SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

50° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MARTEDÌ 3 MARZO 1987

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

«Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito» **(2199)**, d'iniziativa dei deputati Pastore ed altri; Lussignoli ed altri; Muscardini Palli ed altri; approvato dalla Camera dei deputati

(Discussione e approvazione)

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione* .... *Pag.* 1, 6, 9 e *passim*
ALBERTI *(Sin. Ind.)* ..... 7, 9, 13 e *passim*
BELLAFIORE Salvatore *(PSDI)* 6, 9, 10
CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità* 18
IMBRÌACO *(PCI)* 15, 16
MELOTTO *(DC)* 12, 13, 14
MURATORE *(PSI)* 11

I lavori hanno inizio alle ore 11,15.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito» (2199), d'iniziativa dei deputati Pastore ed altri; Lussignoli ed altri; Muscardini Palli ed altri; approvato dalla Camera dei deputati

(Discussione e approvazione)

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione.* L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito», d'iniziativa dei deputati Pastore, Palopoli, Amadei Ferretti, Benevelli, Calonaci, Ceci Bonifazi, Montanari Fornari, Di Giovanni, Dignani Grimaldi, Gelli, Giovagnoli Sposetti, Lanfranchi Cordioli, Mai-

nardi Fava, Tagliabue e Trebbi Aloardi; Lussignoli, Corsi, Armellin, Garavaglia, Rosini e Tedeschi; Muscardini Palli, Zanfagna, Del Donno e Mazzone, già approvato dalla Camera dei deputati.

Riferirò io stesso sul disegno di legge.

Il disegno di legge è stato approvato dalla Camera dei deputati in data 28 gennaio 1987 ed è stato trasmesso al Senato e assegnato a questa Commissione il 27 febbraio. Ho voluto indire subito questa riunione, contrariamente alla tradizione secondo la quale si procede almeno ad una minima istruzione, per verificare se sia possibile approvare urgentemente il disegno di legge in oggetto.

Con questo provvedimento ci occupiamo di soggetti affetti da malattia cronica che esige delicatezza di cura. La popolazione affetta da questo morbo è quanto mai diversificata (diabete giovanile, infantile, adulto e senile) ed è caratterizzata da un discreto livello di mortalità dovuta alle complicazioni.

Ho ritenuto opportuno, dunque, che la Commissione valutasse serenamente, prima dell'annunciata crisi di Governo, se il testo trasmessoci dalla Camera risponde pienamente alle esigenze più volte sottolineate.

Nel caso che esso sia condiviso anche da questa Commissione, lo si potrà approvare, ovviamente senza alcuna modifica, non essendovi il tempo materiale per una seconda lettura da parte dell'altro ramo del Parlamento.

Procedendo in sede deliberante, occorre evidentemente attendere i pareri previsti dal Regolamento: la 7ª Commissione si è già espressa, mentre le altre Commissioni, che sono state preavvisate fin dalla scorsa settimana, si riuniscono questa mattina. Mentre attendiamo gli altri pareri potremo esaminare e valutare il testo del provvedimento.

Esso scaturisce dalla fusione di tre diversi disegni di legge presentati nel 1983 e nel 1984. Dopo un'ampia discussione generale il comitato ristretto licenziò il testo per la Commissione il 24 luglio 1985. Si arrivò quindi alla votazione il 28 gennaio 1987. Nel dibattito svoltosi presso la Camera sono emersi molti elementi – anche di perplessità – sulle norme in discussione, che in qualche modo potrebbero riproporsi anche in questa sede.

L'elemento di perplessità maggiore riguarda la possibilità e l'opportunità politica di legiferare su un argomento specifico della medicina, introducendo norme molto vincolanti, settoriali, concernenti un capitolo, sia pure ampio, anzi ampissimo, di patologia, in qualche modo a stralcio. Il Piano sanitario nazionale avrebbe dovuto occuparsi di questa malattia, ma la legge n. 595 di programmazione sanitaria non ha contemplato il diabete. Ciò fu giustificato in qualche modo sottolineando il fatto che la malattia era talmente diffusa da non richiedere un'azione specifica. Le strutture già funzionanti avrebbero dovuto far fronte alle esigenze del malato diabetico. Non si vedeva cioè la necessità di disposizioni mirate e di fondi particolari.

