

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

32° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 MAGGIO 1990

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente ZITO

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

«Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS» (2215), approvato dalla Camera dei deputati

Petizione n. 118

(Seguito della discussione congiunta e approvazione)

PRESIDENTE Pag. 2, 25
ALBERTI (Sin. Ind.) 26
AZZARETTI (DC) 25, 31, 33

BERLINGUER (PCI) Pag. 10, 15, 26 e passim
CONDORELLI (DC), relatore alla Commissione 9, 16, 22 e passim
CORLEONE (Fed. Eur. Ecol.) 27, 35
DE LORENZO, ministro della sanità 2, 10, 17 e passim
DIONISI (PCI) 9
DUÒ (DC) 33, 39
IMBRIACO (PCI) 7, 15, 21 e passim
MELOTTO (DC) 11
ONGARO BASAGLIA (Sin. Ind.) 9, 26, 41
SIGNORELLI (MSI-DN) 40
TORLONTANO (PCI) 16
VENTRE (DC) 28

I lavori hanno inizio alle ore 10,15.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

**«Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS»
(2215), approvato dalla Camera dei deputati**

Petizione n. 118

(Seguito della discussione congiunta e approvazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta del disegno di legge: «Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS», già approvato dalla Camera dei deputati, e della petizione n. 118.

Avverto i colleghi che sono pervenuti i pareri delle Commissioni competenti. La Commissione bilancio solleva un problema sul quale è necessaria una chiarificazione da parte del Governo.

Do lettura del parere della 5^a Commissione permanente:

«La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminato il disegno di legge in titolo, per quanto di propria competenza, dichiara di non opporsi al suo ulteriore *iter*. Ciò a condizione che i fondi utilizzati per la copertura del provvedimento, che vengono tratti dai programmi speciali, a valere sulle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale ripartite dal CIPE e destinate alla misure in materia di AIDS, non siano in corso di esercizio o in quelli futuri reintegrati in via amministrativa. Conseguentemente, le quote vincolate - ivi comprese quelle di cui al disegno di legge in titolo - del Fondo sanitario nazionale non dovranno superare quelle attualmente definite anche con riferimento allo loro proiezione triennale».

Essendo noi in sede deliberante, evidentemente la condizione che ci pone la 5^a Commissione è vincolante per poter andare avanti.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Abbiamo a lungo discusso con il senatore Andreatta e con i responsabili della programmazione sanitaria. Il parere elaborato dalla Commissione bilancio può considerarsi pienamente accettabile da parte del Governo. Mi impegno dunque a tenerne conto, anche perchè nell'ambito della programmazione triennale tutto quanto attiene all'azione di lotta all'AIDS è stato già definito; ritengo quindi di non dover fare osservazioni e di impegnare il Governo ad osservare quanto prescritto nella seconda parte del parere della Commissione bilancio.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli. Ne do lettura:

Art. 1.

(Piano di interventi contro l'AIDS)

1. Allo scopo di contrastare la diffusione delle infezioni da HIV mediante le attività di prevenzione e di assicurare idonea assistenza alle persone affette da tali patologie, in particolare quando necessitano di ricovero ospedaliero, è autorizzata l'attuazione dei seguenti interventi, nell'ambito dell'apposito piano ministeriale predisposto dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS:

a) interventi di carattere poliennale riguardanti la prevenzione, l'informazione, la ricerca, la sorveglianza epidemiologica ed il sostegno dell'attività del volontariato, attuati con le modalità previste dall'azione programmata del Piano sanitario nazionale riguardante la lotta all'AIDS, e nei limiti degli stanziamenti ivi previsti anche a carico del bilancio del Ministero della sanità;

b) costruzione e ristrutturazione dei reparti di ricovero per malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, la realizzazione di spazi per attività di ospedale diurno e l'istituzione o il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia negli ospedali, nonché nelle cliniche ed istituti previsti dall'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per un ammontare complessivo massimo di lire 2.100 miliardi, con priorità per le opere di ristrutturazione e con graduale realizzazione delle nuove costruzioni, secondo le indicazioni che periodicamente verranno date dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS sentiti la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e il Consiglio sanitario nazionale, in relazione alle previsioni epidemiologiche e alle conseguenti esigenze assistenziali;

c) assunzione di personale medico e infermieristico a completamento degli organici delle strutture di ricovero di malattie infettive e dei laboratori di cui alla lettera b), e del personale laureato non medico e tecnico occorrente per gli stessi laboratori negli ospedali, nonché nelle cliniche ed istituti di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, a graduale attuazione degli *standard* indicati dal decreto ministeriale 13 settembre 1988, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 24 settembre 1988, fino ad una spesa complessiva annua di lire 120 miliardi, a regime, e di lire 80 miliardi per l'anno 1990;

d) svolgimento di corsi di formazione e di aggiornamento professionale per il personale dei reparti di ricovero per malattie infettive e degli altri reparti che ricoverano ammalati di AIDS da tenersi fuori dall'orario di servizio, con obbligo di frequenza e con corrispondenza di un assegno di studio dell'importo di lire 4 milioni lordi annui, fino ad una spesa annua complessiva di lire 35 miliardi;

e) potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti mediante la graduale assunzione di unità di personale sanitario e tecnico, da ripartire tra le regioni e le province autonome in proporzione alle rispettive esigenze, fino ad una spesa complessiva annua di lire 38 miliardi a regime e di lire 20 miliardi per l'anno 1990;

f) potenziamento dei servizi multizonali per le malattie a trasmissione sessuale mediante la graduale assunzione di unità di personale sanitario e tecnico, da ripartire tra le regioni e province autonome in proporzione alle rispettive esigenze, fino ad una spesa complessiva annua di lire 6 miliardi, a regime;

g) potenziamento dei ruoli del personale dell'Istituto superiore di sanità. Per far fronte alle esigenze di cui al presente articolo, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di cui alla presente legge, le dotazioni organiche dei ruoli dell'Istituto superiore di sanità previste dalla tabella B, quadro I lettere a) e b), quadro II lettere a) e b), quadro III lettera a) e quadro IV, annessa alla legge 7 agosto 1973, n. 519 e successive modificazioni, sono incrementate, a partire dal 1° gennaio 1991, rispettivamente di 4, 20, 5, 5, 5 e 20 unità. Al relativo onere, valutato in lire 2.018,5 milioni in ragione d'anno, si provvede mediante quota parte delle maggiori entrate di cui al successivo periodo. Le tariffe dei servizi a pagamento resi a terzi dall'Istituto superiore di sanità sono adeguate entro il 31 dicembre 1990, con la procedura di cui al comma terzo dell'articolo 3 della legge 7 agosto 1973, n. 519, in modo da assicurare un gettito in ragione d'anno non inferiore a lire 10.000 milioni. Le unità di personale di cui ai quadri II, III e IV, portati in aumento, potranno essere reperite, in deroga alle vigenti disposizioni, mediante utilizzo delle graduatorie dei concorsi espletati nell'ultimo quinquennio.

2. Le unità sanitarie locali, sulla base di indirizzi regionali, promuovono la graduale attivazione di servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e patologie correlate, finalizzati a garantire idonea e qualificata assistenza nei casi in cui, superata la fase acuta della malattia, sia possibile la dimissione dall'ospedale e la prosecuzione delle occorrenti terapie presso il domicilio dei pazienti. Il trattamento a domicilio ha luogo mediante l'impiego, per il tempo necessario, del personale infermieristico del reparto ospedaliero da cui è disposta la dimissione che opererà a domicilio secondo le stesse norme previste per l'ambiente ospedaliero con la consulenza dei medici del reparto stesso, la partecipazione all'assistenza del medico di famiglia e la collaborazione, quando possibile, del volontariato e del personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali. Il trattamento a domicilio, entro il limite massimo di 2.100 posti da ripartire tra le regioni e le province autonome in proporzione alle rispettive esigenze ed entro il limite di spesa complessiva annua di lire 60 miliardi, a regime, e di lire 20 miliardi per il 1990, può essere attuato anche presso idonee residenze collettive o case alloggio, con il ricorso ad istituzioni di volontariato o ad organizzazioni assistenziali diverse all'uopo convenzionate o a personale infermieristico convenzionato che opererà secondo le indicazioni dei responsabili del reparto ospedaliero. Le modalità di convenzionamento sono definite da un apposito decreto ministeriale.

3. Gli spazi per l'attività di ospedale diurno, da realizzare secondo le previsioni del comma 1, lettera b), sono funzionalmente aggregati alle unità operative di degenza, nel rapporto di un posto di assistenza a ciclo diurno per ogni cinque posti di degenza ordinari, tra loro pienamente equivalenti agli effetti degli *standard* di personale. Con atto di indirizzo e

coordinamento, da emanare ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono stabiliti criteri uniformi per l'attivazione da parte delle unità sanitarie locali dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali, con particolare riguardo ai reparti di malattie infettive e alle specifiche esigenze di diagnosi e cura delle infezioni da HIV, nonché criteri uniformi per l'attivazione dei servizi di cui al comma 2 e sugli organici relativi.

4. Nelle singole regioni e province autonome, gli interventi di costruzione e ristrutturazione dei posti letto e quelli di adeguamento degli organici, entro le complessive previsioni quantitative stabilite al comma 1, lettere *b*) e *c*), possono essere realizzati anche in altri reparti che siano prevalentemente impegnati, secondo i piani regionali, nell'assistenza ai casi di AIDS, per oggettive e documentate condizioni epidemiologiche.

5. Al finanziamento degli interventi di cui al comma 1, lettera *b*), si provvede con operazioni di mutuo con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro. I finanziamenti predetti sono iscritti in apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero della sanità. Alla relativa gestione si provvede con le modalità di cui al comma 1 dell'articolo 5 del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1988, n. 109. All'onere di ammortamento dei mutui, valutato in ragione di lire 250 miliardi annui a decorrere dall'anno 1990, si fa fronte in relazione alla mancata utilizzazione della quota di lire 3.000 miliardi autorizzata per il 1988 dal comma 5 dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

6. Al finanziamento degli interventi di cui al comma 1, lettere *c*), *d*) ed *e*), e al comma 2 si provvede con quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente, che vengono vincolate allo scopo.

7. Al finanziamento degli interventi di cui al comma 1, lettera *f*), si fa fronte con gli stanziamenti di cui al capitolo 2547 dello stato di previsione del Ministero della sanità.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

All'articolo 1, comma 1, il punto b) è sostituito dai seguenti punti:

b) costruzione e ristrutturazione per un totale di 3.500 posti letto per i casi di AIDS adulti e 100 posti letto per il casi di AIDS pediatrici, da collocare tutti in reparti di malattie infettive;

c) costruzione e ristrutturazione di 3.100 posti letto di cui 30 pediatrici, compresi in reparti di malattie infettive o altri reparti specialistici di presidi ospedalieri;

d) realizzazione di spazi e strutture per attività di ospedale diurno per un totale di 1.000 posti;

e) potenziamento delle strutture ambulatoriali ospedaliere e territoriali per la diagnosi e la cura delle infezioni HIV.

All'articolo 1, lettera c) dopo le parole: «malattie infettive» aggiungere le altre: «e di altri reparti che ricoverano malati di AIDS e sindromi correlate».

1.2

IMBRIACO

All'articolo 1, comma 1, alla lettera d) dopo le parole: «ammalati di AIDS», aggiungere le altre: «e di laboratori di microbiologia, virologia ed immunologia clinica».

1.3

IMBRIACO

All'articolo 1, comma 1, alla lettera d) dopo le parole: «ammalati di AIDS», aggiungere le altre: «nonchè per il personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali che presta assistenza nel trattamento a domicilio».

1.4

IMBRIACO

All'articolo 1, comma 1 dopo la lettera e) inserire la lettera: «e-bis) potenziamento dei servizi di assistenza nelle carceri».

1.5

ONGARO BASAGLIA

All'articolo 1, comma 1, dopo la lettera g) aggiungere la seguente:

«h) riduzione di sei ore settimanali dell'orario di lavoro del personale infermieristico impegnato nelle strutture di ricovero di malattie infettive o di altri reparti che ricoverano malati di AIDS e turnazione con personale infermieristico di altri reparti o strutture ospedaliere ed universitarie».

1.6

IMBRIACO

All'articolo 1, dopo il comma 1, aggiungere i seguenti commi:

1-bis. Le costruzioni e le ristrutturazioni previste ai punti a) e b) dovranno rispettare uno *standard* del 50 per cento dei posti letto in stanze singole e del 50 per cento in stanze a due letti.

1-ter. Per il triennio 1990-1992 per la realizzazione degli interventi previsti ai punti a) e b) è destinata la somma di lire 1.000 miliardi, per gli interventi previsti al punto c) è destinata la somma di lire 50 miliardi, per gli interventi previsti al punto d) è destinata la somma di lire 340 miliardi e per gli interventi di cui al punto e) è destinata la somma di lire 400 miliardi.

