema eccessivamente accentrato quale quello che si sta introducendo in tutti gli altri campi della finanza locale.

Ritengo quindi che le risposte che mi sono state date non tocchino l'argomento. È necessario che questo articolo garantisca l'autonomia delle regioni e nel contempo un controllo dell'amministrazione della spesa pubblica e credo sia materia sulla quale la Commissione sanità, anche se ha discusso molto, forse manca della necessaria competenza.

Per questi motivi insisto per la votazione.

PRESIDENTE. Do lettura dell'emendamento 50.1 nel nuovo testo:

Aggiungere in fine il seguente comma:

« Le regioni, ove rilevino dai rendiconti trimestrali l'insufficienza dei fondi ad esse assegnati dal piano nazionale per assicurare i livelli assistenziali fissati ai sensi dell'articolo 3, provvedono all'integrazione degli stessi disponendo ove necessario anche la partecipazione degli assistititi alle spese sanitarie, ovvero la riduzione dei livelli delle prestazioni sanitarie, rispetto a quelle previste dal piano sanitario nazionale ».

50. 1 Andreatta, De Carolis, Carboni,
Codazzi Alessandra, Carollo,
Colombo Vittorino (V), Rossi
Gian Pietro Emilio, Spezia, DeGola

Lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Metto ai voti l'articolo 50. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 51. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Art. 51.

(Finanziamento del servizio sanitario nazionale)

Il fondo sanitario nazionale destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale è annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello Stato. Gli importi relativi devono risultare stanziati in distinti capitoli della parte corrente e della parte in conto capitale da iscriversi, rispettivamente, negli stati di previsione della spesa del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio e della programmazione economica.

Le somme stanziate a norma del precedente comma vengono ripartite con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) tra tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitarì nazionali e regionali e sulla base di indici e di standards distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale. Tali indici e standards devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell'articolo 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni. Per la ripartizione della spesa in conto capitale si applica quanto disposto dall'articolo 43 del testo unico delle leggi sul Mezzogiorno approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1967, numero 1523, prorogato dall'articolo 7 della legge 6 ottobre 1971, n. 853.

All'inizio di ciascun trimestre, il Ministro del tesoro ed il Ministro del bilancio e della programmazione economica, ciascuno per la parte di sua competenza, trasferiscono alle regioni le quote loro assegnate ai sensi del presente articolo.

Le regioni, sulla base di parametri numerici da determinarsi, sentiti i comuni, con legge regionale ed intesi ad unificare il livello delle prestazioni sanitarie, provvedono a ripartire tra le unità sanitarie locali la quota loro assegnata per il finanziamento delle spese correnti, riservandone un'aliquota non superiore al 5 per cento per interventi imprevisti. Tali parametri devono garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale. Per il riparto della quota loro assegnata per il finanziamento delle spese in conto capitale, le regioni provvedono sulla base delle indicazioni formulate dal piano sanitario nazionale.

Con provvedimento regionale, all'inizio di ciascun trimestre, è trasferita alle unità sanitarie locali, tenendo conto dei presidi e servizi di cui all'articolo 18, la quota ad esse spettante secondo il piano sanitario regionale.

Gli amministratori e i responsabili dell'ufficio di direzione dell'unità sanitaria locale sono responsabili in solido delle spese disposte od autorizzate in eccedenza alla quota di dotazione loro attribuita, salvo che esse non siano determinate da esigenze obiettive di carattere locale da collegare a fattori straordinari di morbilità accertati dagli organi sanitari della regione e finanziabili con la riserva di cui al quarto comma.

PRESIDENTE. Su questo articolo non sono stati presentati emendamenti. Pentanto lo metto ai voti. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articollo 52. Se ne dia lettura.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

PAZIENZA, segretario:

Art. 52.

(Finanziamento per l'esercizio finanziario 1979)

Per l'esercizio finanziario 1979 l'importo del fondo sanitario nazionale, parte corrente, da iscrivere nel bilancio dello Stato è determinato, con riferimento alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dalle regioni, dalle province, dai comuni e loro consorzi, dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione ai sensi dell'articolo 12-bis del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, come modificato dalla legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386, e da ogni altro ente pubblico previsto dalla presente legge, per lo esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale.

Ai fini della determinazione del fondo sanitario nazionale per l'esercizio 1979, sulle spese impegnate nel 1977 vengono riconosciute in aumento:

- a) le maggiorazioni derivanti dall'applicazione delle norme contrattuali, regolamentari o legislative vigenti per quanto riguarda la spesa del personale, compreso quello il cui rapporto è regolato da convenzioni;
- b) la maggiorazione del 7 per cento delle spese impegnate per la fornitura di beni e servizi per ciascuno degli anni 1978 e 1979;
- c) le maggiorazioni derivanti dalle rate di ammortamento dei mutui regolarmente contratti negli anni 1978 e precedenti e non compresi negli impegni dell'anno 1977.

Fatte salve le necessità finanziarie degli organi centrali del servizio sanitario nazionale e degli enti pubblici di cui al primo comma, alla ripartizione del fondo fra le regioni si provvede per l'esercizio 1979, anche in deroga al disposto dell'articolo 8 del la legge 16 maggio 1970, n. 281, con decreto del Ministro del tesoro di concerto con il Ministro della sanità, assumendo come riferimento la spesa rilevata nelle singole regioni, secondo quanto è previsto dal presente articolo, maggiorata in base alle disposizioni di cui al precedente comma.

Le regioni, tenuto conto di quanto disposto dal terzo comma dell'articolo 61, assicurano i necessari mezzi finanziari agli enti che nel territorio regionale esercitano le funzioni del servizio sanitario nazionale sino all'effettivo trasferimento delle stesse alle unità sanitarie locali.

Agli enti medesimi si applicano anche, nel periodo considerato, le disposizioni di cui ai numero 8) e 9) del primo comma dell'artico 50.

PRESIDENTE. Su questo anticolo è stato presentato un emendamento da parte del Governo ed un subemendamento da parte del senatore De Sabbata e di altri senatori. Si dia lettura dei due emendamenti.

PAZIENZA, segretario:

All'ultimo comma dell'emendamento 52.1 sostituire le parole successive a: « la Regione » con: « indica tempestivamente i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione ».

52. 1/1 DE SABBATA, ROMEO, MIRAGLIA, ROMANIA, GIOVANNIELLO, BELLINZONA, TOURN Maria Luisa, MODICA, SESTITO

Sostituire gli ultimi due commi con i seguenti:

« Le regioni, tenuto conto di quanto disposto dal terzo comma dell'articolo 61 e sulla base degli atti ricognitivi previsti dall'articolo 7 della legge 4 agosto 1978, n. 461, assicurano, con periodicità trimestrale, i necessari mezzi finanziari agli enti che nel territorio regionale esercitano le funzioni del servizio sanitario nazionale fino all'effettivo trasferimento delle stesse alle unità sanitarie locali.