Un altro elemento che è emerso nella discussione generale alla Camera, e che potrebbe insorgere anche qui, è rappresentato dalla preoccupazione di iniziare a legiferare in maniera specifica: non si vede perchè altrettanto non debba essere fatto in altri settori. Pare però che il comitato ristretto prima, e le sedute conclusive della Commissione sanità dell'altro ramo del Parlamento poi, abbiano superato questa obiezione sottolineando che il modello introdotto in qualche modo dal disegno di legge (di coordinamento tra promozione del Piano sanitario nazionale e norme regionali) si sarebbe poi potuto applicare anche in altri campi.

Certo è, tuttavia, che se approviamo questo principio il Parlamento sarà sottoposto alle pressioni di tutte le categorie organizzate di malati (i malati o le loro famiglie si sono organizzati in associazioni varie) e nella filosofia del Servizio sanitario nazionale verrà ad introdursi questo nuovo criterio. Detto questo in ordine generale, passo ad esaminare sia pure rapidamente i vari articoli.

L'articolo 1 prevede la predisposizione – che viene quindi riconosciuta come un obbligo – per le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nei piani sanitari regionali e nei limiti finanziari indicati dal Fondo sanitario nazionale, di progetti-obiettivo, azioni programmate ed altre idonee iniziative dirette a fronteggiare la malattia diabetica. Tutto questo mi sembra corretto, non c'è nulla da dire, perchè i due parametri fondamentali,

cioè la coerenza con il piano sanitario regionale e i limiti finanziari indicati dal Fondo sanitario nazionale, sono sufficientemente esplicitati.

Sempre l'articolo 1 dà poi una indicazione delle finalità degli interventi regionali: prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica; miglioramento delle modalità di cura dei cittadini diabetici; prevenzione delle complicanze. E poi ancora: agevolare l'inserimento dei diabetici nelle attività scolastiche, sportive e lavorative (in proposito dovremmo poi anche stabilire un po' meglio che cosa si vuole intendere con l'espressione «agevolare l'inserimento»: comunque verrà poi esplicitato nell'articolo 8); migliorare l'educazione e la coscienza sociale generale per la profilassi della malattia diabetica; favorire l'educazione sanitaria del cittadino diabetico e della sua famiglia; provvedere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale sanitario addetto ai servizi.

Quindi sono tutte finalità corrette, mi sembra, salvo qualche piccola riserva (che però verrà esplicitata dopo) per la parte che riguarda l'inserimento scolastico, e così via.

L'articolo 2 indica le procedure per la realizzazione degli interventi operativi previsti nell'articolo stesso, e cioè il coordinamento tra le Unità sanitarie locali e i servizi sanitari distrettuali, con i piani sanitari e gli altri strumenti regionali. Mi sembra che anche questo sia corretto dal punto di vista formale; soprattutto, dà modo di uniformare i criteri in tutte le regioni, perchè senza questo collegamento, che viene indicato nell'articolo 2, ogni regione potrebbe interpretare le indicazioni di massima di cui all'articolo 1, con modalità del tutto proprie, del tutto singolari e quindi, in qualche modo, al di fuori di quel coordinamento nazionale che viene previsto.

Quali sono gli interventi operativi? L'individuazione delle fasce di popolazione a rischio diabetico e la programmazione degli interventi sanitari su queste fasce. Quindi, l'obiettivo principale è quello della prevenzione, per quanto è possibile, perchè voi sapete benissimo che molte volte si può, soprattutto per il diabete dell'adulto, in talune forme congenite e genetiche, effettuare una prevenzione anche efficace, ma purtroppo non si può intervenire contro tutte le lesioni pancreatiche da virosi o altro, che è molto più difficile poter prevenire. In ogni caso, il criterio generale della prevenzione mi sembra che sia giusto.