1-quater. Le regioni e le province autonome, sulla base della programmazione sanitaria regionale che dovrà tener conto dell'andamento territoriale dell'epidemia, provvederanno a localizzare le strutture ed a ripartire i fondi di cui ai punti precedenti.

1.7

MERIGGI, RANALLI, TORLONTANO

All'articolo 1, comma 2, dopo le parole: «reparto ospedaliero» aggiungere le altre: «o universitario».

1.8

IMBRIACO

All'articolo 1, comma 2, sostituire le parole: «il limite massimo» con le altre: «entro il limite minimo».

1.9

ONGARO BASAGLIA

All'articolo 1, comma 2, sostituire l'ultimo periodo con il seguente: «L'assistenza sanitaria domiciliare è effettuata secondo i piani sanitari regionali e le indicazioni del progetto obiettivo n. 6 fino ad un limite massimo di 2.100 posti, per una spesa complessiva annua di lire 60 miliardi.

1.10

DIONISI, BERLINGUER, MERIGGI

All'articolo 1, comma 2, sostituire la parola: «collettive» con l'altra: «extraospedaliera».

1.11

ONGARO BASAGLIA

All'articolo 1, sopprimere il comma 4.

1.12

IMBRIACO

IMBRIACO. Si tratta della vera questione sulla quale per la verità i colleghi si sono intrattenuti a lungo durante la discussione generale.

Si tratta in sostanza di capire se questo evento calamitoso, autentica piaga, va affrontato secondo le logiche un po' abusate, aggredito esclusivamente o pressochè esclusivamente con interventi ospedalizzanti.

La questione è talmente scontata e delicata che la stessa maggioranza ha dovuto convenire nel corso della discussione, sul fatto che prevedere, come si fa nel Piano nazionale sanitario, qualcosa come 16.000 posti letto è un assurdo.

Il Gruppo comunista, alla luce anche delle risorse disponibili di cui si parla, che sono funzionali ad un certo numero di posti letto, ha presentato l'emendamento 1.1 che tende a ridurre la previsione del fabbisogno, fissando quello che a nostro giudizio è l'ammontare ottimale per il prossimo triennio: 3.500 posti letto per i casi «adulti» di AIDS e 100 posti letto per i bambini (oltre ai 1.000 posti letto per ospedali diurni).

La valutazione è fatta sulla base delle seguenti considerazioni. Il fenomeno AIDS va aggredito globalmente, attraverso interventi preventivi e trattamenti domiciliari, garantendo una presenza qualificata. Da questo punto di vista occorre tentare di evitare la ghettizzazione e la ospedalizzazione di massa, per motivi sociali e sanitari, oltre che per motivi economici.

Con l'emendamento 1.2 si propone di aggiungere all'articolo 1, lettera c) la parole «e di altri reparti che ricoverano malati di AIDS e sindromi correlate». Anche a questo proposito, infatti, vi sono delle contraddizioni nell'azione programmata dal Governo. Mentre si prevedeva una mole di 15.000 posti letto per ospedali specializzati nella infettivologia, si prevedeva altresì di affrontare questa problematica anche in reparti non specializzati. A sostegno della nostra proposta di garantire il coinvolgimento anche degli ospedali che non siano specializzati nel settore della infettivologia, è intervenuta di recente l'associazione dei medici infettivologi, la quale ha reclamato l'abolizione di qualsiasi tentativo di assistere il malato di AIDS o di sindromi correlate esclusivamente nei reparti di infettivologia. Lo fa presente questa associazione in un ordine del giorno, facendo espressamente riferimento al testo in esame.

Altrettanto dicasi per i laboratori di microbiologia, virologia ed immunologia, che dovrebbero essere, a nostro avviso, potenziati alla stregua degli altri.

Il Ministro, già in altra sede, ha osservato che le nostre proposte sono pleonastiche, se si tiene conto che la legge già contiene alcune norme al riguardo. Ad esempio, egli sostiene che istituti a carattere scientifico possano tranquillamente rientrare nelle previsioni, senza che vi sia bisogno di farne espressa menzione. Tale impostazione, a nostro avviso, è superata dal fatto che non ci riferiamo soltanto ad istituti a carattere scientifico, ma anche a strutture ospedaliere che abitualmente nell'ambito del loro intervento già utilizzano reparti di natura infettivologica, e che quindi in qualche misura andrebbero potenziati.

Con l'emendamento 1.4 si propone di estendere la garanzia dei corsi di formazione e di aggiornamento professionale anche al personale non strettamente collegato all'assistenza ospedaliera.

L'emendamento 1.7 è in sostanza un'esplicazione del finanziamento per cercare di evitare che le previsioni dell'articolo 1, così come previste dal disegno di legge, possano risultare abbastanza vaghe e confuse. Si parte intanto da una definizione di tipologia degli *standards* delle costruzioni e delle ristrutturazioni che si andranno a realizzare, specificando che il 50 per cento dei posti letto dovranno inserirsi in stanze singole e l'altro 50 per cento in stanze a due letti. È un tentativo di recuperare un'umanizzazione all'interno di queste strutture nate con logiche del tutto obsolete. Occorre restituire a questi spazi una dignità ed un conforto per garantire a persone già costrette a subire una sofferenza assolutamente drammatica una qualità di vita relativamente dignitosa.

Inoltre noi proponiamo di cominciare da subito a dare scadenze per l'utilizzo delle risorse per il triennio 1990-1992. In tal senso l'emendamento prevede, per la realizzazione degli interventi di cui ai punti a) e b), la destinazione di 1.000 miliardi; per gli interventi di cui al punto c) si stanziavano 50 miliardi, cercando in tal modo di qualificare il più possibile l'obiettivo della preparazione del personale medico ed infermieristico, nonché tecnico; per gli interventi di cui al punto d) è destinata la somma di 340 miliardi e per quelli di cui al punto e) la somma di lire 400 miliardi.

L'ultima parte dell'emendamento propone di inserire un comma relativo alle funzioni delle regioni e delle province autonome, cui a nostro avviso spettano i compiti fondamentali della localizzazione delle strutture e della ripartizione dei fondi prima indicati, compiti sui quali ci siamo già soffermati ampiamente in sede di discussione generale.

Infine, gli emendamenti 1.8, 1.10 e 1.12 si illustrano da sè.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, l'emendamento 1.5 è specificamente volto al potenziamento dei servizi di assistenza dei malati di AIDS che si trovino nelle carceri. Tali servizi sono già previsti dalla legge sulle tossicodipendenze e c'è un accordo del Ministro di grazia e giustizia col Ministro della sanità in questo senso. Per questo motivo, riteniamo che nel testo in esame dovrebbe risultare una competenza specifica ministeriale.

Con l'emendamento 1.9 si propone di sostituire la previsione del limite massimo di 2.100 posti letto per il trattamento a domicilio, con quella del limite minimo per la stessa previsione di 2.100 posti letto, come maggiore garanzia perlomeno di un simile trattamento minimale; peraltro ciò rientra nella logica degli interventi già illustrati dal senatore Imbriaco.

Nella stessa logica va inserito l'emendamento 1.11, che tende a sostituire la parola «collettive», riferita alle residenze, con «extraospedaliere», che fa pensare un po' meno a strutture istituzionali, dato che si tratta di trattamento a domicilio.

DIONISI. L'emendamento 1.6 già esplicita nella formulazione il contenuto normativo. Noi riteniamo che debba essere ridotto l'orario di lavoro del personale, soprattutto infermieristico e tecnico, impegnato nell'assistenza ai malati di AIDS e in generale nei reparti per le malattie infettive. Ciò in considerazione del fatto che il carico di lavoro e lo *stress* per tali operatori sono particolarmente onerosi.

Desidero aggiungere solo due brevi riflessioni, la prima relativa al fatto che la retribuzione di 4 milioni lordi annui per i partecipanti ai corsi di formazione professionali e di aggiornamento, così come prevista dal disegno di legge in esame, configura una sorta di monetizzazione del rischio per tali lavoratori. L'altra riflessione riguarda la necessità che tutti gli infermieri e i tecnici degli ospedali partecipino in qualche modo ai corsi di formazione e aggiornamento professionale sullo specifico trattamento della malattia dell'AIDS ed in particolare sulle modalità della sua trasmissione.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Il relatore esprime parere negativo sull'emendamento 1.1 dei senatori Meriggi, Ranalli e Torlontano poichè quanto in esso esposto viene già in pratica recepito dalla risoluzione che presenteremo sul Piano sanitario. Analogo parere contrario esprimo poi per l'emendamento 1.2 che mi pare ultroneo ed ancora sull'emendamento 1.3. Più volte nel contesto della legge si fa riferimento infatti ai laboratori di microbiologia, virologia ed immunologia clinica.

Parere ancora contrario sugli emendamenti 1.4 ed 1.5 per il quale riconfermo quanto detto in sede di replica alla fine della discussione

generale, ossia che questa norma è prevista dall'articolo 32 della legge sulla tossicodipendenza.

Ancora ultroneo mi sembra l'emendamento 1.6 poichè il termine «ospedaliero» ha una valenza molto ampia e può essere riferito sia alle strutture universitarie che a quelle extrauniversitarie.

Esprimo poi parere contrario sugli emendamenti 1.7, 1.8 e 1.9 della senatrice Ongaro Basaglia. Inoltre, il mio parere è ancora negativo sull'emendamento 1.10 che pure affronta un problema importante. Mi sembra però che la risoluzione chiarisca già a sufficienza l'argomento. Parere negativo infine sugli emendamenti 1.11 e 1.12, quest'ultimo riguarda la soppressione del quarto comma.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Il Governo si dichiara d'accordo con quanto esposto dal relatore. Anch'io ritengo che molti degli emendamenti presentati trovino già in parte risposta nella aggiunta alla risoluzione, che mi pare sia stata concordata sulla base anche di quanto emerso nella seduta precedente. Non si intende dunque partire da un numero già fissato e previsto nell'azione programmata ma dal considerare prioritaria la ristrutturazione dei posti letto e la costruzione di nuovi in funzione esclusivamente di quanto previsto dall'andamento epidemiologico della malattia e da una serie di accordi con le Regioni. Anche in questo caso è opportuno non fissare il numero poichè, non conoscendo l'andamento epidemiologico, occorre far leva sui criteri, rigorosi e a garanzia di tutti, che sono contenuti nel comma terzo.

Riguardo agli altri emendamenti in aggiunta a quanto detto dal senatore Condorelli posso solo dire che la proposta di potenziare dei servizi di assistenza nelle carceri può essere un'indicazione da dare nel caso di un'azione programmata che pure già affronta il problema. Sempre coerente con l'azione programmata mi sembra anche l'emendamento 1.7 dei senatori Meriggi, Ranalli e Torlontano.

Decisamente contraria è invece la posizione del Governo per quanto concerne l'emendamento 1.6. Se infatti si individuano situazioni particolari nell'ambito di operatori sanitari, con la riduzione dell'orario di lavoro potremmo innestare un meccanismo perverso a cui non riusciremo mai a porre un freno. Il Governo pensa allora di tener conto del lavoro disagiato di questi operatori attraverso una migliore preparazione e attraverso corsi di formazione professionali così come sono previsti dalla legge.

Parere contrario, infine, su tutti gli altri emendamenti.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 1.1.

BERLINGUER. Quello in votazione è un emendamento chiave poichè permette di evitare l'errore implicito presente nel disegno di legge, ossia quello che abbiamo definito il «gigantismo ospedaliero». È vero che il Ministro nel parere sul programma di lotta all'AIDS ha affermato che questo testo non è più valido, ma mi sembra un modo bizzarro di legiferare il dichiarare una cosa nella legge e un'altra nel piano.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Non ho detto questo, ho detto che il numero si ritiene superato poichè la legge è stata modificata alla Camera dopo che era stata presentata l'azione programmata. È solo una questione di coerenza. Avendo il Governo accettato di modificare la procedura per il numero dei posti letto necessariamente ne deriva di considerare superato il numero previsto nell'azione programmata. Non ritengo dunque superata la legge, bensì che le cose debbano procedere in sintonia e che questa sintonia si raggiunga attraverso l'eliminazione di qualsiasi riferimento di merito e basandosi esclusivamente sulle procedure emerse dal dibattito in Commissione, che il Governo condivide, procedure che individuano regole molto rigorose per stabilire la necessità di posti letto da ristrutturare o creare.

BERLINGUER. Ne prendo atto, ma sarebbe preferibile che tali regole rigorose fossero specificate nella legge.

C'è un altro punto ancora su cui vorrei soffermarmi, quello che concerne l'esclusività dei reparti di malattie infettive, punto che a mio avviso andrebbe corretto nelle indicazioni contenute nel piano di lotta contro l'AIDS. Noi chiediamo dunque che di questo sia tenuto conto almeno nel programma ed insistiamo per l'approvazione dell'emendamento 1.1.