Agli enti medesimi si applicano anche, nel periodo considerato, le disposizioni di cui ai numeri 8) e 9) del primo comma del l'articolo 50.

Gli enti e le regioni, per la parte di rispettiva competenza, sono tenuti agli adempimenti di cui ai commi secondo e terzo dell'articolo 50.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Ove dai rendiconti trimestrali risulti che la gestione manifesti un disavanzo rispetto al piano economico contabile preso a base per il finanziamento dell'ente, la regione assume tempestivamente, nell'ambito delle proprie disponibilità, i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione ».

52.1

IL GOVERNO

 $D\ E\ S\ A\ B\ B\ A\ T\ A$. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DE SABBATA. Avrei preferito, signor Presidente, che il Governo illustrasse prima il suo emendamento che mi pare contenga una previsione di spesa delle regioni nel caso in cui gli enti preposti non rispettino i limiti delle somme assegnate. Si tratta di una indicazione che è simile a quella contenuta nell'ultimo comma dell'articolo 50 appena approvato. Senonchè, l'ultimo comma dell'articolo 50 prevede che gli enti convochino i rispettivi organi deliberanti al fine di adottare i provvedimenti necessari a riportare in equilibrio il conto di gestione dell'unità sanitaria locale. Questo riguarda il funzionamento a regime. Invece nel regime transitorio per il 1979 il Governo propone un emendamento in base al quale la regione dovrebbe « assumere tempestivamente, nell'ambito delle proprie disponibilità, i provvedimenti necessari a ripontare in equilibrio il conto di gestione », il che significa che deve intervenire con i propri mezzi.

Qui non vi è neanche previsione corretta di spesa, che è accollata alle regioni in modo del tutto arbitrario. Per questo, mentre ritengo che l'emendamento del Governo possa essere tranquillamente respinto in quanto le disposizioni dell'articolo 52 mi sembrano sufficienti, trattandosi di un solo anno di gestione, tuttavia posso fare una proposta nel senso di togliere alla regione il compito di intervenire con il proprio billancio, assegnandole invece il compito di « indicare tempestivamente i provvedimenti necessari per riportare in equilibrio il conto di gestione », cioè i provvedimenti ai quali

debbono attenersi i soggetti preposti alla erogazione transitoria della spesa per il 1979, prima che entrino in funzione le unità sanitarie.

ANSELMI TINA, ministro della sanità. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

* A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Il Governo ha presentato questo emendamento che in parte è in correlazione con la legge finanziaria ed in parte, nell'ultimo comma, tiene presenti alcune esigenze che credo fossero prospettate, anche se non attinenti alla stessa materia, anche nell'emendamento del senatore Andreatta. Mi riferisco all'esigenza di garantire che non si arrivi a disavanzi che facciano poi esorbitare le spese in materia.

Per quanto riguarda il subemendamento, ritengo opportuno mantenere il testo del Governo.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ad esprimere il parere.

CRAVERO, relatore. Ci rimettiamo all'Assemblea per entrambi gli emendamenti.

PRESIDENTE. Metto ai voti lo emendamento 52. 1/1 presentato dal senatore De Sabbata e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano. Essendo dubbio il risultato della votazione, procederemo alla votazione mediante divisione dei votanti nelle due opposte panti dell'Aula. Ordino la chiusura delle porte. I senatori favorevoli all'emendamento si porranno alla mia sinistra, quelli contrari alla mia destra.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 52.1, presentato dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 52 nel testo emendato.

È approvato.

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

Riprendiamo l'esame dell'articolo 47 che avevamo accantonato. In sostituzione dell'emendamento 47. 10, è stato presentato un ordine del giorno. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

« Il Senato,

in sede di approvazione del Servizio sanitario nazionale fa voti che, negli accordi unici nazionali previsti dagli articoli 47 e 48 per il rapporto di impiego di tutto il personale, le parti contraenti concordino idonee misure per garantire la prosecuzione dei servizi essenziali in caso di astensioni collettive dal lavoro ».

9. 1291. 13 ROCCAMONTE, ROMEI, LABOR, DI MARINO, PINTO

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere.

CRAVERO, relatore. Ci rimettiamo all'Assemblea.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Anche il Governo si rimette all'Assemblea.

PRESIDENTE. Senatore Romei, insiste per la votazione dell'ordine del giorno?

ROMEI. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno n. 13. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 47 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 48, già accantonato e dell'emendamento 48.1, dei quali è già stata data lettura.

ROMEI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facolità.

ROMEI. Ritiro l'emendamento.

PRESIDENTE. Metto allora ai voti l'articolo 48. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 53. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

TITOLO II

PROCEDURE DI PROGRAMMAZIONE E DI ATTUAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Art. 53.

(Piano sanitario nazionale)

Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale sono stabilite dal Parlamento attraverso il piano sanitario nazionale.

Il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità sentito il Consiglio sanitario nazionale, in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali.

Il piano ha, di norma, durata triennale e viene presentato al Parlamento entro il 30 giugno dell'ultimo anno di validità del piano sanitario precedente.

Il piano sanitario nazionale stabilisce per il periodo della sua durata:

- a) gli obiettivi da realizzare nel triennio con riferimento a quanto disposto dall'articolo 2;
- b) l'importo del fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51, da iscrivere annualmente nel bilancio dello Stato;

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

- c) gli indici e gli standards nazionali da assumere per la ripartizione del fondo sanitario nazionale tra le regioni, al fine di realizzare in tutto il territorio nazionale un'equilibrata organizzazione dei servizi, anche attraverso una destinazione delle risorse per settori fondamentali di intervento, con limiti differenziati per gruppi di spese correnti e per gli investimenti, prevedendo in particolare gli indici nazionali e regionali relativi ai posti letto e la ripartizione quantitativa degli stessi. Quanto agli investimenti il piano deve prevedere che essi siano destinati esclusivamente alle regioni nelle quali la dotazione di posti letto e di altre strutture sanitarie, sia pubbliche che convenzionate, risulti inferiore agli indici normali indicati dal piano stesso. Il piano prevede inoltre la sospensione di ogni investimento nelle regioni la cui dotazione di posti letto raggiunge o supera i suddetti indici;
- d) gli indirizzi ai quali devono uniformarsi le regioni nella ripartizione della quota regionale ad esse assegnata fra le unità sanitarie locali;
- e) i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi fondamentali previsti dalla presente legge e per gli organici del personale addetto al servizio sanitario nazionale;
- f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonchè le fasi o le modalità della graduale unificazione delle stesse e del corrispondente adeguamento, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi;
- g) gli indirizzi ai quali devono riferirsi i piani regionali di cui al successivo articolo 55, ai fini di una coordinata e uniforme realizzazione degli obiettivi di cui alla precedente lettera a);
- h) gli obiettivi fondamentali relativi alla formazione e all'aggiornamento del personale addetto al servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alle funzioni tecnico-professionali, organizzative e gestionali e alle necessità quantitative dello stesso;

- i) le procedure e le modalità per verifiche periodiche dello stato di attuazione del piano e della sua idoneità a perseguire gli obiettivi che sono stati previsti;
- l) le esigenze prioritarie del servizio sanitario nazionale in ordine alla ricerca biomedica e ad altri settori attinenti alla tutela della salute.