Quali sono gli strumenti idonei per la realizzazione di tali interventi operativi? Sono indicati al secondo comma sempre dell'articolo 2: i servizi di diabetologia in coordinamento con i servizi sanitari distrettuali e con i servizi di medicina scolastica. Qui avrei qualche osservazione (non dico obiezione) da fare, che credo sia anche opportuno venga verbalizzata perchè, qualora adottassimo il criterio di passare all'approvazione di questo disegno di legge senza alcuna modifica, sarebbe bene che almeno le indicazioni di ciascun senatore rimanessero agli atti, quanto meno ai fini di quell'opera di indirizzo e coordinamento che pure son previsti su questa materia da parte del Governo; in quella sede, infatti, potrebbero essere recuperate magari delle indicazioni già date che non ostino alla legge, ma che in qualche modo la completino.

Questi servizi di diabetologia debbono in qualche modo coordinarsi con i già esistenti centri antidiabetici, che sono centri ambulatoriali, sono centri di medicina sociale, e quindi hanno alle loro spalle una normativa già esistente, sia pure già superata, se volete, sia pure rielaborata (non sul piano legislativo, ma sul piano pratico) attraverso le Regioni. Si tratta, comunque, di centri e ambulatori alcuni dei quali appartengono all'Ordine di Malta (quindi ad un ente del tutto autonomo statutariamente), altri appartengono alle Università, a policlinici universitari, dove c'è una maggiore autonomia; si tratta di centri che godono di un contributo (piccolo, il più delle volte) ministeriale stanziato in un apposito capitolo per le ricerche.

Quindi, si pongono problemi di coordinamento e io non so se questi problemi siano tali da invitare la Commissione a provvedervi per legge, oppure basti un ordine del giorno o una indicazione, ai fini di quell'atto di indirizzo e coordinamento governativo che dovrà seguire. Su questo valuterà liberamente la Commissione cosa sia più opportuno fare.

In ogni caso, ben venga anche la relazione annuale (che viene prevista al comma 3 dell'articolo 2) del Ministro della sanità al

Parlamento su tutte le problematiche della malattia diabetica e su come viene affrontata.

L'articolo 3 è importante perchè, oltre a ribadire il criterio della fornitura gratuita, a cittadini diabetici, di terapie e presidi diagnostici e terapeutici, che sono già in atto ai sensi del decreto ministeriale dell'8 febbraio 1982, n. 46, introduce anche il principio della fornitura gratuita di altri eventuali presidi sanitari ritenuti idonei. La formulazione della norma è estremamente ampia; però, anche da quanto emerge dal dibattito che vi è svolto alla Camera oltre che dalla realtà delle cose, sembra che sia sostanzialmente finalizzata alla fornitura di microinfusori per il controllo automatico, per così dire, e personale della malattia diabetica. Si tratta, le definirei così, di pompette, caricate di insulina, che, introdotte sottocute o in via endovenosa, a seconda delle circostanze, possono somministrare lentissimamente, per un certo tempo, e con continuità le opportune quantità di insulina. È vero dunque che la tecnologia in questo settore è ormai molto avanzata e che i microinfusori adottati in via sperimentale sembrano aver dato buoni risultati anche per il diabete in gravidanza, che presenta degli squilibri e scompensi molto particolari e pericolosi per la salute del bambino, ed è altrettanto vero che molti diabetici finiscono con l'acquisire esperienza ed autonomia; resta il fatto però che non si può prescindere dal controllo del medico. Non si pensi quindi che il paziente in possesso dei microinfusori possa far da solo; ed infatti l'articolo 3 del provvedimento, correttamente, prevede una specifica prescrizione ed il diretto controllo da parte dei servizi di diabetologia.