MELOTTO. Vorrei pregare i colleghi del Gruppo comunista di ritirare gli emendamenti in considerazione della risoluzione che abbiamo integrato e modificato per rendere l'azione programmata più aderente allo spirito della legge soprattutto per quanto concerne la questione dei posti letto. Si domanda infatti al Ministero e alle Regioni la decisione che seguirà l'evolversi della malattia.

Credo anche che la modificazione apportata alla fine, che impegna il Governo a riferire annualmente alle Commissioni sulla possibilità di questa programmazione e sulla stipula delle convenzioni per la predisposizione dei posti letto, tranquillizzi il Parlamento in ordine all'azione. La risoluzione che andremo ad approvare garantisce ciascuno di noi sul lavoro comune, tranquillizza il Governo e Parlamento sul lavoro da farsi.

Voteremo quindi contro, se il Gruppo comunista insiste per la votazione dei suoi emendamenti; ma ritengo che essendo stata modificata la risoluzione, i colleghi comunisti possano ritirare i loro emendamenti.

IMBRIACO. Signor Presidente, il Gruppo comunista insiste perchè si voti.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 1.1, presentato dal senatore Meriggi e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.2, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.3, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.4, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.5, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.6, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.7, presentato dal senatore Meriggi e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.8, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.9, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.10, presentato dal senatore Dionisi e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.11, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 1.12, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 1, nel testo di cui è stata data lettura.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 2. Ne do lettura:

Art. 2.

(Interventi in materia di costruzioni e ristrutturazioni)

1. In considerazione della eccezionale urgenza degli interventi in materia di strutture ospedaliere per malattie infettive, sulla base del fabbisogno di posti letto per l'anno 1992 indicato nel piano triennale della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS in relazione all'andamento epidemiologico stimato di tale patologia, all'attuazione degli interventi necessari si provvede con le modalità di cui al presente articolo.

2. In relazione alle indicazioni tecniche della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, le regioni e le province autonome determinano e comunicano al Ministro della sanità, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la distribuzione e la localizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di edificazione di nuove strutture per malattie infettive. In caso di mancata osservanza del termine, decide sulla materia il Ministro della sanità, sentita in via di urgenza la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS.

3. Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il programma degli interventi, suddiviso per regioni e province autonome e con l'indicazione delle localizzazioni e del dimensionamento delle strutture da realizzare. Con la stessa deliberazione il CIPE individua tra società con idonea qualificazione uno o più soggetti incaricati dell'espletamento, in concessione di servizi, dei compiti organizzativi afferenti all'esecuzione del programma. La deliberazione del CIPE è resa esecutiva con decreto del Ministro del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità. La dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza è implicita per tutte le opere indicate nel decreto. La convenzione con il soggetto o i soggetti incaricati concessionari è stipulata dal Ministro della sanità sentito il Ministro dei lavori pubblici.

4. Il concessionario o i concessionari, anche mediante affidamento di incarichi professionali, provvedono: al compimento di tutte le operazioni preliminari, ivi compresi gli studi geologici e le espropriazioni; alla redazione dei progetti; all'assistenza ed istruttoria relativa agli appalti; alla direzione dei lavori, alla contabilità e all'assistenza fino ai collaudi. Il concessionario o i concessionari rispondono, altresì, mediante la previsione di penalità contrattuali, di eventuali carenze progettuali, nonchè del rispetto dei tempi convenuti per le opere da eseguire.

5. Il nucleo di valutazione di cui all'articolo 20, comma 2, della legge 11 marzo 1988, n. 67, esprime sui singoli progetti il parere di conformità per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e di coerenza con il programma nazionale. Sui progetti predisposti dal concessionario o dai concessionari il parere del nucleo di valutazione si estende, altresì, alla congruità della soluzione, ai prezzi applicati, alle singole categorie di opere e ai tempi di realizzazione.

6. Alla esecuzione degli interventi si provvede mediante contratti di appalto, previa gara da espletarsi ai sensi dell'articolo 3 della legge 17 febbraio 1987, n. 80, tra imprese di costruzione, anche cooperative, consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese, in possesso dei requisiti minimi di carattere economico-finanziario e tecnico-organizzativi ivi indicati. Per le opere di minore consistenza e comunque inferiori a 20 miliardi o nell'eventualità di opere da realizzare in sedi con lavori già in corso, si provvede utilizzando le più adeguate modalità previste dalla normativa vigente in materia di esecuzione delle opere pubbliche. I contratti di appalto devono globalmente riguardare il complesso delle opere e forniture necessarie per il funzionamento delle strutture di ricovero e dei laboratori, comprese le attrezzature e gli arredi, nonché gli impianti e le attrezzature inerenti ai servizi di diagnostica per immagini ad elevata tecnologia, da realizzare, ove mancanti, nei centri ospedalieri di più alta qualificazione.

7. Delle commissioni giudicatrici delle gare di cui al comma 6 fanno parte un rappresentante del Ministro della sanità e un rappresentante del Ministro dei lavori pubblici. Il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, nomina con propri decreti le commissioni di collaudo e assicura l'esercizio delle funzioni di alta sorveglianza.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

All'articolo 2, comma 2, dopo le parole: «nuove strutture per malattie infettive» aggiungere le altre: «o di altri reparti che ricoverano malati di AIDS e sindromi correlate».

2.1

IMBRIACO

All'articolo 2 sostituire i commi 3 e 4 con i seguenti:

«3. Il CIPE su proposta del Ministro della sanità formulata d'intesa con le regioni e le province autonome, approva entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, il programma degli interventi suddivisi per regioni e province autonome e con l'indicazione delle localizzazioni e del dimensionamento delle strutture da realizzare.

4. Con la stessa deliberazione il CIPE stabilisce i requisiti e le caratteristiche delle società che possono concorrere per l'esecuzione in concessione del programma di cui al precedente comma 3. La deliberazione del CIPE è resa esecutiva con decreto del Ministro del bilancio e della programmazione economica di concerto con il Ministro della sanità. La dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza è implicita per tutte le opere indicate nel decreto.

5. Le regioni e le province autonome individuano secondo le procedure stabilite dalla legge 17 febbraio 1987, n. 80 e sulla base dei requisiti e delle caratteristiche di cui al precedente comma 4 le imprese che possono partecipare alla concessione. Le USL competenti per territorio affidano in concessione gli interventi, secondo le procedure di cui alla legge 17 febbraio 1987, n. 80, alle imprese che abbiano i requisiti di cui al comma precedente».

2.2

IMBRIACO, TORLONTANO, DIONISI

All'articolo 2, sostituire il comma 7 con il seguente:

«7. Delle commissioni giudicatrici per l'espletamento delle gare per la concessione di opere o di servizi fanno parte un rappresentante del Ministero della sanità, un rappresentante della regione e tre rappresentanti delle USL competenti per territorio. In caso di inadempienza della commissione trascorsi 60 giorni interviene la regione con proprio commissario *ad acta*. In caso di ulteriore inadempienza della regione interviene il Ministro della sanità con la stessa procedura».

2.3

TORLONTANO

IMBRIACO. La questione, oggetto anche di questo emendamento 2.1, ce la ritroveremo ad ogni pie' sospinto perchè vi è il rischio che accanto al «gigantismo ospedaliero», per un verso scongiurato con la risoluzione che prevede che di volta in volta si decidano le strutture da ricostruire ovvero da ristrutturare, emerga un gigantismo degli ospedali specializzati, vale a dire il rischio che si edificino nuove strutture per malattie infettive, quando esiste in Italia un patrimonio di posti letto ospedalieri già diversificato.

A nostro avviso, sarebbe stato ed è più giusto che in qualche misura i finanziamenti riescano a coprire anche il fabbisogno di altri reparti ospedalieri che ricoverano malati di AIDS e sindromi correlate. Ecco il senso del nostro emendamento che riteniamo serva, oltretutto, ad evitare che questi flussi finanziari siano destinati esclusivamente ad ospedali specializzati, lasciando deperire patrimoni altrettanto preziosi.

BERLINGUER. Per quanto riguarda l'emendamento 2.2, il Ministro ha fatto presente che alla Camera è stata modificata la norma precedente, che prevedeva l'affidamento dei lavori ad una sola impresa. A nostro avviso, tuttavia, l'equivoco non è ancora sciolto. Il comma 3 dell'articolo 2, infatti, prevede attualmente che il CIPE individua «uno o più soggetti», e quindi non esclude affatto che l'affidamento sia verso un solo soggetto. Ciò sarebbe, oltre che dubbio sul piano della procedura, paralizzante, perchè dovranno essere avviate centinaia di opere diverse, riguardanti centinaia di località italiane. Mi pare impossibile che a questa incombenza possa provvedere una sola impresa. A ciò va aggiunto che c'è un parere della Commissione lavori pubblici che suona critico proprio a questo riguardo e che manifesta la preoccupazione che le procedure previste dall'articolo 2 possano dar luogo ad abusi, ove si

affidi al concessionario un cumulo eccessivo di funzioni, «alcune delle quali dovrebbero essere riservate all'autorità pubblica». Si critica inoltre, nel medesimo parere, «l'ambiguità della norma di cui al secondo periodo del comma 6 dell'articolo 2, ove si fa cenno a non meglio specificate più adeguate modalità previste dalla normativa vigente in materia di esecuzione delle opere pubbliche».

Sottolineiamo dunque l'utilità di questo emendamento che abbiamo presentato ad uno degli articoli «procedurali» più significativi.

TORLONTANO. L'emendamento 2.2 si illustra da sè.

IMBRÌACO. Signor Presidente, a proposito dell'emendamento 2.3, voglio evidenziare che non possiamo consentirci che vi sia centralizzazione spietata per tutto ciò che riguarda l'intervento in materia edilizia. Ecco allora che nelle commissioni giudicatrici che dovranno espletare le gare per la concessione di opere o di servizi un compito fondamentale spetta alle regioni ed in misura ancor più importante alle unità sanitarie locali. Sarebbe davvero strano che i veri protagonisti di questa grande battaglia per far fronte alla calamità vengano esclusi. Riteniamo quindi che nelle commissioni giudicatrici sia fondamentale la presenza, oltre che del rappresentante del Ministero della sanità, del rappresentante della regione e di tre rappresentanti delle unità sanitarie locali competenti per territorio.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Per quanto riguarda l'emendamento 2.2, già il Ministro ha ampiamente dichiarato - come è detto anche nella risoluzione - che non si farà riferimento ad un solo soggetto, ma a più imprese.

BERLINGUER. Il testo parla di «uno o più soggetti».

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Ma vi è una dichiarazione esplicita del Ministro che chiarisce il punto. Debbo ancora confermare, anche per rilievi che sono stati fatti dall'8^a Commissione permanente, che la procedura proposta nel disegno di legge fa riferimento a leggi dello Stato già esistenti: cioè, alla legge n. 80 del 1987, per i lavori pubblici che abbiano carattere di urgenza, e poi la legge finanziaria del 1988, che stabilisce alcuni criteri recepiti dalla normativa in esame. Per questi motivi esprimo parere contrario.

Anche per quanto riguarda l'emendamento 2.3 esprimo parere contrario. Si propone l'inserimento nelle commissioni giudicatrici di un rappresentante della regione e di tre rappresentanti delle unità sanitarie locali competenti per territorio. Questa proposta, se approvata, comporterebbe un rallentamento dal punto di vista delle procedure. Inoltre, come è stato ribadito più volte nel corso della discussione, esiste la necessità di una programmazione uniforme su tutto il territorio nazionale e questa può essere garantita soprattutto attraverso commissioni che abbiano una alta competenza specialistica. D'altra parte, ci sono tutte le garanzie per quanto riguarda le regioni (ad esempio, la Conferenza regionale) che possono tutelare questi aspetti.

Come nota personale, devo rilevare che mi sorprende che questo emendamento venga proposto dai colleghi comunisti, quando hanno saggiamente dichiarato che nel futuro non avranno più componenti nelle USL!

BERLINGUER. La norma riguarda i vostri rappresentanti, anche perchè noi non vogliamo sciogliere queste istituzioni.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Vorrei ancora una volta cercare di tranquillizzare i colleghi senatori che sono preoccupati per il fatto che si fa riferimento a nuove strutture per malattie infettive senza considerare altri reparti. Occorre fare una distinzione fondamentale.