Ai fini della programmazione sanitaria, il Ministro della sanità è autorizzato ad avvalersi di un gruppo di persone particolarmente competenti in materia economica e sanitaria, per la formulazione delle analisi tecniche, economiche e sanitarie necessarie alla predisposizione del piano sanitario nazionale.

La remunerazione delle persone di cui al comma precedente è stabilita dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, con il decreto di conferimento dell'incarico. Agli oneri finanziari relativi si fa fronte con apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati alcuni emendamenti. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Al quarto comma, lettera c), sostituire il secondo e terzo periodo con i seguenti:

« Quanto agli investimenti il piano deve prevedere che essi siano destinati alle regioni nelle quali la dotazione di posti letto e di altri presidi e strutture sanitarie risulti inferiore agli indici normali indicati dal piano stesso. Ai fini della valutazione della priorità di investimento il piano tiene conto anche delle disponibilità, nelle varie regioni, di posti letto, presidi e strutture sanitarie di istituzioni convenzionate. Il piano prevede inoltre la sospensione di ogni investimento (se non per completamenti e ristrutturazioni dimostrate assolutamente urgenti ed indispensabili) nelle regioni la cui dotazione di posti letto e di altri presidi e

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

strutture sanitarie raggiunge o supera i suddetti indici; ».

53. 1 BELLINZONA, COSTA, DEL NERO, PINTO, ROCCAMONTE, PITTELLA

Al quarto comma, sostituire la lettera f) con la seguente:

- «f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie, specificando i trattamenti che possono essere assicurati gratuitamente ai cittadini, quelli che possono essere concessi con il concorso dell'utente nella spesa e quelli che sono esclusi dalle prestazioni del servizio sanitario nazionale, nonchè le fasi o le modalità della graduale unificazione delle stesse e del corrispondente adeguamento della partecipazione contributiva, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi; ».
- 53. 2 Andreatta, De Carolis, Carboni, Codazzi Alessandra, Carollo, Spezia, Bompiani, Rossi Gian Pietro Emilio, Colombo Vittorino (V.)

Al quarto comma, sostituire la lettera f) con la seguente:

« f) le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie, specificando i trattamenti che devono essere assicurati gratuitamente ai cittadini, quelli che possono essere concessi con il concorso dell'utente nella spesa e quelli che sono esclusi dalle prestazioni del servizio sanitario nazionale, nonchè le fasi e le modalità della graduale unificazione degli stessi e del corrispondente adeguamento della partecipazione contributiva, salvo provvedimenti di fiscalizzazione dei contributi assicurativi ».

53.4 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI, ROSI

Prima del penultimo comma, inserire il seguente:

« Con decreti del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro,

possono essere modificate le prestazioni sanitarie previste dal piano sanitario nazionale quando l'andamento delle gestioni manifesti scostamenti dall'ammontare delle spese rispetto agli importi del fondo sanitario nazionale fissati con la legge di approvazione del bilancio dello Stato oppure vengano aumentati i contributi sociali di malattia in misura sufficiente a coprire detti scostamenti ».

53. 3 Andreatta, De Carolis, Carboni, Codazzi Alessandra, Carollo, Spezia, Bompiani, Rossi Gian Pietro Emilio, Colombo Vittorino (V.)

Prima del penultimo comma, inserire il seguente:

« Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, possono essere modificate le prestazioni sanitarie previste dal piano sanitario nazionale quando l'andamento della gestione manifesti scostamenti nell'ammontare delle spese rispetto all'importo del fondo sanitario nazionale fissato con la legge di approvazione del bilancio dello Stato».

53.5 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI, ROSI

BELLINZONA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

B E L L I N Z O N A . Signor Presidente, brevissimamente sull'emendamento 53. 1 per informare i colleghi, come già avranno potuto desumere dalla lettura del testo, che si tratta semplicemente di una correzione formale di norme previste già nel testo approvato dalla Commissione.

Pertanto l'invito è quello all'approvazione.

BOMPIANI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

BOMPIANI. Brevissimamente sugli emendamenti 53.2, 53.4, 53.3 e 53.5. Avendo ascoltato le dichiarazioni molto esplicite del Ministro circa i criteri con i quali verrebbe impostato — con il massimo rigore — anche il problema della spesa sanitaria nell'ambito dei piani sanitari e della programmazione sanitaria, credo che insistere su questi emendamenti sarebbe inutile.

Vorrei però trasformarli in « ordine del giorno » di raccomandazione per il Governo, affinchè nell'ambito delle specificazioni che dovrà contenere il piano sanitario nazionale, considerando le norme generali di erogazione, si faccia attenzione ai minimi ed ai massimi delle prestazioni che possono essere fornite e si tenga presente il principio di modificare eventualmente nel tempo l'erogazione delle varie prestazioni, a seconda dell'andamento della sanità pubblica negli anni a venire, degli introiti e delle spese del sistema.

I firmatari ritirano quindi gli emendamenti e li trasformano in « ordine del giorno » che farò pervenire subito alla Presidenza.

RUFFINO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R U F F I N O . Concordo con le osservazioni fatte dal collega Bompiani poichè si tratta di emendamenti di identico contenuto. L'ordine del giorno Bompiani sarà, quindi, comprensivo dei nostri emendamenti 53.4 e 53.5.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento 53.1.

M E R Z A R I O, relatore. La Commissione è favorevole.

ANSELMI TINA, ministro della sanità. Il Governo è favorevole.

PRESIDENTE. Metto ai voti lo emendamento 53.1, presentato dal senatore

Bellinzona e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

In attesa di avere il testo dell'ordine del giorno, accantoniamo momentaneamente la votazione sull'articolo 53.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Art. 54.

(Primo piano sanitario nazionale)

Il piano sanitario nazionale per il triennio 1980-1982 deve essere presentato al Parlamento entro il 30 aprile 1979.

(È approvato).

Art. 55.

(Piani sanitari regionali)

Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base a piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle regioni.

(È approvato).

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Art. 56.