Vorrei ora soffermarmi sull'onere che deriverà dall'approvazione di questo disegno di legge. In proposito dico subito che, considerato l'elevato numero di diabetici che potranno usufruire delle provvidenze offerte dal presente provvedimento, la spesa sarà certamente molto rilevante. Proprio a causa di ciò, anzi, alla Camera dei deputati il corso del disegno di legge è stato molto rallentato e ben due formulazioni della norma relativa alla copertura finanziaria sono state respinte dalla Commissione bilancio. Nella legge finanziaria per il 1987, infine, si è previsto uno specifico accantonamento sotto la voce «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito», e, attingendo a tale fondo, l'articolo 10 del testo in esame stanzia, soprattutto per la fornitura dei microinfusori, 6 miliardi e 400 milioni per il 1987 e 8 miliardi per ciascuno degli anni 1988 e 1989. Come è ovvio, i colleghi della Camera non hanno trascurato di prendere in considerazione la possibilità di abusi e, per prevenirli, hanno introdotto la tessera personale, che attesta l'esistenza della malattia diabetica e dà il diritto di usufruire delle previste provvidenze. Ci auguriamo che tale tessera si riveli efficace, evitando eventuali distorsioni.

Passo ora all'illustrazione dell'articolo 5 in cui, sempre con riferimento agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, è detto che, nell'ambito della programmazione sanitaria, le Regioni predispongono interventi per l'istituzione di tre diversi tipi di servizi. Nell'articolo è dunque prevista, innanzi tutto, al punto *a*), «l'istituzione di servizi specialistici diabetologici, secondo parametri che tengano conto della densità della popolazione, delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche delle zone di utenza e dell'incidenza della malattia diabetica nell'ambito regionale». Questo comporta tutto un lavoro epidemiologico di censimento alla base, che certamente richiederà un certo tempo. È vero che i diabetici conclamati si fanno vivi da soli, perchè, essendo state tenute con grande intensità vere e proprie campagne di sensibilizzazione, ormai tutti conoscono il pericolo di questa malattia. Ugualmente però una fase di censimento epidemiologico ci dovrà essere. Proprio riguardo a tali servizi specialistici si presentano poi i problemi, che prima avevo esposto, del coordinamento rispetto ai centri già esistenti. In questo caso la Camera dei deputati, almeno stando ai verbali, non ha preso in considerazione l'esistenza del problema ed è pertanto rimasta aperta una tematica estremamente delicata. Poichè, infatti, molti di questi centri non fanno capo ad enti inseriti nel Servizio sanitario nazionale, bensì, ad esempio, all'Ordine di Malta o alle Università, non si capisce in che rapporto verranno a porsi rispetto ai previsti dipartimenti. A mio avviso, il rapporto giuridico che fra dipartimenti e centri verrà ad

instaurarsi dovrà essere rispettoso dell'autonomia di questi ultimi, che non dovranno dunque essere assorbiti nei dipartimenti, ma coordinati ad essi attraverso forme di convenzionamento. Penso altresì che sia importante far emergere tale questione e sentire quali siano in proposito gli intendimenti del Governo.

Ancora all'articolo 5, al punto *b*), è prevista «l'istituzione di servizi di diabetologia pediatrica in numero pari ad uno per ogni regione, salvo condizioni di maggiore necessità per le regioni a più alta popolazione». Dalle informazioni avute per telefono in questi giorni dai pediatri ho saputo che i centri di diabetologia pediatrica funzionanti in tutta Italia sono solo cinque o sei, quasi tutti di derivazione universitaria. Finora, dunque, l'esigenza di formare personale particolarmente esperto nel settore della diabetologia pediatrica è stata avvertita quasi esclusivamente dalle cliniche universitarie di pediatria, mentre è un'esperienza che dovrà essere estesa a tutte le regioni. È opportuno infatti che ci sia questa previdenza per tutti, sebbene anche in questo caso occorrerà affrontare il problema del coordinamento. Allo stesso punto *b*) è infine detto che la direzione di tali servizi è affidata a pediatri diabetologi. Com'è naturale noi preferiremmo far riferimento a specialisti in pediatria e in diabetologia; siccome però non credo che attualmente vi siano molte persone in possesso di questa duplice specializzazione e competenza, ritengo che dovremmo quanto meno specificare che ci si riferisce a persone in possesso della specializzazione e della cultura pediatrica nonchè di un'adeguata formazione in campo diabetologico. Può darsi che non siano in molti ad avere i requisiti richiesti, ma vuol dire che, in base alle esigenze, se ne formeranno altri.