Tutta la classe medica italiana e la società scientifica ritengono che non sia possibile ricoverare i malati di AIDS nelle nostre strutture ospedaliere perchè non vi sono garanzie adeguate - che occorre acquisire - anche per la sicurezza degli altri ricoverati nei reparti. Tenuto conto che questi malati hanno bisogno di una assistenza particolare, da parte di tutti, senza eccezione alcuna, si è convenuto di fare riferimento per essi ai reparti di malattie infettive. Ciò non esclude, anzi implica automaticamente che non si concepiscono i reparti di malattie infettive come unità autonome rispetto al contesto più generale; pertanto o si istituiranno delle nuove strutture, laddove non vi siano, o si amplieranno quelle esistenti, tenendo conto che questo tipo di malattia richiama molteplici specialità e quindi va affrontata in termini interdipartimentali. Tra l'altro, si parla anche del potenziamento dei laboratori di immunologia, come del potenziamento dei *day-hospital*. Il problema è complesso, ma ritengo che il disegno di legge lo affronti adeguatamente. A mio avviso le preoccupazioni dei colleghi comunisti sono superflue e pertanto esprimo parere contrario sull'emendamento presentato.

Il senatore Berlinguer ha fatto riferimento anche al parere espresso dalla Commissione lavori pubblici. Il quarto comma dell'articolo 2 del disegno di legge in esame individua gli oneri che assume il concessionario recependo pressochè integralmente le modalità contemplate in tutte le più recenti normative concernenti l'esecuzione di opere pubbliche con carattere di urgenza. Inoltre, nel complesso dei compiti affidati al concessionario è compreso anche quello relativo alla direzione dei lavori, ma è escluso quello relativo al collaudo delle opere. Infatti, il settimo comma dello stesso articolo 2 prevede esplicitamente: «Il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, nomina con propri decreti le commissioni di collaudo e assicura l'esercizio delle funzioni di alta sorveglianza». Pertanto, il rilievo critico circa l'affidamento al concessionario di funzioni che dovrebbero essere riservate all'autorità pubblica appare di dubbia consistenza in relazione alla natura del contratto di diritto pubblico o meglio «ad oggetto pubblico» proprio dell'istituto concessorio quale si è venuto storicamente delineando e consolidando a partire dalla legge 24 giugno 1929, n. 1137, istituto che prevede tra l'altro il trasferimento in capo al concessionario anche dell'esercizio di potestà tipiche dell'amministrazione concedente (esercizio privato di pubbliche funzioni). Inoltre, il sistema della concessione è previsto espressamente

dalla legge 17 febbraio 1987, n. 80, in materia di norme straordinarie per l'accelerazione dell'esecuzione di opere pubbliche.

Non sembrano pertanto giustificate le censure di ambiguità dell'espressione contenuta nel sesto comma dell'articolo 2 («utilizzando le più adeguate modalità previste dalla normativa vigente in materia di esecuzione delle opere pubbliche») formulate nel citato parere dell'8^a Commissione permanente. Detta espressione, frutto di un'integrazione del testo del Governo effettuata dalla Camera, si limita ad un richiamo alle vigenti normative e quindi deve essere valutata anche in relazione al contenuto dell'articolo 24 della legge 8 agosto 1987, n. 584, in materia di adeguamento delle procedure e dell'aggiudicazione degli appalti di lavori pubblici alle direttive CEE, che contempla vari criteri di aggiudicazione con conseguente esclusione di margini di perplessità o ambiguità nella scelta degli aggiudicatari.

Per quanto riguarda poi l'emendamento 2.3, con il quale il Gruppo comunista propone l'inserimento di un rappresentante della regione e di tre rappresentanti delle unità sanitarie locali nelle commissioni giudicatrici, devo dire che le regioni sono le protagoniste di questa scelta, perchè tutto passa attraverso le loro indicazioni e attraverso l'approvazione del Consiglio sanitario nazionale. Chi, come il senatore Melotto, è stato assessore alla sanità sa benissimo che il Ministero non ha poteri di controllo perchè la ripartizione e la gestione dei fondi sono sotto il controllo del Consiglio sanitario nazionale, che è l'organo deliberante all'interno del quale gli assessori regionali decidono in collaborazione con il Ministro, sia per quanto riguarda la definizione dei parametri che per quanto riguarda le modalità della ripartizione. Quindi vi è un'ampia garanzia per le regioni, che è stata maggiormente rafforzata con il passaggio attraverso la Conferenza Stato-Regioni, che peraltro non è stato accettato con favore dagli assessori. Pertanto, credo che maggiori garanzie in rispetto e tutela dei diritti delle Regioni e quindi delle USL non possano esservi e per questa ragione ritengo di esprimere parere contrario anche su questo emendamento.

PRESIDENTE. Passimo alla votazione dell'emendamento 2.1.

BERLINGUER. Poichè il Ministro ha dichiarato che nella sostanza il nostro emendamento corrisponde alle sue intenzioni, suggerisco nuovamente che la nostra proposta sia inclusa nel parere sul programma di lotta all'AIDS per evitare che ci sia un accento esclusivo sui reparti di malattie infettive nonchè il rischio di isolamento di questi reparti dal contesto ospedaliero, considerato anche che molti malati sono bisognosi di cure specializzate: non c'è l'AIDS *tout-court* infatti, può esserci l'ammalato di AIDS con la polmonite...

PRESIDENTE. Dobbiamo interpretare il suo intervento come un ritiro dell'emendamento?

BERLINGUER. No, preferiamo che la norma da noi proposta sia inserita nella legge, ma se non lo fosse riteniamo che almeno debba essere modificato il programma stralciato dal Piano sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 2.1 presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 2.2 presentato dal senatore Imbriaco e da altri senatori.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 2.3 presentato dal senatore Tortolano.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 2 nel testo di cui è stata data lettura.

È approvato.

Passiamo alla votazione dell'articolo 3:

Art. 3.

(Conferenze regionali)

1. Per consentire l'immediata realizzazione degli interventi previsti dalla presente legge, il Ministro della sanità promuove, d'intesa con ciascuna regione, un'apposita conferenza alla quale partecipano i responsabili dei competenti uffici delle amministrazioni e degli enti statali, regionali e locali comunque tenuti ad assumere atti di intesa, autorizzazioni, approvazioni, concessioni e nulla osta previsti da leggi statali e regionali.

2. La conferenza acquisisce e valuta tutti gli elementi relativi alla compatibilità dei progetti con le esigenze ambientali, territoriali, paesaggistiche e culturali ed entro quindici giorni dalla convocazione si esprime su di essi nella seduta all'uopo convocata.

3. L'approvazione assunta all'unanimità sostituisce ad ogni effetto gli atti di intesa, i pareri, le autorizzazioni, le approvazioni, i nulla osta previsti dalle leggi statali e regionali. Ad essa si applicano le disposizioni di cui ai commi primo, quarto e quinto dell'articolo 1 della legge 3 gennaio 1978, n. 1, e successive modificazioni.

4. In assenza di unanimità e su motivata richiesta del Ministro della sanità, si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previa deliberazione del Consiglio medesimo. Tale decreto ha gli stessi effetti previsti dal comma 3.

5. Non sono comunque derogabili le norme della legge 13 settembre 1982, n. 646, e successive modificazioni, nonché i vincoli di inedificabilità e le prescrizioni sostanziali contenute in vincoli previsti dalle leggi in materia paesaggistica, ambientale e storico-monumentale.

A questo articolo non sono stati presentati emendamenti.
Lo metto ai voti.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 4. Ne do lettura:

Art. 4.

(Norme in materia di personale)

1. Nei limiti delle dotazioni organiche e di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), alla copertura di posti vacanti di personale medico e laureato nelle strutture di ricovero per malattie infettive e nei laboratori nel triennio 1990-1992, si provvede, in deroga alle vigenti disposizioni, mediante pubbliche selezioni regionali per titoli, da effettuarsi a cura di apposita commissione nominata dall'assessore alla sanità della regione o provincia autonoma e composta dallo stesso assessore o da un suo rappresentante, con funzioni di presidente, da un professore universitario titolare di cattedra di malattie infettive, da un rappresentante dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri del capoluogo di regione o della provincia autonoma, da un funzionario dirigente del Ministero della sanità designato dal Ministro, da un medico di ruolo in posizione apicale, incluso nell'elenco nazionale della disciplina delle malattie infettive, e da un funzionario della carriera amministrativa della regione o provincia autonoma, con funzioni di segretario. Si applicano alle selezioni i criteri di valutazione dei titoli previsti dalle vigenti disposizioni per i corrispondenti pubblici concorsi, con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, alle attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Si applica, in caso di inadempienza, il disposto di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Nei limiti delle dotazioni organiche e di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), e in deroga alle vigenti disposizioni, alla copertura dei posti vacanti del personale non medico nelle strutture di ricovero per malattie infettive, nel triennio 1990-1992, si provvede mediante pubbliche selezioni per titoli presso ciascuna unità sanitaria locale. Si applicano a tali selezioni le norme vigenti, per i corrispondenti pubblici concorsi, in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e di criteri di valutazione dei titoli, con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, alle attività svolte nel settore delle infezioni da HIV.

3. Le unità sanitarie locali, entro la concorrenza di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera d), organizzano annualmente corsi di formazione e di aggiornamento per il personale che opera presso i reparti ospedalieri di malattie infettive, con specifico riferimento ai problemi tecnico-sanitari connessi con l'attività di assistenza, ai problemi psicologici e sociali e a quelli che derivano dal collegamento funzionale nel trattamento a domicilio. Il Ministro della sanità, sentito il

Consiglio sanitario nazionale, con proprio decreto disciplina l'istituzione e l'effettuazione dei corsi, nonché le modalità di erogazione dell'assegno da corrispondere ai partecipanti.

4. Con le stesse procedure previste dal presente articolo si provvede alla assunzione delle unità di personale sanitario e tecnico di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *f*), del personale dei laboratori di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *b*), e del personale occorrente per l'adeguamento degli organici nei reparti di cui all'articolo 1, comma 4, utilizzando, per le commissioni di cui al comma 1 del presente articolo, docenti universitari e medici delle specifiche discipline.

5. Per far fronte alle esigenze assistenziali connesse agli interventi previsti dalla presente legge e nei limiti dei posti previsti nelle piante organiche, le unità sanitarie locali possono provvedere, in deroga alle vigenti disposizioni, all'assunzione per chiamata diretta di infermieri professionali, con rapporto di lavoro a tempo parziale, da reperirsi tra gli infermieri professionali in quiescenza che non abbiano raggiunto i limiti d'età per il pensionamento. Le assunzioni per chiamata diretta sono possibili solo qualora le procedure di reclutamento per titoli previste dal comma 2 non abbiano coperto le dotazioni organiche disponibili. Il reclutamento per chiamata diretta è effettuato sulla base di graduatorie per titoli. Il rapporto di lavoro è disciplinato con contratto di diritto privato a tempo determinato e con la tutela previdenziale propria di tale tipo di rapporto.

6. L'assunzione ha luogo sulla base di graduatorie predisposte dai coordinatori amministrativi e sanitari tenendo conto dei punteggi previsti dalle vigenti norme sui pubblici concorsi per i titoli di carriera, di studio ed accademici.

7. Il trattamento giuridico ed economico del predetto personale viene definito nell'ambito della contrattazione per il comparto del Servizio sanitario nazionale.

A tale articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

All'articolo 4, comma 1, dopo le parole: «strutture di ricovero per malattie infettive» aggiungere le seguenti parole: o negli altri reparti in cui sono ricoverati malati di AIDS e sindromi correlate».

4.1

IMBRIACO

All'articolo 4, comma 1, dopo le parole: «professore universitario titolare di cattedra di malattie infettive» aggiungere le seguenti parole: «o di materia di medicina interna affine».

4.2

IMBRIACO

All'articolo 4, comma 2, dopo le parole: «per malattie infettive» aggiungere le seguenti parole: «o di altri reparti che ricoverano malati di AIDS e sindromi correlate».

4.3

IMBRIACO

IMBRIACO. Nell'articolo 4 si torna a caricare tutto sulle strutture specializzate in malattie infettive e pertanto la discussione che abbiamo fatto prima, per quel che concerne i finanziamenti, torna a riproporsi quando si tratta di aggiungere personale laureato ed anche personale subalterno. Noi proponiamo invece che accanto al personale che viene potenziato nelle strutture di ricovero per malattie infettive ce ne sia altro anche nei reparti in cui sono ricoverati malati con sindromi correlate all'AIDS. Non so infatti come ci si regolerà in futuro quando questi pazienti si troveranno a vivere il loro ricovero in reparti non opportunamente preparati ad affrontare queste evenienze. Quindi con le stesse motivazioni svolte per gli articoli precedenti noi presentiamo questo emendamento affinché anche in materia di personale i reparti non esclusivamente riservati al ricovero e alla terapia di malattie infettive abbiano la possibilità di accedere al potenziamento previsto.

Per l'emendamento 4.2 torno a ripetere che anche in questo caso non si capisce perchè si debba far riferimento esclusivo ad un «professore universitario titolare di cattedra di malattie infettive» e non ad un professore in materia affine per quel che riguarda le commissioni che verranno nominate da parte dell'assessorato alla sanità. Non si riesce a capire - il Ministro forse ce lo potrà spiegare - perchè ci si debba limitare esclusivamente ai titolari di cattedra di malattie infettive che, oltre tutto, non credo siano sufficientemente numerosi per far fronte alle esigenze che dovessero presentarsi. Noi crediamo pertanto che si aggiungano anche i professori di materia di medicina interna affine alle malattie infettive.