(Primi piani sanitari regionali)

Per il triennio 1980-1982 i singoli piani sanitari regionali sono predisposti ed approvati entro il 30 ottobre 1979 e devono fra l'altro prevedere:

- a) l'importo delle quote da iscrivere per ogni anno del triennio nel bilancio della regione con riferimento alle indicazioni del piano sanitario nazionale;
- b) le modalità per attuare, nelle unità sanitarie locali della regione, l'unificazione delle prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dal quarto comma, lettera f), dell'articolo 53;
- c) gli indirizzi ai quali devono riferirsi gli organi di gestione delle unità sanitarie locali nella fase di avvio del servizio sanitario nazionale.

(È approvato).

Art. 57.

(Unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie)

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, da emanarsi in conformità a quanto previsto dal piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal piano stesso, le prestazioni sanitarie già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.

Con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri del tesoro e della sanità, ed anche in conformità a quanto previsto dalla lettera f), quarto comma, dell'articolo 53, si provvede a disciplinare l'ade-

guamento della partecipazione contributiva degli assistiti nonchè le modalità e i tempi di tale partecipazione in funzione della soppressione delle strutture mutualistiche di cui al primo comma del presente articolo.

Sono comunque fatte salve le prestazioni sanitarie specifiche, preventive, ortopediche e protesiche, erogate, ai sensi delle leggi e dei regolamenti vigenti, a favore degli invalidi per causa di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordomuti e degli invalidi civili.

Nulla è innovato alle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria curativa e riabilitativa, che devono essere garantite, a prescindere dalla iscrizione di cui al terzo comma dell'articolo 19 della presente legge, agli invalidi del lavoro, ferma restando, altresì, l'esclusione di qualunque concorso di questi ultimi al pagamento delle prestazioni sanitarie. Con legge regionale è disciplinato il coordinamento, anche mediante convenzioni, fra l'erogazione delle anzidette prestazioni e gli interventi sanitari che gli enti previdenziali gestori dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali pongono in essere, in favore degli infortunati e tecnopatici, per realizzare le finalità medico-legali di cui all'articolo 74 della presente legge.

PRESIDENTE. Su questo articolo è stato presentato un emendamento. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

All'ultimo comma, sostituire le parole: « malattie professionali », con le altre: « malattie da lavoro ».

57. 1 RUFFINO, BOMPIANI, GRASSINI, ROSI

PRESIDENTE. Questo emendamento è stato ritirato.

Metto ai voti l'articolo 57. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

351ª SEDUTA (notturna)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Art. 58.

(Servizio epidemiologico e statistico)

Nel piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 sono previsti specifici programmi di attività per la rilevazione e la gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie occorrenti per la programmazione sanitaria nazionale e regionale e per la gestione dei servizi sanitari.

I programmi di attività, per quanto attiene alle competenze attribuitegli dal precedente articolo 27, sono attuati dall'Istituto superiore di sanità.

Le regioni, nell'ambito dei programmi di cui al primo comma, provvedono ai servizi di informatica che devono essere organizzati tenendo conto delle articolazioni del servizio sanitario nazionale.

Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, sono dettate norme per i criteri in ordine alla scelta dei campioni di rilevazione e per la standardizzazione e comparazione dei dati sul piano nazionale e regionale.

(È approvato).

Art. 59.

(Riordinamento del Ministero della sanità)

Il Governo, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare, su proposta del Ministro della sanità, uno o più decreti aventi valore di legge ordinaria per il riordinamento del Ministero della sanità, che dovrà essere strutturato per l'attuazione dei compiti che gli sono assegnati dalla presente legge, in osservanza dei criteri generali e dei princìpi direttivi in essa indicati ed in stretta correlazione con le funzioni che nell'ambito del servizio sanitario nazionale debbono essere esercitate dal Ministero medesimo. In sede di riordinamento del Ministero della sanità,

sarà stabilita la dotazione organica degli uffici per il funzionamento del Consiglio sanitario nazionale.

Con il decreto o uno dei decreti di cui al precedente comma saranno rideterminate le attribuzioni e le modalità per la composizione del Consiglio superiore della sanità, con riferimento esclusivo alla natura di organo consultivo tecnico del Ministro della sanità e in funzione dei compiti assunti dal Ministero della sanità nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati alcuni emendamenti. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Sopprimere l'articolo.

59. 1 CIACCI, MODICA, MAFFIOLETTI, MA-FAI DE PASQUALE SIMONA, BEL-LINZONA, TOURN MARIA LUISA, SPARANO, RAPPOSELLI, ROMANIA

Al primo comma, sostituire le parole da:

« Il Governo », sino a: « aventi valore di legge ordinaria per » con le altre: « Con legge dello Stato, entro il 30 giugno 1979, si provvede al ».

59.4 BELLINZONA, DEL NERO, PITTELLA,
MANCINO, COSTA, MODICA, CIACCI, ROCCAMONTE

Al primo comma, sostituire le parole da:

« Il Governo » sino a: « aventi valore di legge ordinaria » con le altre: « Con legge dello Stato sono dettate norme ».

59.2 Pritella, Finessi, Dalle Mura, Minnocci, Carnesella, Ferralasco, Talamona, Signori

Al secondo comma, sostituire le parole: « Con il decreto o uno dei decreti » con le altre: « Con la legge ».

59. 3 PITTELLA, FINESSI, DALLE MURA,
MINNOCCI, CARNESELLA, FERRALASCO, TALAMONA, SIGNORI

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

Al secondo comma, sostituire le parole: « Con il decreto o uno dei decreti di cui al precedente comma saranno » con le altre: « Con la stessa legge sono ».

59.5 BELLINZONA, DEL NERO, PITTELLA, MANCINO, COSTA, MODICA, CIAC-CI, ROCCAMONTE

Aggiungere, in fine, i seguenti commi.

« In attesa della legge di cui al primo comma, il Ministro della sanità, con proprio decreto, costituisce, in via provvisoria, l'ufficio centrale della programmazione sanitaria, in relazione alle esigenze di cui all'articolo 53, e l'ufficio per l'attuazione della presente legge con compiti di studio e predisposizione dei provvedimenti legislativi ed amministrativi connessi alla istituzione del servizio sanitario nazionale, e provvede a definire gli ambiti funzionali dei nuovi uffici apportando le necessarie modifiche anche a quelli delle attuali direzioni generali. Ai predetti uffici ed al segretariato del Consiglio sanitario nazionale sono preposti funzionari con qualifica di dirigente generale. I posti previsti nella tabella XIX, quadro A, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1972, n. 748, sono aumentati di tre unità.