Sempre all'articolo 5, al punto *c*), è poi prevista «l'istituzione di servizi di diabetologia a livello ospedaliero nell'ambito di un sistema dipartimentale interdisciplinare e polispecialistico». In proposito desidero sottolineare come il criterio dell'interdipartimentalità e della polispecialità sia essenziale a livello ospedaliero. Da ostetrico vorrei poi evidenziare che l'assistenza della gestante diabetica crea problemi specifici non presi formalmente in considerazione dal disegno di legge. Con ciò non intendo sostenere che andrebbero formati appositi servizi autonomi di ostetricia per il diabete, affermo però che in questa interdipartimentalità non possono mancare gli ostetrici. I criteri assistenziali e preventivi nell'ambito della gravidanza per le donne già diabetiche o prediabetiche, che mostrano degli «screzi» metabolici, tali cioè da portarle al diabete, infatti sono estremamente personalizzati. Va inoltre tenuto conto della prognosi infausta nelle primissime fasi della gravidanza per il feto, prognosi infauste, paradossalmente qualche volta più frequenti nei casi di prediabete che non in quelli di diabete conclamato. Nel primo caso, infatti, la paziente non conosce l'esistenza della sua malattia, nè, pertanto, si preoccupa di curarla. La necessità di questa interdisciplinarietà va allora sottolineata e non solo per il settore ostetrico, ma anche per quello nefrologico, cardiologico e per altri ancora.

Passando ora al comma 2 dell'articolo 5 dico subito che l'adozione di criteri di uniformità, validi per tutto il territorio nazionale, relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, mi trova d'accordo, mentre qualche perplessità suscita in me l'uniformità prevista riguardo ai metodi di indagine clinica e ai criteri di diagnosi e terapia. In questo caso, infatti, sia pure attraverso la filosofia dei protocolli diagnostici e terapeutici che hanno la loro validità di fondo, reintroduciamo una certa invadenza, a meno che non si voglia sostenere l'adozione di criteri minimi per la diagnosi e la terapia al di sotto dei quali non può essere concessa l'autorizzazione al centro e ai servizi specialistici. In questo senso non ho nulla in contrario e altrettanto favorevole mi vede il riferimento all'Organizzazione mondiale della sanità.

Prima di concludere sull'argomento voglio solo rilevare che il riferimento all'articolo 5 della legge n. 833 e le competenze affidate alle Regioni, che debbono provvedere all'individuazione delle fasce di popolazione a rischio diabetico e alla programmazione degli interventi sanitari su tali fasce, rischiano di creare una duplicità di indirizzo e di coordinamento.

Infine, anche se questo nel secondo comma dell'articolo 5 non è indicato, è chiaramente

altrettanto rilevante l'apporto dell'Istituto superiore di sanità. Mi sembra che siano da condividere anche le disposizioni riguardanti i compiti che vengono assegnati ai servizi di diabetologia (articolo 5, comma 3).

Nulla da eccepire sull'articolo 6 che tratta della preparazione del personale, nè sull'articolo 7, che si occupa dell'educazione sanitaria. Vi è da fare molto, sia nell'uno che nell'altro caso.

L'articolo 8 tratta un problema di notevole importanza; credo che sia da sottolineare favorevolmente l'opportunità di rimuovere, se vi sono, gli ostacoli reali al pieno reinserimento dei diabetici nella società. Nel dibattito presso la Camera, tuttavia, è stato evidenziato il problema della responsabilità professionale del medico nei confronti delle persone sulla cui idoneità fisica egli dovrebbe certificare. Non si tratta più, infatti, di un generico stato di sana e robusta costituzione, che il medico letteralmente non potrebbe certificare. Ma dal momento che il medico non fa più riferimento alla sana e robusta costituzione, aumenta la sua responsabilità nella certificazione reale dello stato di salute del soggetto interessato. È vero che il medico ha sempre quella responsabilità, in quanto è un pubblico ufficiale, ma in questo caso egli viene ad anticipare, se non ad espropriare, le competenze della medicina legale. Ove un medico direttamente certifichi positivamente sullo stato di salute di un diabetico, a tutti gli effetti, anche per lo svolgimento dell'attività agonistica, e ove poi insorgano complicazioni tali da far incorrere il medico stesso in responsabilità penali, evidentemente questi ne deve rispondere senza le consuete coperture di massima. Alla Camera si è discusso anche di questo problema.