Con il terzo emendamento poi torniamo a mettere l'accento su un punto già ripetutamente sollevato e a chiedere che si tenga conto anche di altri reparti che ricoverano malati di AIDS e sindromi correlate.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Il problema posto dal senatore Imbriaco esiste e ne abbiamo parlato più volte. In realtà la cura di questa malattia richiede competenze multidisciplinari; resta il fatto però che si è già compiuta la scelta di fondo, quella cioè di ricoverare in reparti di malattie infettive. Detta scelta in qualche modo comporta allora che il nucleo fondamentale dei medici sia costituito da infettivologi. Come ho detto però il problema esiste e si potrebbe vedere se in sede di risoluzione fosse eventualmente possibile aggiungere un paragrafo che riguardi questo aspetto.

Per quanto concerne l'emendamento 4.2 voglio dire che noi operiamo con una procedura di emergenza che sarei propenso a limitare al campo delle malattie infettive. Se infatti allargassimo tale procedura ad altre discipline faremmo entrare nel servizio sanitario primari di medicina interna, cardiologia, neurologia, eccetera, senza concorso mentre è auspicabile che la norma che stiamo per varare sia applicata con estrema parsimonia.

Particolarmente poi sull'emendamento 4.3 devo aggiungere che esso affronta un argomento più volte richiamato. In proposito va ricordato che il comma 4 dell'articolo 1, che sta a monte di tutto, dovrebbe avere riflessi anche sull'interpretazione della competenza multidisciplinare che è necessario potenziare ai fini della terapia dei malati di AIDS. Anche per questi motivi esprimo quindi parere contrario sull'emendamento.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Anch'io sono convinto che occorra tener conto anche delle necessità di altri reparti, però abbiamo a lungo ragionato su questa materia alla Camera e concluso che se dovessimo riconoscere per legge che occorrono il potenziamento e l'intervento per l'adeguamento delle varie strutture alle esigenze dei malati di AIDS altro che di 2.500 miliardi avremmo bisogno! Noi abbiamo dovuto tener conto delle esigenze minime; se ci fossimo comportati diversamente, tutti avrebbero fatto la corsa al ricovero dei malati di AIDS, in ostetricia, in ginecologia, dove non li volevano, in neurologia, eccetera, così da avere i finanziamenti delle Regioni. In questo caso non avremmo ristrutturato nè costruito i nuovi posti letto, ma avremmo operato un intervento a pioggia su tutti i reparti. Questa è la verità dei fatti, se la volete sapere fino in fondo. Si è stati d'accordo a non disperdere queste risorse, anche se nell'ambito dei reparti per malattie infettive vi sono tutte le competenze, anche in senso multidisciplinare. Una volta affermato che i reparti di malattie infettive si istituiranno dove non vi sono e si potenzieranno dove già esistono, non possiamo avere ulteriori garanzie. In questo senso vorrei tranquillizzare, ma se nella risoluzione si vuole inserire un accenno a questo argomento non ho difficoltà ad accettarlo.

Per quanto riguarda gli altri emendamenti, valgono le considerazioni che ha fatto il senatore Condorelli e quindi esprimo il parere contrario da parte del Governo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.1, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.2, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 4.3, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 4 nel testo di cui è stata data lettura.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 5. Ne do lettura:

Art. 5.

(Accertamento dell'infezione)

1. Gli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione

da HIV, anche non accompagnato da stato morboso, sono tenuti a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita.

2. Fatto salvo il vigente sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di AIDS conclamato e le garanzie ivi previste, la rilevazione statistica della infezione da HIV deve essere comunque effettuata con modalità che non consentano l'identificazione della persona. La disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche è emanata con decreto del Ministro della sanità che dovrà prevedere modalità differenziate per i casi di AIDS e i casi di sieropositività.

3. Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse. Sono consentite analisi di accertamento di infezione da HIV, nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire alla identificazione delle persone interessate.

4. La comunicazione di risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti.

5. L'accertata infezione da HIV non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione alla scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

L'articolo 5 è sostituito dal seguente:

«Art. 5.

1. Ove gli operatori sanitari, nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, anche non accompagnato da stato morboso si applicano le disposizioni di cui agli articoli 254 e 255 del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265».

5.1

AZZARETTI

All'articolo 5, comma 3, dopo le parole: «senza il suo», aggiungere la parola: «esplicito».

5.2

ONGARO BASAGLIA

All'articolo 5, comma 3, sostituire le parole: «se non per motivi di necessità clinica», con le altre: «se non nei casi in cui il paziente abbia chiesto ed accettato il ricovero nel reparto di malattie infettive».

5.3

ONGARO BASAGLIA

All'articolo 5, comma 4, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «garantendo il necessario sostegno psicologico e umano».

5.4

ONGARO BASAGLIA

All'articolo 5, comma 5, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «per l'ammissione nelle comunità di recupero dei tossicodipendenti».

5.5

ONGARO BASAGLIA

AZZARETTI. Signor Presidente, sono fermamente convinto che l'emendamento 5.1, che ho anticipato in sede di discussione generale, debba essere mantenuto. So bene che le indicazioni che ci vengono dall'O.M.S. suggeriscono che bisogna perseguire la strada dell'anonimato e così via. Credo, però, che questo principio potesse essere valido nel 1985, quando le indicazioni sono state date, quando si riteneva che l'AIDS fosse una malattia che interessava esclusivamente una categoria a rischio: quella degli omosessuali; i quali, essendo perfettamente in grado di intendere e di volere, possono attuare norme profilattiche, purchè queste siano opportunamente illustrate.

Ma nel momento in cui non si sa più quali sono le categorie a rischio, l'AIDS deve essere considerata una malattia infettiva contagiosa e quindi assolutamente pericolosa.

Pertanto, piuttosto per memoria storica, che per altro (non voglio mettere in imbarazzo nessuno e tanto meno il relatore), ritengo che l'emendamento debba essere mantenuto. Probabilmente, prima o dopo, la direttiva dell'O.M.S. dovrà essere rivista: sono convinto, infatti, che l'AIDS non può essere combattuta in maniera efficace se non si renderà obbligatoria la denuncia, con tutto quello che consegue sul piano profilattico.

PRESIDENTE. Io inviterei il senatore Azzaretti a ritirare questo suo emendamento. Accompagno il mio invito con una dichiarazione a titolo personale che però mi pare rifletta preoccupazioni largamente presenti nella Commissione.

Devo dire che non mi sentirei di dare un'approvazione incondizionata agli articoli 5 e 6. Tuttavia non ho una proposta alternativa pronta. Credo che si tratti di temi di grande delicatezza, su cui dovremo discutere a lungo, perchè coinvolgono molteplici aspetti: di ordine etico, giuridico, medico e così via. Vorrei approfittare di questo emendamento del senatore Azzaretti per porre alla Commissione ed al Ministro questo problema.

Mi rendo conto peraltro che un provvedimento complesso, come è quello che abbiamo all'esame, comprende parti che magari non sono di piena soddisfazione. Però è mia opinione personale che debba valere un giudizio complessivo e dunque che, se possibile, dobbiamo approvare questo testo senza ulteriori modifiche, anche per evitare che esso ritorni alla Camera. Ciò non toglie che i problemi posti dall'emendamento del senatore Azzaretti ed anche da altri emendamenti sono problemi reali. La Commissione dovrà trovare la strada per affrontarli *ex professo*.

Vorrei sapere se il Ministro dà una disponibilità in questa direzione. Anche noi potremmo intraprendere un'iniziativa legislativa particolare, specifica su questo tema. In altre parole vorrei sapere se il Ministro ritiene che la questione sia chiusa con gli articoli 5 e 6: se così fosse mi sentirei un po' imbarazzato anch'io. Se al contrario egli fosse disponibile a collaborare con la Commissione in ordine ad una riflessione più approfondita su questa materia, che è estremamente delicata, credo che l'emendamento potrebbe essere ritirato, sulla base di un impegno della Commissione ad affrontare la materia nella sede propria.

ONGARO BASAGLIA. Darei per scontato il significato dell'emendamento 5.2. Sottolineo la necessità che il consenso, da parte di colui che si sottopone ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV, debba essere esplicito. In questa sede, inoltre, vorrei suggerire di esplicitare l'esigenza e la necessità di un sostegno psicologico ed umano al momento della resa dei risultati degli accertamenti diagnostici (di cui al mio emendamento 5.4). Infine vorrei che si prevedesse che l'accertata infezione non possa costituire motivo di discriminazione per l'ammissione nelle comunità di recupero dei tossicodipendenti.

Vorrei aggiungere che anche noi chiediamo al collega Azzaretti di ritirare il suo emendamento in considerazione dell'effetto che per secoli ha avuto la stigmatizzazione sulla malattia mentale. Non dimentichiamo che stiamo ancora battagliando contro i suoi effetti più che contro la malattia mentale stessa. È ancora viva questa memoria storica molto pesante che dunque deve farci da guida in altre analoghe situazioni.

ALBERTI. Signor Presidente, a noi sembra che l'espressione del terzo comma «se non per motivi di necessità clinica» sia abbastanza generica. Pertanto l'emendamento 5.3 tende a circoscrivere la discrezionalità dell'intervento diagnostico ai soli casi in cui il paziente abbia chiesto ed accettato il ricovero nel reparto di malattie infettive. D'altra parte, una precisazione di questo genere sarebbe opportuna anche ai fini della ricerca di eventuali responsabilità per fughe di notizie dall'ospedale.

BERLINGUER. Signor Presidente, prendo atto dell'emendamento presentato dal senatore Azzaretti richiamando alla memoria la discussione che si è svolta nella scorsa seduta. Nel complesso mi sembra che l'articolo 5 sia ben formulato e presenti un solo equivoco fondamentale al comma 3, laddove si dice «se non per motivi di necessità clinica». Questa norma, se viene riferita al caso di un malore improvviso o di un incidente, in cui il paziente non può esprimere il suo consenso, mi pare del tutto ovvia; se invece rappresenta un'eccezione al generale principio del consenso, suscita in me serie riserve. Probabilmente è opportuno che il Ministro precisi questo punto per l'aspetto applicativo della legge.

Comprendo le motivazioni che hanno indotto vari colleghi a discutere i principi formulati in questo articolo, relativi alla tutela del bene pubblico, ossia alla tutela dei non malati che rappresentano sicuramente la grande maggioranza della popolazione. Tuttavia, ci sono due elementi che dobbiamo tenere presenti.

Il primo si riferisce alle modalità di trasmissione di questa malattia, che non avviene – come invece per moltissime malattie infettive – per via orofecale o per via aerogena (che sono modalità frequenti ma sempre involontarie), ma avviene o per errore, nel caso delle trasfusioni, oppure con l'attività sessuale, che è un atto consapevole. Che la trasmissione della malattia sia più o meno consapevole dipende da diverse circostanze, ma la partecipazione consapevole delle persone esposte a rischio, o sieropositive, o ammalate nelle varie fasi della malattia, è assolutamente indispensabile per la prevenzione. I casi sono due: o si decide di isolare chiunque sia sieropositivo, mettendolo nell'impossibilità di trasmettere la malattia (una soluzione assolutamente disumana ed inaccettabile), oppure bisogna puntare alla partecipazione consapevole di coloro che sono esposti al rischio, sieropositivi o malati.

Qui subentra un secondo punto sul quale l'Organizzazione mondiale della sanità ha sollecitato più volte l'attenzione. A differenza di molte altre, l'AIDS è una malattia stigmatizzante. In un articolo su «*World Health*», il direttore del programma per l'AIDS, dottor Jonathan Mann, affermò esplicitamente che quelle da HIV e AIDS non sono le due sole epidemie che dobbiamo affrontare: esiste una terza epidemia, che è quella delle reazioni sociali e culturali, quella dei timori infondati, quella degli assalti ai diritti e alla dignità delle persone affette da HIV e AIDS. La discriminazione e la stigmatizzazione di tali persone deve essere impedita nell'interesse di tutti: non solo nell'interesse dei soggetti malati o sieropositivi, ma anche perchè sia efficace l'azione contro l'AIDS. Se non entriamo in quest'ordine di idee, sarà aperta la strada verso *screenings* indeterminati, verso la violazione della riservatezza, verso l'accertamento della sieropositività per l'assunzione al lavoro, e così via. Anche se inconsapevolmente continuerà la stigmatizzazione, che non costituisce un danno soltanto per le persone colpite, ma per l'efficacia generale dell'azione che dobbiamo svolgere. La tutela collettiva coincide con la tutela della dignità, della segretezza e della riservatezza delle informazioni sulle persone colpite, valori che devono essere assolutamente rispettati.