Per le esigenze degli uffici di cui al terzo comma, la dotazione organica dei primi dirigenti, con funzioni di vice consigliere ministeriale, di cui al quadro B della richiamata tabella XIX, è elevata di dieci unità. Alla copertura dei posti complessivamente vacanti nella qualifica di primo dirigente si provvede ai sensi dell'articolo 1 della legge 30 settembre 1978, n. 583 ».

59.6 BELLINZONA, DEL NERO, PITTELLA,
MANCINO, COSTA, MODICA, C:ACCI, ROCCAMONTE

CIACCI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

C I A C C I . Sgnor Presidente, ritiro l'emendamento 59.1 perchè ci sono altri

emendamenti, dei quali sono firmatario anch'io, che propongono una formulazione dell'articolo 59 che raccoglie l'assenso anche degli altri Gruppi.

BELLINZONA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

B E L L I N Z O N A . Signor Presidente, come è evidente, gli emendamenti 59. 4, 59. 5 e 59. 6 sono collegati tra loro e rappresentano una soluzione che i firmatari, appartenenti alle varie forze politiche della Commissione, hanno trovato in sostituzione della prima formulazione dell'articolo 59.

Crediamo anche che questa formulazione soddisfi l'esigenza degli altri presentatori di emendamenti e che pertanto possa trovare pieno accoglimento da parte dell'Assemblea.

PITTELLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PITTELLA. Signor Presidente, anche i nostri emendamenti 59. 2 e 59. 3 vengono ritirati perchè la volontà in essi espressa è stata accolta nella nuova stesura proposta dell'articolo 59.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sugli emendamenti in esame.

M E R Z A R I O, relatore. Il parere è favorevole agli emendamenti 59.4, 59.5 e 59.6, signor Presidente.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Anche il Governo è favorevole a questi emendamenti.

PRESIDENTE. Metto ai voti lo emendamento 59.4, presentato dal senatore Bellinzona e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

Metto ai voti l'emendamento 59.5, presentato dal senatore Bellinzona e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento 59.6, presentato dal senatore Bellinzona e da altri senatori. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 59 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

E approvato.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Art. 60.

(Costituzione del Consiglio sanitario nazionale)

Entro 45 giorni dall'entrata in vigore della presente legge è costituito il Consiglio sanitario nazionale di cui all'articolo 8.

Il Consiglio sanitario nazionale, a partire dalla data del suo insediamento e fino alla conclusione delle operazioni di liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, assume i compiti attribuiti al comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Fino all'adozione dei provvedimenti di cui all'ultimo comma dell'articolo 61 sono prorogati i compiti e i poteri affidati ai commissari liquidatori dagli articoli 3 e 7 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Alle sedute del Consiglio sanitario nazionale convocate per l'esercizio dei compiti di cui al secondo comma partecipano con voto consultivo i cinque commissari liquidatori designati dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale ed i cinque membri proposti dal CNEL di cui al secondo comma dell'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, n. 349.

Per l'assolvimento dei propri compiti il Consiglio sanitario nazionale si avvale, sino al riordinamento del Ministero della sanità di cui al precedente articolo 59, dell'esistente segreteria del comitato centrale di cui all'articolo 4 della legge 29 giugno 1977, numero 349.

(È approvato).

Art. 61.

(Costituzione delle unità sanitarie locali)

Le regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge e secondo le norme di cui al precedente Titolo I, individuano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, ne disciplinano con legge i compiti, la struttura, la gestione, l'organizzazione, il funzionamento e stabiliscono i criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti sanitari di base.

Con provvedimento da adottare entro il 31 dicembre 1979 secondo le norme dei rispettivi statuti le regioni costituiscono le unità sanitarie locali.

Le regioni, con lo stesso provvedimento di cui al comma precedente, adottano disposizioni:

- a) per il graduale trasferimento ai comuni, perchè siano attribuiti alle unità sanitarie locali, delle funzioni, dei beni e delle attrezzature di cui sono attualmente titolari gli enti o gli uffici di cui, a norma della presente legge, vengano a cessare i compiti nelle materie proprie del servizio sani tario nazionale;
- b) per l'utilizzazione presso i servizi delle unità sanitarie locali del personale già dipendente dagli enti od uffici di cui alla precedente lettera a) che a norma della presente legge è destinato alle unità sanitarie locali, nonchè per il trasferimento del personale medesimo dopo la definizione degli organici secondo quanto disposto nei provvedimenti assunti in attuazione di quanto previsto dal penultimo comma, punto 4, del precedente articolo 15;

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

c) per la gestione finanziaria dei servizi di cui alla precedente lettera a) a partire dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali, con l'obbligo di fissare i limiti massimi di spesa consentiti per le retribuzioni del personale e per l'acquisto di beni e servizi e di prevedere periodici controlli della spesa e le responsabilità in ordine alla stessa.

PRESIDENTE. Su questo articolo sono stati presentati due emendamenti. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Aggiungere, in fine, il seguente comma:

« Fino a quando non sarà stato emanato il provvedimento di cui al secondo comma del presente articolo, la tutela sanitaria delle attività sportive, nelle regioni che non abbiano emanato proprie norme in materia, continuerà ad essere assicurata, con l'osservanza dei principi generali contenuti nella legge 26 ottobre 1971, n. 1099. e delle normative stabilite dalle singole federazioni sportive riconosciute dal CONI, secondo i propri regolamenti ».

61.1

LA COMMISSIONE

Dopo l'ultimo comma aggiungere il seguente:

« Fino a quando non sarà stato emanato il provvedimento di cui al secondo comma del presente articolo, le prestazioni agli invalidi civili di cui all'articolo 26 della presente legge sono assicurate dalle regioni che le esercitano con l'osservanza dei princìpi generali delle norme in vigore ».

61.2 MAFAI DE PASQUALE Simona,
TOURN Maria Luisa, GHERBEZ
Gabriella, LUCCHI Giovanna,
CONTERNO DEGLI ABBATI Anna
Maria, BELLINZONA, CIACCI, RAPPOSELLI

M E R Z A R I O , $\ \ relatore.$ Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

M E R Z A R I O , relatore. Signor Presidente, l'emendamento 61.1 si illustra da sè e si collega alla raccomandazione formulata dal collega Modica nel suo precedente intervento all'articolo 8 (rappresentanza del CONI nel Consiglio sanitario nazionale) e più in generale alla esigenza di assegnare una maggiore valorizzazione alla tutela sanitaria delle attività sportive.

Raccomando all'Assemblea di approvare la nostra proposta.