L'articolo 8 inoltre, al comma primo, affronta il problema della certificazione di idoneità fisica ai fini dell'iscrizione scolastica. Personalmente non ritengo che si verifichino discriminazioni in questo campo, non mi risulta. In ogni caso, se ve ne sono esse devono essere eliminate. Forse la preoccupazione della norma è un po' in eccesso.

Per quanto riguarda le attività sportive non agonistiche, sarebbe stato opportuno prevedere l'accertamento della completa compensazione della malattia; tali attività sportive possono essere affrontate solo da soggetti perfettamente compensati: se non si tiene conto anche del minimo scompenso si va incontro a gravi responsabilità.

BELLAFIORE Salvatore. Si potrebbe dire «soggetto diabetico compensato».

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. La formula che ella suggerisce, che è quella originaria, è stata modificata proprio durante l'esame presso la Camera. Comunque il «medico responsabile dei servizi di cui all'articolo 5», a differenza del «medico diabetologo curante», può non conoscere approfonditamente lo stato di malattia del diabetico; sarebbe stato opportuno scegliere un'altra soluzione.

Per quanto riguarda il comma 3 dell'articolo 8, infine, lo ritengo superfluo.

L'articolo 9 riguarda la partecipazione delle associazioni di volontariato, mentre l'articolo 10 si occupa della copertura finanziaria realizzata mediante la riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo 6856.

Vorrei ora verificare le vostre opinioni intorno a questo testo. Ma prima di darvi la parola, do lettura del parere della 7ª Commissione permanente:

«La Commissione, esaminato il disegno di legge, esprime parere contrario. A tale determinazione la Commissione è giunta per via della previsione, pur se incidentale ma altrettanto pericolosa, all'articolo 8 di un certificato di idoneità fisica alle scuole di ogni ordine e grado. Tale certificato non è previsto dalla vigente legislazione e sarebbe estremamente grave un riferimento, pur se inserito nei termini anzidetti, che addirittura giunga a precisare quali màlattie consentano o meno l'iscrizione alle scuole. Ciò vale, a maggior ragione, in relazione al fatto che si specifichi che l'idoneità sussiste qualora dal diabete mellito non derivino "conseguenze invalidanti": e ciò mentre si cerca, in ogni maniera, di consentire la frequenza scolastica anche ai portatori di *handicap* gravi».

Dichiaro aperta la discussione generale.

ALBERTI. Signor Presidente, non c'è dubbio che questo disegno di legge crei delle perplessità, le quali nascono dal fatto che qui si enuclea una malattia, seppure di grande rilevanza sociale, con un trattamento specifico privilegiato rispetto a tutta una serie di altre malattie che pure esistono.

Io qui devo ricordare che nella discussione della legge n. 595 del 1985 venne prospettata la possibilità di trattare alcune malattie di carattere sociale, che fossero state dichiarate tali da decreti del Ministro della sanità in passato assicurando loro un trattamento privilegiato; e questa possibilità di assicurare loro un trattamento privilegiato venne esclusa da noi in Commissione, proprio perchè si diceva che, se noi avessimo attribuito una specificità ad un certo tipo di patologia, poi avremmo dovuto concederla anche agli altri.

Naturalmente adesso mi resta una certa amarezza per il fatto che andiamo direttamente al trattamento privilegiato del diabete mellito, che pure è malattia sociale di grande rilevanza, mentre non è passata mai alcuna norma di privilegio per il trattamento dei talassemici che, come lei sa, in Italia sono anche in numero cospicuo. Infatti per i talassemici affetti da talassemia *major*, sono circa 8.000 (bambini) quelli in trattamento, ed in qualche modo siamo riusciti, con molte difficoltà, ad assicurare a questi pazienti trattamenti particolari, ma solo in base a leggi regionali e mai a leggi nazionali.