Questa è l'argomentazione di fondo per cui, ritenendo che nel complesso l'articolo 5 corrisponda alla realtà, invito il senatore Azzaretti a ritirare il proprio emendamento e mi dichiaro favorevole all'emendamento dei senatori Alberti e Ongaro Basaglia. Siccome la memoria storica di questa Commissione registra molti contributi positivi, dati in vari campi anche sulla base dell'esperienza dal senatore Azzaretti, non vorrei che ci fossa una macchia di tale memoria con una proposta che non corrisponde al suo *curriculum* – mi si passi l'espressione – acquisito durante i lavori della Commissione.

CORLEONE. Signor Presidente, mi associo alla richiesta di ritiro dell'emendamento presentato dal senatore Azzaretti, perchè credo che contrasti con la filosofia complessiva dell'articolo 5. Questo articolo fa propria la necessità di una prevenzione che può avere successo se esistono le garanzie dei diritti delle persone colpite: il rischio del fallimento di qualsiasi azione preventiva sta esattamente nella mancata garanzia di questi diritti e nella pubblicità. Non si tratta soltanto di un

principio astratto per il contemperamento di un bene collettivo e di un diritto individuale: in realtà si tratta del modo migliore per garantire il bene collettivo della salute con un'attività di prevenzione.

Il nucleo di tutte le iniziative di contrasto e di limitazione dell'AIDS è affidato, a mio avviso, alla responsabilità individuale, perchè non credo che si possa invece contare su misure in qualche modo repressive, intanto perchè è facile eludere tali misure e poi perchè esse creano un danno, questo sì, collettivo.

Mi dichiaro in favore dell'emendamento 5.3 che tende ad eliminare una superfluità da un testo per il resto ben congegnato. Penso infatti che se esistono motivi clinici urgenti non sia necessario esplicitarli. In caso contrario mi sembra che la norma venga ad assumere un connotato contrario al principio del consenso.

VENTRE. Prendo la parola molto brevemente, signor Presidente, per esprimere la mia adesione all'emendamento del collega Azzaretti. Mi sembra infatti che, come ogni tanto accade, sia ricomparsa un'infatuazione di maniera sulla distinzione tra cure democratiche e antidemocratiche del malato così come avvenne quando nella follia collettiva approvammo la legge n. 180 del 1978 sulla psichiatria.

Qui si attua la demonizzazione di norme operanti e vigenti, di norme giuridiche che non offendono chicchessia. Il senatore Azzaretti con il suo emendamento non fa che operare un rinvio a norme in vigore che per essere tali non sono nè oscurantiste, nè incostituzionali, nè medievali, nè repressive: sono norme invece che manifestano la loro efficacia e la loro proficuità e contro le quali non si è mai insorti in alcuna sede tanto meno in quella costituzionalmente corretta, quella cioè della eventuale dichiarazione di incostituzionalità.

Io invoco l'attenzione dei colleghi sul rinvio che vorrebbe operare il senatore Azzaretti e ricordo che recentemente abbiamo approvato la legge per gli extracomunitari che a Napoli chiamiamo «la legge sui negri». Non ho bisogno di dirlo al ministro De Lorenzo che come ogni altro in Campania ha occhi per vedere, ma sulla Domiziana ogni dieci metri c'è una prostituta o un prostituto. Quando discutemmo quella legge mi fu vietato, poichè c'era l'obbligo *ad horas* di votare il testo *sic et simpliciter*, di presentare l'emendamento che mi proponevo di suggerire, ossia di sottoporre questi extracomunitari agli stessi accertamenti sanitari a cui sono tenuti gli indigeni. E in questo caso per indigeni intendo riferirmi non agli africani, come erano abituati e pensare quelli della mia generazione, ma a noi stessi. Io dunque chiesi di sottoporli ad accertamenti sanitari per verificare l'esistenza di malattie infettive, parassitarie, contagiose e diffuse, ma questo non avviene perchè sull'onda della democraticità che prima ricordavo queste cautele non le adottiamo.

Concludo affermando e ribadendo che il rinvio fatto dal collega Azzaretti è oltremodo opportuno e che altrettanto opportuno sarebbe riceverlo.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Già nel corso della discussione generale erano emersi questi problemi che pongono una questione di estrema delicatezza. Come più volte abbiamo detto si tratta

infatti da una parte di difendere la riservatezza, di non stigmatizzare il malato e dall'altra di difendere la collettività e tra queste due esigenze occorre trovare un punto di equilibrio. Condivido quindi quanto ha detto il Presidente e ritengo che in altra sede sia possibile rivedere e ridiscutere l'argomento anche in base all'esperienza che si formerà durante l'applicazione di questa legge.

Desidero inoltre aggiungere che il testo in discussione, per quel che riguarda questa norma, si ispira ad una direttiva della CEE che è stata puntualmente applicata. Io lascerei dunque le cose come stanno perchè oltretutto al comma 3 dell'articolo 5 si fa riferimento alla possibilità di accertare l'infezione da HIV per motivi di necessità clinica e questo è importante in quanto consente al chirurgo che abbia un sospetto su un paziente di intervenire operando gli opportuni accertamenti, in modo da evitare la diffusione attraverso gli strumenti chirurgici, il contatto di sangue, le iniezioni o le fleboclisi. Ciò mi sembra estremamente importante nell'interesse stesso del malato poichè, come per tutte le malattie, è necessario effettuare le opportune indagini.

L'ho già detto in altre occasioni e torno a ripeterlo qui: sono convinto che voler ricoprire la malattia d'estremo mistero abbia il risultato di stigmatizzarla al massimo. La verità è che dovrebbe cambiare la cultura della gente così come è già avvenuto per il cancro, permettendo a tanti di convivere con esso, soprattutto nel mondo anglosassone. È la società quindi che dovrebbe accettare di più e non stigmatizzare, ma non credo che ciò possa essere conseguito attraverso norme di legge. Quando discuteremo in altra sede il problema potremo poi vedere se rendere più grave la punizione per la violazione del segreto professionale o se intraprendere altra strada. In realtà che esista un problema di difesa per la collettività è un fatto sicuro ma ritengo anche che il testo al nostro esame raggiunga un giusto equilibrio tra l'orientamento attuale della CEE e la difesa della collettività.

Per tali motivi non approverei altre norme limitative rispetto a quelle presenti nel testo. Do allora parere negativo agli emendamenti 5.1, 5.2 e 5.3. Per quanto riguarda l'emendamento 5.4, mi sembra giustissimo quanto proposto dalla senatrice Ongaro Basaglia, ma la garanzia di cui si tratta, a mio avviso, non si può imporre per forza di legge. È un grande problema: sono i sanitari e gli ausiliari, il personale tutto che dovrebbe avere come norma questo principio. Stabilirlo nella legge mi sembrerebbe una dichiarazione inutile, invece è un atteggiamento implicito nell'attività sanitaria.

Lo stesso dicasi per l'emendamento 5.5. Nella legge sulla tossicodipendenza non è prevista alcuna limitazione e anche oggi i malati di AIDS vivono nelle comunità terapeutiche. Non mi pare che vi sia la necessità di produrre altre norme in questo senso; eventualmente si può fare un richiamo nel Piano sanitario, ma credo che sia superfluo.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Anch'io chiedo al senatore Azzaretti di ritirare il suo emendamento 5.1, senza peraltro trascurare le preoccupazioni che esso intende esprimere e senza sottovalutare le preoccupazioni che lo stesso presidente Zito ha evidenziato. Sono convinto che l'AIDS sia una malattia completamente diversa dalle altre ed in ordine ad essa, se non si procede attraverso una particolare

attenzione, nel rispetto della riservatezza ed al fine di evitare qualsiasi forma di emarginazione e di discrezionalità nell'esercizio dei controlli, ci troveremo di fronte a problemi gravissimi dal punto di vista sociale ed umano. Il sieropositivo, come abbiamo specificato in altre parti della legge e come si è affermato in maniera molto forte a livello internazionale, ha diritto ad essere inserito a qualsiasi livello in ogni tipo di attività, anche sociale. Ha infatti diritto a partecipare all'attività sportiva, all'attività scolastica, eccetera.

Il problema allora si pone anche in termini di verifica dell'attuazione di questa legge e dell'andamento epidemiologico che avrà la malattia. Nulla osta che, ove mai si ponesse l'esigenza di apportare dei correttivi, si possa assumere una iniziativa parlamentare che si muova sulla base di un largo consenso e sulla base di motivi validi che verranno dall'esperienza di questa normativa. In questo senso posso dare la massima tranquillità al presidente Zito per conto del Governo.

Allo stato l'emendamento Azzaretti non è accettabile, anche se mi rendo conto delle sue preoccupazioni.

Comprendo anche le osservazioni svolte dal senatore Ventre. A questo proposito, abbiamo dato agli extracomunitari la possibilità di curare la propria salute riconoscendo loro il diritto di utilizzare le strutture del Servizio sanitario nazionale senza alcun onere.

VENTRE. La possibilità, non il dovere.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Non è qualcosa che si può imporre. Una volta che si è accertata la sieropositività, o lo si porta fuori dell'Italia (e non ci sono le condizioni per farlo) oppure lo si deve internare!

La prevenzione deve essere attuata attraverso il potenziamento dei centri di assistenza ai tossicodipendenti. A questo proposito sono lieto che sia stata approvata la norma che prevede il potenziamento dei centri multizonali per la prevenzione delle malattie sessuali. Non si tratta del vecchio concetto dell'assistenza ai malati di sifilide o altro; si tratta di un servizio che potrà essere utilizzato anche dai tossicodipendenti. Si può pensare inoltre ad ulteriori forme che molti condividono.

Non è che l'emendamento Azzaretti non sia fondato, ma in questo momento non trova possibilità di attuazione. È questa la ragione per cui credo che sia il caso che il senatore Azzaretti lo ritiri; ad ogni modo il parere del Governo è contrario.

Quanto all'emendamento 5.2, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia, è implicito - scusate il bisticcio di parole - che il consenso debba essere esplicito; mentre devo dire di non essere d'accordo sull'emendamento 5.3, che prevede che il malato debba accettare il ricovero nel reparto di malattie infettive. Vi possono essere situazioni nelle quali il malato non è in grado di accettare il ricovero in un determinato reparto ed è quindi competenza del medico deciderlo. Non dobbiamo comprimere la discrezionalità del medico: se sbaglia paga, ma lasciamogli la possibilità di decidere. E se il malato si trova in una condizione psichica che non gli consente di dare un parere in merito ad un determinato tipo di esame, occorre lasciare al medico la libertà di farlo. A questo proposito rispondo al senatore Corleone: laddove si dice

«nel suo interesse», è implicito il concetto che se tale potere di decisione non è rimesso al medico allora – ne abbiamo discusso a lungo in Commissione affari costituzionali – bisognerebbe prevedere che per il medico sia esclusa ogni colpa professionale. Prendiamo il caso di un medico che non possa procedere ad un *test* per la diagnosi della infezione da HIV, in vista di un intervento per l'asportazione di un cancro al polmone: se egli opera, può determinare un danno fortissimo per la salute del malato di AIDS. Dunque l'inciso «nell'interesse del malato» deve rimanere, il medico deve segnalare di aver fatto il *test* e specificare i motivi per cui lo ha fatto: chi si sottopone al *test* ha il diritto, un domani, di saperne qualcosa. Da questo punto di vista chiedo allora al senatore Corleone di superare questa preoccupazione residua: si è tenuto conto del massimo di riservatezza, ma anche della necessità di considerare seriamente gli interessi del malato (anche perchè vi sono malati che non sono in grado di rispondere).

Per tali ragioni do parere contrario a tutti gli emendamenti.

AZZARETTI. Non voglio assolutamente essere scortese con nessuno. Dall'andamento del dibattito ho potuto capire che l'emendamento sarà respinto. Dunque, se vi fossero ragioni politiche, sarei il primo a ritirarlo; ma visto che ragioni politiche non ci sono, ritengo di mantenerlo facendo tre osservazioni sintetiche.

Intanto potrebbe sembrare che laddove si procede all'accertamento diagnostico si debbano affiggere i manifesti. L'accertamento diagnostico è coperto dal segreto professionale.

Tra l'altro, non è vero che l'accertamento diagnostico serva solo per tutelare la persona sana, ma anche per aiutare la persona infetta in quanto si può prendere qualche ulteriore provvedimento.

Siccome io credo che questa malattia infettiva sia come tutte le altre, non capisco perchè non ne debba seguire la sorte. Si consideri che se è vero che le modalità di infezione sono diverse da molte ma non da tutte le altre malattie infettive – ce ne sono alcune che si diffondono attraverso il rapporto sessuale – ma non per questo sono state escluse dall'obbligo di denuncia. Non è assolutamente vero che quando si individua l'infezione il paziente debba essere isolato per tutta la vita: ci sono tante malattie infettive i cui pazienti non vengono isolati in un reparto perchè si suggerisce quell'educazione sanitaria che consiste nello spiegare al paziente i comportamenti adeguati da tenere di fronte agli altri ed a se stessi.