MAFAI DE PASQUALE SI-MONA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAFAI DE PASQUALE SI-MONA. Signor Presidente, illustrerò brevemente, anche se l'argomento è molto interessante, l'emendamento 61.2. Il passaggio alle unità sanitaria locali delle funzioni relative all'assistenza agli invalidi civili è chiaramente definito all'articolo 26 che abbiamo votato. Si pone il problema: chi gestirà tali funzioni, dal momento dell'approvazione della legge fino alla costituzione effettiva delle unità sanitarie locali? Si potrebbe sostenere che non c'è bisogno di esplicitare chi gestirà i servizi e i mezzi, infatti tutta la filosofia della legge che stiamo votando sostiene che le regioni fungono, diciamo così, da ponte nel passaggio delle varie funzioni dagli organismi centrali alle future unità sanitarie locali.

Ciò è stato riconfermato anche dal voto che abbiamo dato pochi minuti fa a favore dell'emendamento del Governo sull'articolo 52, laddove è scritto che le regioni assicurano le funzioni del servizio sanitario nazionale fino all'effettivo trasferimento delle stesse alle unità sanitarie locali. So che vi sono delle perplessità, a questo proposito, fra i colleghi e vi è chi dice che le regioni non sono preparate a svolgere il servizio di assistenza agli invalidi civili. Ma non credo che sia così, perchè la legge che stiamo votando trasmette alle regioni e agli enti locali compiti

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

ben più complessi di quelli dell'assistenza agli invalidi. Infatti la spesa statale a favore degli invalidi, sostanzialmente i fondi della legge 118, è costituita fondamentalmente dalle rette di ricovero pagate ad alcune centinaia di istituti convenziinati con il Ministero.

La difficoltà amministrativa di questo decentramento consiste dunque semplicemente nella suddivisione contabile e nella relativa assegnazione alle regioni dei fondi attualmente spesi per le convenzioni nei vari territori.

Dichiariamo subito che non è nostra intenzione spingere per l'annullamento sic et simpliciter di tali convenzioni, al contrario siamo disponibili a dare assicurazioni in questo senso, anche per un prolungamento automatico delle convenzioni in atto per un certo numero di mesi, ma è necessario che questa materia cominci ad essere gestita dalle regioni anche per accelerare quel processo di trasformazione del tipo di assistenza agli invalidi civili che tutti riconosciamo necessaria.

Occorre naturalmente un'opera di coordinamento e di indirizzo del Ministero: questa opera è garantita dallo stesso articolo 26 e noi auspichiamo che sia intensificata. Ma coordinamento non può significare esautoramento delle regioni e degli enti locali di funzioni che vengono loro chiaramente attribuite anche a norma del decreto n. 616 e dalla stessa legge n. 118.

Non è certo un voto di rottura che noi cerchiamo; al contrario vorremmo un voto unitario che unificasse tutte le forze democratiche così ampie, e in maggioranza nel nostro Senato, che sostengono il decentramento amministrativo alle regioni e agli enti locali e che agiscono a favore di un miglioramento dell'assistenza per gli invalidi.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere.

M E R Z A R I O, relatore. La Commissione, per quanto riguarda l'emendamento 61. 2, si rimette all'Assemblea.

* A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Onorevole Presidente, devo esprime-

re la mia preoccupazione per questa materia, una preoccupazione che nasce dalla convinzione che l'emendamento proposto dalla senatrice Mafai non renda possibile una gestione continuativa dell'assistenza agli invalidi.

Di questo problema abbiamo parlato parecchie volte, in sede di Ministero, con le regioni. La situazione è questa: se non passava la riforma sanitaria, la competenza della gestione delle erogazioni era dei comuni, con il passaggio della niforma sanitaria la competenza per le erogazioni è dell'unità sanitaria locale. Ma fin quando non entreranno in funzione le unità sanitarie locali, si verrà a determinare un vuoto che impedirà a questo settore di avere l'assistenza necessaria.

Io non voglio proporre una soluzione, però voglio che l'Assemblea si renda conto di questa conseguenza che, a giudizio del Governo, ma anche delle regioni, sarebbe inevitabile.

Accetto invece l'emendamento proposto dalla Commissione.

PRESIDENTE. Poichè la materia dell'emendamento 61.2 è ripresa dall'emendamento 79.0.1, presentato dal senatore Foschi e da altri senatori, ritengo opportuno ascoltarne l'illustrazione. Si dia lettura di questo emendamento.

PAZIENZA, segretario:

Dopo l'articolo 79, inserire il seguente:

Art. ...

« Il trasferimento delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria protesica e specifica a favore dei mutilati e invalidi di cui all'articolo 2 della legge 30 marzo 1971, n. 118, nonchè dei sordomuti e ciechi civili diventa operativo dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali e, comunque, a partire dal 1º gennaio 1980 ».

79.0.1 Foschi, Borghi, Del Nero, Rampa, Pittella, Pala, Roccamonte, Costa

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

FOSCHI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

FOSCHI. Onorevole Presidente, onorevoli senatori, circa il nostro emendamento. che è stato abbinato a quello sull'articolo 61, dobbiamo dire che non ci trova consenzienti quanto esposto dalla senatrice Mafai: facciamo nostre le preoccupazioni che l'onorevole Ministro ha ora espresso, che sono quelle, del resto comuni a tutti, di garantire la continuità di assistenza a circa 60.000 handicappati. tra ricoverati, internati e seminternati, per cui l'affermazione contenuto anche nell'articolo 52, ricordato dalla senatrice Mafai, secondo la quale le regioni assicurano la continuità dell'assistenza, non è sufficiente poichè un conto è scrivere certe affermazioni, un altro conto è realizzarle in tempi brevissimi.

Noi, onorevoli senatori, ci rendiamo conto che le convenzioni con il Ministero della sanità scadono (e sono già state denunciate) al 31 dicembre, cioè tra 15 giorni. Mi domando con quali strumenti siamo in grado, con il 1º gennaio 1979, di assicurare la continuità, la regolarità di queste assistenze insostituibili. C'è tutto un problema umano e sociale che non sto qui a ricordare. Questo non appartiene nè ad una nè ad un'altra bandiera politica: è un problema profondamente umano e sociale, di fronte al quale dobbiamo fare i conti e assumerci tutte le nostre responsabilità.

Chi vi parla e i sottoscrittori di questo emendamento che non sono appartenenti solo ad un gruppo politico hanno profondo il senso del regionalismo, del decentramento e della piena attuazione del 616. Ma davanti a queste situazioni credo che la proposta di uno slittamento, perchè di questo si tratta, per il tempo strettamente necessario per la costituzione delle unità sanitarie locali (così come ben dice questo emendamento) e comunque in ogni caso non oltre il 31 dicembre 1979, debba fare seriamente riflettere tutti noi, a qualsiasi gruppo apparteniamo. Vorrei far presenti taluni inconvenienti pratici: ci sono in certe regioni delle strutture riabilitative che ospitano ragazzi provenienti da regioni diverse e ci sono difficoltà immediate se il finanziamento statale della legge n. 118 anche per l'anno 1979 dovesse confluire nel fondo generale previsto dal fondo nazionale sanitario.