È per queste ragioni che mantengo l'emendamento presentato. Voglio solo sottolineare al collega Berlinguer – il quale conosce meglio di me queste cose – che, con tutta probabilità, tra qualche anno qualcuno potrà dire che sarebbe stato preferibile introdurre prima questo tipo di legislazione anche per l'AIDS, visto e considerato che dal momento in cui l'infezione e la malattia sono state scoperte ad oggi non vi è stata una contrazione, ma, anzi, il coinvolgimento di categorie che allora non erano a rischio e che oggi lo sono. Per il futuro non si sa: credo che nessuno possa assicurare che le modalità di trasmissione della malattia siano esclusivamente quelle fino ad oggi costatate. Si consideri che nel 1985 gli esperti giuravano che l'unico ambito di trasmissione fosse quello delle categorie a rischio.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

Metto ai voti l'emendamento 5.1, presentato dal senatore Azzaretti.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 5.2, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 5.3, presentato dai senatori Ongaro Basaglia e Alberti.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 5.4, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 5.5, presentato dalla senatrice Ongaro Basaglia.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 5 del testo di cui è stata data lettura.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 6. Ne do lettura:

Art. 6.

(Divieti per i datori di lavoro)

1. È vietato ai datori di lavoro, pubblici e privati, lo svolgimento di indagini volte ad accertare nei dipendenti o in persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro l'esistenza di uno stato di sieropositività.

2. Si applica alle violazioni delle disposizioni contenute nel comma 1 il sistema sanzionatorio previsto dall'articolo 38 della legge 20 maggio 1970, n. 300.

Su questo articolo sono stati presentati due emendamenti. Ne do lettura:

Sopprimere l'articolo 6.

6.1

AZZARETTI

All'articolo 6, dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti:

«3. Sono fatte salve le disposizioni vigenti che richiedono il possesso dei particolari requisiti psico-fisici e attitudinali per l'accesso all'impiego, nonché quelle che, per il personale delle Forze armate e di Polizia, per quello che riveste la qualità di agente di Pubblica sicurezza e per quello del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, disciplinano l'accertamento dell'idoneità al servizio e prevedono, in caso di inidoneità, il trasferimento ad altri servizi o amministrazioni.

4. Sono inoltre fatte salve le vigenti disposizioni riguardanti i requisiti di idoneità sanitaria per l'esercizio di attività sanitarie e di produzione, confezionamento e vendita di sostanze alimentari e bevande».

6.2

Duò

AZZARETTI. Credo sia estremamente chiaro che l'emendamento 6.1 non è altro che la logica conseguenza dell'emendamento 5.1.

Non riesco a capire perchè un cittadino qualunque possa essere sottoposto a tutti gli accertamenti possibili e immaginabili per essere assunto per un posto di lavoro, con la sola esclusione di un accertamento per questa malattia: è la dimostrazione della violazione di una delle regole generali del nostro ordinamento, forse per pudori che contribuiscono a rendere questa malattia sempre più complicata e probabilmente sempre meno conosciuta nella sua reale concretezza.

Sono d'accordo con il senatore Condorelli che ha affermato che soltanto attraverso l'informazione, la discussione e la conoscenza si possono evitare conseguenze pericolose; ma, fintanto che riteniamo di dover mantenere una sorta di velo pietoso su questioni reali, con tutta probabilità non contribuiremo nè a informare, nè a conoscere, nè a salvare il salvabile, visto che la questione - com'è universalmente riconosciuto - è più grave di quanto magari noi facciamo finta di capire.

Per tali motivi e come logica conseguenza dell'emendamento 5.1, propongo di sopprimere l'articolo 6.

DUÒ. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, le norme che propongo di aggiungere dopo il comma 2 dell'articolo 6 hanno il solo scopo di armonizzare il disegno di legge con la legislazione vigente che, nel silenzio del provvedimento in esame, non si capisce se debba essere disattesa o se sia ancora in vigore e quindi applicabile.

La *ratio* delle norme proposte con l'emendamento si colloca sempre nel solco della prevenzione, ma la preoccupazione a monte è quella di una compatibilità con alcune norme esistenti, che fanno riferimento a particolari categorie di lavoratori.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, valuto con estrema attenzione le considerazioni del senatore Azzaretti, che hanno un grosso fondamento - l'abbiamo già detto - ma confermo le osservazioni che ho fatto precedentemente e dichiaro parere contrario.

Per quanto riguarda l'emendamento del senatore Duò, mi rimetto al Governo. Secondo il mio parere - e questo è uno dei punti per i quali

desidererei un chiarimento - per alcune categorie particolari di lavoratori (come il personale delle Forze armate, gli agenti di Pubblica sicurezza ed il Corpo nazionale dei vigili del fuoco) devono valere le norme attualmente in vigore, che riguardano proprio l'ordinamento di questi corpi. Quindi penso che non vi sia bisogno di una norma *ad hoc*, perchè già quelle attualmente vigenti relative a queste categorie di soggetti possono consentire, laddove vi sia la necessità, di verificare se si tratta di soggetti sieropositivi per l'accesso all'impiego.

Per quanto riguarda in particolare il quarto comma proposto dall'emendamento del senatore Duò, penso che le norme vigenti relative ai requisiti di idoneità sanitaria per i prodotti alimentari e le bevande debbano rimanere valide, anche se la trasmissione dell'infezione da HIV e AIDS non avviene attraverso sostanze alimentari e quindi il problema non dovrebbe sussistere.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. In aggiunta alle dichiarazioni del senatore Condorelli, che sono molto chiare, e al fine anche di dare una corretta interpretazione a questo articolo, ritengo che per quella fascia di cittadini che svolgono attività particolarmente delicate siano previsti controlli approfonditi e continui da cui emergano senza ombra di dubbio gli eventuali effetti della sieropositività. Quindi, la preoccupazione che può emergere, al di là di quanto si era detto in passato sulla diversa trasmissione di questa malattia, è un'altra. Prendiamo ad esempio i piloti, i quali sono sottoposti a controlli continui. La sieropositività, nel momento in cui diventa patologica, si evidenzia a prescindere dal *test*. Se non la si riscontra prima che diventi patologia e il candidato è normale non vedo perchè questi non debba fare il pilota. L'intervento deve essere limitato a quando il danno comincia a manifestarsi e può avere effetti sull'azione svolta. Prego quindi i colleghi di ritirare l'emendamento in considerazione anche di quanto ha detto prima il Presidente. Aggiungo inoltre che se in sede di applicazione sorgessero delle difficoltà e si rendesse necessario rivedere la materia, il Governo dichiara fin da ora la sua disponibilità ad apportare i correttivi necessari.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione degli emendamenti.

IMBRÌACO. A nome del Gruppo comunista dichiaro che il nostro voto sarà contrario ad entrambi.

Metto ai voti l'emendamento 6.1 del senatore Azzaretti tendente a sopprimere l'articolo 6.

Non è approvato.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento del senatore Duò tendente ad aggiungere due commi.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 6 nel testo di cui è stata data lettura.

È approvato.

Passiamo alla votazione dell'articolo 7. Ne do lettura:

Art. 7.

(Protezione dal contagio professionale)

1. Il Ministro della sanità, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, emana, sentiti la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e l'Istituto superiore di sanità, un decreto recante norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali, pubbliche e private.

CORLEONE. Signor Presidente, mi consenta di dare un piccolo contributo nella discussione di questo articolo. Per quanto concerne la protezione dal contagio professionale mi ha particolarmente colpito una notizia letta su un giornale in cui un componente della Commissione nazionale affermava che entro il '90 si prevedono oltre 3.000 punture da ago usato per la cura, la terapia e gli interventi nel caso di AIDS. Ciò mi ha fatto individuare uno strumento di trasmissione che non avevo percepito. Sembra infatti che nel corso delle migliaia e migliaia di operazioni con cui ogni giorno si provvede ad incappucciare l'ago usato, gli operatori corrano il rischio statistico di pungersi. Ritengo, pertanto, che nei decreti che verranno emanati debba porsi attenzione anche a questo problema. Assieme all'articolo che ho citato ho letto poi che in alcuni ospedali è stata sperimentata una macchinetta portatile sciogliago che riduce l'ago usato in un mozzicone fuso chiuso in una custodia. Mi sembra che il pericolo non vada sottovalutato e chiedo che si faccia quanto possibile perchè questo possibile mezzo di trasmissione venga inibito, magari anche ricorrendo alla macchinetta cui accennavo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo 7.

È approvato.

Art. 8.

(Comitato interministeriale per la lotta all'AIDS)

1. È istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Comitato interministeriale per la lotta all'AIDS, presieduto dal Presidente del Consiglio o da un suo delegato, del quale fanno parte i Ministri della sanità, per gli affari sociali, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, della pubblica istruzione, del lavoro e della previdenza sociale, della difesa, di grazia e giustizia, dell'interno e dei lavori pubblici.

2. Il Comitato interministeriale coordina gli interventi per la attuazione del piano globale di lotta all'AIDS e indica le misure necessarie per adattare gli interventi e le risorse finanziarie alle evoluzioni della epidemia da HIV.

3. Il Governo riferisce annualmente al Parlamento sullo stato di attuazione delle strategie attivate per fronteggiare l'infezione da HIV.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 9. Ne do lettura:

Art. 9.

(Programmi delle regioni e delle province autonome)

1. Le regioni e le province autonome, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono i programmi per le attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettere c), d), e) e f), e comma 2. Decorso tale termine senza che siano stati adottati da parte delle regioni e delle province autonome i suddetti programmi, il Ministro della sanità procede alla nomina di commissari per il compimento degli atti necessari.

2. Le regioni e le province autonome, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, utilizzando personale già in servizio o personale in posizione di comando dalle unità sanitarie locali, istituiscono centri di riferimento aventi il compito di coordinare l'attività dei servizi e delle strutture interessate alla lotta contro l'AIDS, di attuare la sorveglianza epidemiologica e di pianificare gli interventi di informazione e formazione. La responsabilità dei centri deve essere affidata a personale medico che sia almeno in possesso dell'idoneità nazionale per le funzioni di primario di malattie infettive.

A questo articolo è stato presentato dal senatore Imbriaco il seguente emendamento 9.1. Ne do lettura:

All'articolo 9, comma 2, dopo le parole: «primario di malattie infettive» aggiungere le altre: «o di materia di medicina interna affine».

IMBRIACO. I centri di riferimento di cui al comma due dell'articolo 9 vengono affidati a personale medico che sia «almeno in possesso dell'idoneità nazionale per le funzioni di primario di malattie infettive». Anche in questo caso, cioè, torna a ripetersi quanto dicevamo in precedenza quando si affidavano a questi primari competenze che potevano essere estese ad altre figure professionali. Già oggi, infatti, abbiamo nelle varie regioni personale che ha maturato una sua esperienza specifica e una particolare qualificazione pur non possedendo l'idoneità in materia di infettivologia; si tratta di epidemiologi, di medici legali e di altri ancora.

Accanto a questo devo aggiungere che per la verità ho delle riserve su tutto il comma due perchè se per un attimo soffermiamo l'attenzione su di esso ci si renderà conto che esso è molto generico e vago e che rischia di creare confusione più che efficienza per quanto riguarda gli obiettivi. Non è ben chiaro infatti in cosa consista questo compito di «coordinare l'attività dei servizi e delle strutture interessate alla lotta

contro l'AIDS, di attuare la sorveglianza epidemiologica e di pianificare gli interventi di informazione e formazione». Per un verso si tratta di compiti abnormi per una commissione che dovrebbe, in qualche misura, essere estremamente snella e capace di orientare giorno per giorno, mese per mese le scelte, mentre, per altri versi, se ne affida la responsabilità a personale su cui ho già espresso le mie riserve. Il comma due, complessivamente inteso, rischia allora di creare strutture burocratiche elefantache che frenano anzichè snellire e controllare davvero un lavoro che riveste estrema delicatezza.

Noi, per il momento, con l'emendamento 9.1 che abbiamo presentato ci permettiamo di chiedere che sia allargata la responsabilità a figure professionali che non siano esclusivamente quelle dei primari infettivologi e chiederemo un riconoscimento di fatto per profili professionali di pari grado e in ogni caso impegnati in materi affini.

In subordine poi chiediamo, con l'emendamento che contestualmente formalizzo, di sopprimere l'intero secondo comma.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Pur condividendo alcune delle perplessità espresse ritengo sia necessario avere in periferia una struttura di riferimento per monitorare un po' meglio quanto avviene localmente al fine di fornire alle commissioni ed al Ministero informazioni su quanto avviene nell'ambito di applicazione di questa legge, sull'andamento effettivo delle terapie in un determinato territorio.

Capisco le difficoltà che vi possono essere, ma se si scelgono le parti che lavorano in questo senso e che hanno dimostrato di possedere tutte le competenze necessarie, credo che la presenza di un coordinamento locale, soprattutto ai fini dell'informazione, sia utile.

Qualche perplessità in realtà ce l'ho per quanto attiene al personale medico per il quale è previsto «almeno il possesso dell'idoneità nazionale per le funzioni di primario di malattie infettive». A questo proposito, auguro che egli sia sempre un sanitario già in carica, che anzi sia impegnato in prima linea, che svolga effettivamente questa attività e che, per esperienza personale, oltre che per esperienza maturata in altri reparti, abbia nozione più diretta di quello che avviene.

Per tali motivi il mio parere è contrario sia alla proposta di soppressione che all'emendamento 9.1: visto che abbiamo scelto, come sede di permanenza di questi malati, i reparti di malattie infettive, è meglio uniformare tutto, facendo riferimento ai primari di malattie infettive.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Vorrei solo ricordare che questa parte non era nel testo iniziale del disegno di legge del Governo ma è stata aggiunta; ed è stata aggiunta soprattutto a seguito della richiesta dell'opposizione comunista, in Commissione affari sociali della Camera (una decisione che poi è stata condivisa dagli altri Gruppi). Pertanto non ritengo che questa parte sia così influente e determinante ai fini del coordinamento dell'attività regionale, anche perchè molte Regioni hanno già provveduto ad istituire questi centri di coordinamento e perchè ritengo che a livello regionale in qualche modo si possa integrare o adattare con ciò che oggi viene richiesto per legge.

Le osservazioni svolte possono avere qualche fondamento, tuttavia dobbiamo riconoscere, proprio perchè si è ritenuto indispensabile ricoverare i malati in strutture specializzate, che il personale medico di medicina interna ha avuto un'esperienza abbastanza limitata rispetto agli infettivologi che hanno seguito quotidianamente questi malati. Inoltre, è proprio nei reparti di malattie infettive che sono stati indirizzati in un primo tempo i tossicodipendenti, poichè la malattia tipica di queste persone era l'epatite virale. Dunque gli infettivologi garantiscono una maggiore esperienza anche per questo motivo. Buona parte dei sieropositivi e malati di AIDS è composta di tossicodipendenti: quindi non è un danno, ma un'utile integrazione. La locuzione «clinici medici», poi, comprende ogni competenza specialistica.

Credo che si possa tranquillamente superare questa richiesta e che gli emendamenti possano essere ritirati, dal momento che non sono così importanti. In ogni caso il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 9.2, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'emendamento 9.1, presentato dal senatore Imbriaco.

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 9 nel testo di cui è stata data lettura.

È approvato.

Art. 10.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

È approvato.

L'esame degli articoli è così concluso.
Passiamo alla votazione finale.

BERLINGUER. Vorrei fare una precisazione e successivamente una breve dichiarazione di voto.

La precisazione, di cui ho parlato la scorsa settimana con il collega Condorelli, riguarda un problema di coordinamento. Nell'articolo 5, comma 3, e nell'articolo 6, comma 1, sono usate due dizioni differenti per esprimere il medesimo concetto. Nell'articolo 5, comma 3, è scritto «infezione da HIV», che è una definizione onnicomprensiva; nell'articolo 6, comma 1, si parla di «sieropositività».

Suggerisco allora che in sede di coordinamento la dizione sia sempre «infezione da HIV», per evitare che insorgano equivoci.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Il termine «sieropositività» consente l'individuazione dell'infezione, mentre «infezione da HIV» non la consente. La distinzione è stata introdotta volutamente alla Camera: ricordo che si modificò dappertutto e si lasciò solo all'articolo 6, comma 1, il termine «sieropositività».

BERLINGUER. Non intendo presentare un emendamento, ma vi è il rischio che si apra un varco rispetto al principio che abbiamo voluto affermare.

PRESIDENTE. Ciò rientra nei rischi della sperimentazione della legge, senatore Berlinguer, su cui abbiamo discusso.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. A mio avviso la dizione «sieropositività» potrebbe risultare più restrittiva perchè potrebbe contenere il concetto di tutte le sieropositività. La forma quindi è semmai più restrittiva.

BERLINGUER. Passando alla dichiarazione di voto, vorrei ricordare che alla Camera abbiamo votato contro questo provvedimento ed oggi manteniamo il nostro atteggiamento.

Abbiamo criticato il fatto che il Governo ha presentato un provvedimento sull'AIDS ed un piano sull'AIDS molto dopo che l'epidemia si è conclamata, peraltro attardandosi (non mi riferisco al Ministro attuale, ma al suo predecessore) in campagne che hanno nociuto anzichè agevolato l'azione di lotta contro la malattia.

Riteniamo comunque utile che vi sia un provvedimento e che vi sia un piano contro l'AIDS. Il disegno di legge che ci accingiamo a votare contiene alcuni elementi positivi; ad esempio gli articoli 5 e 6, che sanciscono globalmente dei diritti che sono validi per i malati e che coincidono con l'interesse generale, cioè con una politica di prevenzione e con l'esigenza della tutela dei sani.

Riteniamo però che permangono notevoli distorsioni ed equivoci, soprattutto in vista dell'applicazione della legge. Ad esempio, vi è il rischio - che non è fugato, perchè il piano ha minor valore della legge - di un «gigantismo ospedaliero». Si consideri inoltre il fatto che le procedure previste per le costruzioni, come ha rilevato la Commissione lavori pubblici, sono molto anomale e possono prestarsi ad arbitrî. Infine, vi è il fatto che si punta esclusivamente sui reparti di malattie infettive, con la conseguenza che i malati rischiano di poter usufruire meno di altre cure ospedaliere e domiciliari, e con il rischio che una categoria o una professione prevalga sulle molte professioni che invece è necessario impegnare nella lotta contro questa malattia.

Esprimiamo anche alcune riserve sulla continuità e l'impegno del Governo nel campo della prevenzione.

Tutte queste considerazioni inducono il Gruppo comunista a esprimere un voto contrario al disegno di legge in esame.

DUÒ. Signor Presidente, nel dichiarare il voto favorevole del Gruppo della Democrazia cristiana, vorrei fare una raccomandazione al signor Ministro. I problemi che mi sono permesso di segnalare continuano a sussistere, tenuto conto che alcune norme – ad esempio quelle del 1962 che ho citato – continuano a vigere. Allora vorrei sottolineare se non sia il caso di mettere allo studio una norma interpretativa che indichi le norme compatibili con l'articolo 6, proprio per dare un chiarimento definitivo in materia di idoneità psicofisica per il personale delle Forze armate, della polizia di Stato e dei Vigili del fuoco che, in base alle preclusioni del citato articolo 6, potrebbe dar luogo ad un contenzioso.

SIGNORELLI. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, la mia dichiarazione di voto si riferisce soprattutto al contesto in cui si procede per la lotta contro l'AIDS, che individua responsabilità molto vaste. Ve ne sono alcune per i forti ritardi con i quali si è andati ad un provvedimento legislativo per affrontare in modo organico il problema della lotta all'AIDS, con tutti i risvolti ad essa connessi. Si consideri, ad esempio, che ancora ci stiamo attardando sugli aspetti della repressione, con un malinteso comportamento circa la possibilità di svolgere indagini epidemiologiche in molte fasce della popolazione investite di responsabilità professionali. Assumere atteggiamenti antidemocratici ci ripugna, ma dobbiamo considerare anche il danno biologico e psicologico di coloro che innocentemente sono stati colpiti da questa malattia nello svolgimento delle loro mansioni lavorative e per i quali dovremo prevedere dei provvedimenti di indennizzo. D'altra parte, anche per altre malattie esiste una normativa penale che colpisce il contagio per responsabilità: malintesi, dunque, e ipocrisie che dobbiamo superare.

Viceversa, la mia parte politica si batte, in ogni sede, anche attraverso interventi legislativi, per dotare il nostro paese di un adeguato supporto normativo ed organizzativo per determinate emergenze, tra cui quella che riguarda la connessione tra l'AIDS e la diffusione del consumo di eroina.

Finalmente sono arrivati tutti i pareri delle varie Commissioni competenti a pronunciarsi in materia. Quello della 5^a Commissione permanente reca condizioni che si opporrebbero alla prosecuzione dei lavori in sede deliberante; ma io debbo ricordare che i nostri lavori sono stati interrotti spesso anche per mancanza del numero legale o per mancanza dei prescritti pareri. Bisogna veramente preoccuparsi per come vanno le cose in questo Parlamento, soprattutto considerando la delicatezza di questa materia. Il Ministro ha dichiarato che si atterrà comunque al parere espresso rispetto al finanziamento, per impedire ulteriori ritardi.

D'altra parte, i colleghi della 5^a Commissione hanno voluto contabilizzare il personale addetto alle strutture ed i servizi stessi in *standards* rigidi: io protesto perchè non si possono sclerotizzare preventivamente gli interventi per tutto il complesso problema dell'AIDS. Ritengo che, seppure fuori tempo e con gravi incongruenze, sia necessario garantire tutta la gamma possibile delle condizioni assistenziali a carico dei servizi, in materia di strutture, di personale e di

finanziamenti, richiamando le responsabilità delle autorità competenti preposte sul territorio, per un adeguamento degli interventi alle specifiche situazioni locali.

Certo, dovremmo preoccuparci per assicurare i controlli sui tempi di attuazione e sulle modalità dei lavori di strutturazione dei reparti, soprattutto in alcune zone, affinché questi fondi non diventino spartizione piuttosto che ripartizione. Signor Ministro, occorrerà stare molto attenti alle Regioni e alle Unità sanitarie locali, perchè anche questo non si trasformi in occasione di lucro. Bisogna vigilare sugli atteggiamenti di molti personaggi che popolano le USL e che hanno contribuito a complicare i problemi della sanità in Italia.

Il disegno di legge di parte governativa, presentato nell'ottobre 1989, attraverso la cosiddetta corsia preferenziale, avrebbe dovuto essere velocemente licenziato; invece ancora una volta nella seduta di oggi ha rischiato di essere rinviato, con tutti i danni che ciò avrebbe prodotto. Esso è lacunoso e incompleto, ponendosi perfino al di fuori di certe realtà che sono state illustrate negli interventi di alcuni colleghi. Tuttavia, siccome ogni altro ritardo è foriero di ulteriori danni su tutto il fronte degli interventi per la lotta all'AIDS e per la lotta alla droga, nei confronti di una vasta area di sofferenza della società (mi riferisco sia ai malati che ai familiari), nonchè nei confronti dell'opinione pubblica che va tutelata anche sotto il profilo della sicurezza psicologica, in ossequio proprio allo stato di estrema emergenza che ancora una volta il Governo e le parti politiche hanno contribuito a creare, non mi rimane altro che dichiarare il voto favorevole del Gruppo del Movimento sociale italiano-Destra nazionale al disegno di legge in esame.

ONGARO BASAGLIA. Signor Presidente, il Gruppo della Sinistra indipendente, pur riconoscendo la positività e la validità di alcune parti del disegno di legge, ad esempio in materia di garanzie, dichiara il proprio voto contrario. Siamo contrari infatti ad interventi di urgenza che ci portano costantemente ad approvare comunque un testo senza poterlo discutere ed approfondire. Questa mattina sapevamo perfettamente di partecipare ad una farsa, perchè già si sapeva che gli emendamenti sarebbero stati respinti e perchè già dalla settimana scorsa si parlava della impossibilità di modificare il testo. Non credo sia produttivo questo modo di procedere e di lavorare! Certamente alcuni suggerimenti o cambiamenti della nostra Commissione avrebbero apportato alcune modificazioni migliorative al disegno di legge, che tuttavia ci sono state precluse dall'invocazione di urgenza del Governo.

Per questi motivi, dichiariamo il nostro voto contrario.

DE LORENZO, *ministro della sanità*. Signor Presidente, desidero fare una precisazione in riferimento a quanto ha detto il senatore Berlinguer circa l'ambiguità delle norme relative alle procedure della stipulazione dei contratti d'appalto per la costruzione o l'adeguamento delle strutture, con riferimento al parere espresso dalla Commissione lavori pubblici del Senato. Desidero precisare che le mie dichiarazioni sono state prodotte dal capo dell'Ufficio legislativo, che è avvocato dello Stato; inoltre, nel momento in cui l'8^a Commissione permanente ha

discusso quel parere non era presente alcun rappresentante del Ministero della sanità: se avessimo partecipato a quel dibattito, forse avremmo chiarito in quella sede ciò che invece abbiamo chiarito qui.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare per dichiarazione di voto, metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso.

È approvato.

Ai presentatori della petizione verrà data comunicazione delle decisioni adottate.

I lavori terminano alle ore 12,40.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIOVANNI LENZI