Per questi motivi chiediamo che il Senato approvi lo slittamento del passaggio di queste competenze alle regioni, fino a quando le unità sanitarie locali saranno state costituite e, in ogni caso, non oltre il 31 dicembre 1979.

PRESIDENTE. Invito la Commissione ed il Governo ad esprimere il parere sull'emendamento in esame.

MERZARIO, *relatore*. Ci rimettiamo all'Assemblea.

A N S E L M I T I N A, ministro della sanità. Anch'io mi rimetto all'Assemblea.

MAFAI DE PASQUALE SI-MONA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MAFAI DE PASQUALE SI-MONA. In considerazione delle difficoltà prospettate dal Ministro propongo che da ambo le parti si ritirino gli emendamenti proposti, e si concordi un ordine del giorno comune che riconfermi il principio del trasferimento agli enti locali delle funzioni relative all'assistenza sociale e sanitaria agli invalidi (e dei corrispondenti mezzi finanziari), e consenta un lieve slittamento temporale nella data di avvio di tale trasferimento perchè vengano approntate, dal Ministero e dalle regioni insieme, le misure pratiche per il coordinamento di tale trasmissione; ciò non richiede certo 12 mesi, ma solo alcune settimane, il cui numero va stabilito.

PITTELLA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PITTELLA. Anch'io sono firmatario dell'emendamento 79.0.1 e vorrei invitare i senatori che insieme a me hanno firmato quell'emendamento ad accedere alla proposta della senatrice Mafai per trovare un momento di intesa, visto che c'è volontà

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

unanime di cercare di risolvere questo problema.

RAMPA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

R A M P A . Mi rendo conto, onorevoli colleghi e in particolare senatrice Mafai, della buona volontà che lei ha inteso dimostrare nel ricercare una linea di intesa; ma vorrei pregiudizialmente domandare a me stesso e ai colleghi, oltre che al Governo, se, nel caso specifico, la soluzione che spesso abbiamo trovato per superare difficoltà non altrimenti superabili ci metta davvero nelle condizioni di risolvere i problemi.

Voglio dire che l'ordine del giorno, strumento quanto mai taumaturgico, in questo caso credo che non possa operare perchè si tratta di dare al Governo il potere di modificare, in relazione all'impossibilità di un'assistenza adeguata alle categorie di handicappati che abbiamo indicato nell'articolo 26, quanto viene disposto da norme precedenti e dal decreto 616 in particolare. Allora a che servirebbe l'ordine del giorno? Non possiamo esortare il Governo a non tener conto di una legge esistente. Se vogliamo dunque risolvere il problema, bisogna che votiamo in modo tale che si consideri, non dico superato ciò che il 616 propone — tant'è vero che il Ministro, proprio poco fa, ci ha ricordato le conseguenze dell'applicazione corretta di esso - ma certamente rinviabile in attesa che si creino le condizioni concrete per la sua applicazione. Perciò dobbiamo formulare un testo legislativo di piena efficacia.

Allora qui nasce il problema: quale dei due emendamenti può essere il più opportuno e il più adeguato? Io non voglio adesso, in quest'ora tarda, tentare non umilmente di infliggere ai colleghi tanto pazienti una disamina giuridica e politica su questo argomento, anche penchè il collega Merzario direbbe che non sarei certamente breve, viste le esperienze che ha dovuto fare in Commissione in questo lungo periodo di lavoro. Ma mi pare che sia da rilevare, senatrice Mafai, un dato mol-

to preciso. Il decreto 616, come ho detto, se non sbaglio a interpretare, non demanda alle regioni l'assistenza di queste categorie, caso mai la demanda ai comuni. D'altra parte si è da tutti convenuto ormai — fra l'altro tutta la legge di riforma risponde a questa logica - che non è la regione a gestire nè l'assistenza sanitaria, nè l'assistenza socio-sanitaria che, nel caso specifico, è l'assistenza che dobbiamo prestare a queste categorie. Perchè allora fare un'eccezione nella legge, e con quale logica nei confronti di una concezione che abbiamo di una regione che programma e coordina e non gestisce e di una categoria il cui destino, direi, è, in qualche modo, affidato a quegli enti locali, e per essi alle unità sanitarie locali, che tuttavia riconosciamo non essere in grado di poter procedere subito all'assistenza, proprio per la carenza dello strumento operativo che è l'unità sanitaria locale?

Ecco perchè nell'emendamento Foschi ed altri, che anch'io ho firmato insieme con colleghi di altri gruppi, e che abbiamo cercato vanamente di concordare stamane (con un incontro, che non è potuto avvenire, nonostante i nostri auspici), noi proponiamo la data del primo gennaio 1980, non per scegliere una data con qualche creatività fantasiosa, all'italiana, ma perchè nel disegno di legge al nostro esame, all'articolo che tutti ricordiamo, si prevede l'istituzione delle unità sanitarie locali entro il 31 dicembre 1979. Visti i tempi e la situazione, non ci sembra dunque che se si accettasse questa nostra tesi, che abbiamo esposto con tutto il rispetto per le tesi altrui, si debba stare a mercanteggiare (scusate il termine) sul mese in più o il mese in meno, sui sei mesi, i quattro mesi, i tre mesi di proroga. Che significa questo di fronte a un bisogno che tutti riconosciamo immediato e tale da non esaurirsi, purtroppo, nel tempo? E tanto più che riconosciamo tutti che dal momento dell'approvazione della legge al momento dell'istituzione delle unità sanitarie locali, se non un anno, quanto meno nove o dieci mesi sicuramente passeranno. Ecco il perchè di questa data del primo gennaio 1980 che abbiamo indicato nel nostro emendamento.

Assemblea - Resoconto stenografico

14 DICEMBRE 1978

Per questi motivi non posso che tentare di rivolgermi alla collega Mafai e ai firmatari di quell'emendamento per chiedere davvero con qualche passione impegnata, come è quella stessa che ha suggerito l'emendamento del Gruppo comunista, che si voglia considerare che le nostre motivazioni non ci sembrano nè pretestuose nè astratte, bensì concrete ed effettivamente operative; il che non vuol dire evidentemente che non siano altrettanto meditate le motivazioni altrui. Per questo, onorevole Presidente, chiedendo, come proponente, all'Assemblea di votare a favore di questo emendamento sappiamo che vi è generale comprensione per la comune esigenza: divergiamo necessariamente sull'articolazione della proposta. Non so poi (oso dire forse sbagliando) se, a termini di Regolamento, l'emendamento vada votato, nell'ipotesi che non si trovi un accordo, in ordine numerico oppure se vada valutato in ordine alla distanza dal testo dell'articolo che stiamo per approvare; ma non tocca a me sciogliere questo nodo procedurale.

La mia proposta è di evitare uno scontro su questo terreno, per trovare insieme una soluzione che non sia una panacea qualunque, ma una effettiva risposta a bisogni che non possono essere negati.

PRESIDENTE. Senatore Foschi, lei è d'accordo con quello che ha detto il senatore Rampa?

FOSCHI. Mi associo a quello che ha detto.

MODICA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

M O D I C A. Volevo semplicemente proporre, se possibile, visto che la materia è la stessa, di trasferire questo emendamento 61.2 al 79.0.1 (non so se propongo una eresia regolamentare). Avremmo così nel frattempo la possibilità di andare avanti con gli altri articoli e forse di verificare se è possibile proporre un emendamento concordato o comunque di chiarire meglio la materia.

PRESIDENTE. Sì, è possibile. Se non vi sono obiezioni, così rimane stabilito.

Metto ai voti l'emendamento 61.1, presentato dalla Commissione e accettato dal Governo. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 61 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Riprendiamo l'esame dell'articolo 53, che avevamo accantonato, in attesa della presentazione di un ordine del giorno. Si dia lettura di questo ordine del giorno.

PAZIENZA, segretario:

« Il Senato,

raccomanda che le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie contengano indicazioni sui trattamenti che possono essere assicurati gratuitamente e quelli per i quali è richiesto il concorso dell'utente ».

9. 1291. 14 Bompiani, Ruffino, Codazzi Alessandra

PRESIDENTE. Invito la Commissione e il Governo ad esprimere il parere.

MERZARIO, *relatore*. Ci rimettiamo all'Assemblea.

ANSELMI TINA, ministro della sanità. Anche il Governo si rimette all'Assemblea.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

B E L L I N Z O N A. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

BELLINZONA. Dichiaro che il Gruppo comunista voterà contro quest'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'ordine del giorno n. 14 presentato dai senatori Bompiani, Ruffino e Codazzi Alessandra, per il quale la Commissione ed il Governo si sono rimessi all'Assemblea. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 53 nel testo emendato. Chi l'approva è pregato di alzare la mano.

È approvato.

Passiamo all'esame degli articoli successivi. Se ne dia lettura.

PAZIENZA, segretario:

Art. 62.

(Riordinamento delle norme in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive)

Il Governo, entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio di Stato, è autorizzato, nel rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge, a modificare, integrare, coordinare e riunire in testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale, ivi compresa la zooprofilassi, e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, e le altre norme specifiche, tenendo conto dei principi, delle disposizioni e delle competenze previsti dalla presente legge. Sino all'emanazione del predetto testo unico, si applicano, in quanto non in contrasto con le disposizioni della presente legge, le norme del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni ed integrazioni, nonchè le altre disposizioni vigenti in materia.

(È approvato).

Art. 63.

(Assicurazione obbligatoria)

A decorrere dal 1º gennaio 1980 l'assicurazione contro le malattie è obbligatoria per tutti i cittadini.

I cittadini che, secondo le leggi vigenti, non sono tenuti all'iscrizione ad un istituto mutualistico di natura pubblica sono assicurati presso il servizio sanitario nazionale nel limite delle prestazioni sanitarie erogate agli assicurati del disciolto INAM.

A partire dalla data di cui al primo comma i cittadini di cui al comma precedente soggetti all'obbligo della presentazione della dichiarazione dei redditi ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sono tenuti a versare annualmente, anche per i familiari che si trovino nelle condizioni indicate nel precedente comma, un contributo per l'assistenza di malattia secondo le modalità di cui ai commi seguenti.

Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro il 30 ottobre di ogni anno di concerto con il Ministro del tesoro, sentito il Consiglio sanitario nazionale, è stabilita nel piano nazionale la quota annuale da porre a carico degli interessati per l'anno successivo. Detta quota è calcolata tenendo conto delle variazioni previste nel costo medio *pro capite* dell'anno precedente per le prestazioni sanitarie di cui al secondo comma.

Gli interessati verseranno la quota di cui al precedente comma mediante accreditamento in conto corrente postale intestato alla sezione di tesoreria provinciale di Roma con imputazione ad apposito capitolo da istituirsi nello stato di previsione dell'entrata del bilancio dello Stato.

Con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro delle finanze, saranno stabilite le modalità di accertamento dei soggetti tenuti al pagamento, in collegamento con la dichiarazione dei redditi, nonchè i tempi ed i controlli relativi ai versamenti di cui al precedente comma.

Per il mancato versamento o per omessa o infedele dichiarazione, si applicano le sanzioni previste per tali casi nel titolo V del

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

14 DICEMBRE 1978

decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600.

(È approvato).

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

Ordine del giorno per le sedute di venerdì 15 dicembre 1978

PRESIDENTE. Il Senato tornerà a riunirsi in due sedute pubbliche oggi, venerdì 15 dicembre, alle ore 9,30 e alle ore 16,30 — anzichè alle ore 10 e 17 come previsto dal calendario dei lavori dell'Assemblea — con il seguente ordine del giorno:

I. Seguito della discussione del disegno di legge:

Istituzione del Servizio sanitario nazionale (1291) (Testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge governativo e dei disegni di legge di iniziativa dei deputati Triva ed altri; Gorla ed altri; Tiraboschi ed altri; Zanone ed altri) (Approvato dalla Camera dei deputati).

II. Discussione dei disegni di legge:

1. Conversione in legge del decreto-legge 13 novembre 1978, n. 703, concernente l'insediamento della centrale elettronucleare del Molise (1464).

- 2. Proroga delle deleghe al Governo di cui alla legge 14 dicembre 1976, n. 847, in materia di tariffa dei dazi di importazione e di legislazione doganale (1407) (Approvato dalla Camera dei deputati).
- 3. Disposizioni concernenti il personale delle aziende dipendenti dal Ministero delle poste e delle telecomunicazioni (1403).
- 4. Deputati COSTAMAGNA ed altri. Legge-quadro in materia di formazione professionale (1467) (Approvato dalla Camera dei deputati).

GAROLI ed altri. — Principi generali in materia di formazione professionale (351).

Costituzione del « fondo di rotazione » destinato a favorire l'accesso alle provvidenze del Fondo sociale europeo dei progetti promossi da istituti o enti di diritto privato di cui all'articolo 8 della decisione del Consiglio delle Comunità europee numero 71/66/CEE del 1° febbraio 1971 modificata dalla decisione n. 77/801/CEE del 20 dicembre 1977 (1389).

La seduta è tolta (ore 0,25 del 15 dicembre).

Dott. PAOLO NALDINI Consigliere vicario del Servizio dei resoconti parlamentari