Devo però anche riconoscere che il diabete mellito è malattia di grande rilevanza sociale, grandemente diffusa anche nel nostro paese, ed è malattia in fase di incremento, perchè mano mano che aumenta la vita media, mano mano che le condizioni alimentari migliorano, da un certo punto di vista, che gli alimenti diventano più accessibili, diventa più facile l'insorgere di malattie metaboliche, in specie questa malattia metabolica particolare.

Per il resto io direi, signor Presidente, che il disegno di legge ha tenuto conto di una serie di cose: e vorrei qui fare qualche specificazione.

Niente da dire ovviamente sull'articolo 1: una volta accettata l'ipotesi di dare un trattamento privilegiato, tutto mi sembra abbastanza conseguente. Il problema è quello dei centri e dei servizi – come lei diceva, signor Presidente – di diabetologia.

Come lei sa, questi centri per le malattie sociali sono nati in seguito a decreti del Ministro che dichiaravano una determinata malattia come «malattia sociale». Così come si è provveduto per il diabete mellito, si è provveduto per le malattie cardioreumatiche, per la talassemia, per le malattie enzimopeniche, e così via.

Sono stati dunque creati dal Ministero della sanità questi centri mano mano che si dava alla malattia la definizione di malattia a carattere sociale; cioè il Ministero della sanità ha promosso la formazione di questi centri, con contributi che venivano direttamente dal Ministero assegnati ai centri stessi, perchè all'epoca non erano ancora competenti le Regioni.

Quando intervennero le Regioni, il Ministero demandò ad esse il compito di sostenere questi centri. Come lei sa, però, signor Presidente, i contributi che arrivano a questi centri sono modestissimi; si pensi che i centri per la talassemia sono nati in alcune zone del paese dove è alta la concentrazione di talassemici e che ad un centro con 200 assistiti vengono dati dalla Regione, come contributo fisso annuale per il suo funzionamento, 8 milioni di lire. Queste sono le cifre, anche se poi intervengono contributi straordinari o altri strumenti come i «progetti-obiettivo» attuali.

In ogni caso, io vorrei dire che questi centri per la cura, anzi – come si dice – per la lotta contro il diabete o altre malattie sociali sono aggregati alle divisioni di medicina generale o alle divisioni di pediatria o alle divisioni di ematologia, e non hanno una loro autonomia: qualche volta hanno un loro organico, però non hanno autonomia rispetto alle divisioni e la legge n. 132 del 1968 prevede che ogni divisione ospedaliera possa avere fino a due centri di medicina sociale aggregati.

Il problema, però, mi pare che qui venga posto correttamente, signor Presidente, perchè, là dove esistono dei centri, questi resteranno aggregati alle divisioni e non saranno centri autonomi: quindi, se sono centri universitari aggregati alle cattedre, resteranno aggregati alle cattedre; i centri sociali che sono

affidati ad enti, per così dire, di carattere privato (come può essere, per esempio, quello dell'Ordine di Malta), resteranno tali e riceveranno i contributi regionali nella misura che io dicevo prima.

Per quanto riguarda invece i centri degli ospedali, naturalmente qui la legge propone, mi pare, la creazione direttamente di servizi di diabetologia. Allora, la differenza fra centri e servizi è che il centro è aggregato ad una divisione, non ha una sua autonomia amministrativa e può non avere un organico, mentre il servizio questa autonomia ce l'ha, cioè deve essere diretto da un primario o da un aiuto dirigente (non so se ancora esista questa figura) e deve avere un organico proprio in ogni caso.

Io credo che, in definitiva, l'autonomia di questi servizi sia giustificata per la grande rilevanza sociale della malattia; e voglio aggiungere che non potranno esistere servizi sottonumerati, mentre il discorso si pone, caso mai, per i servizi di pediatria. I servizi di diabetologia sicuramente avranno una popolazione di pazienti da assistere sempre elevata, non credo che si possa andare a servizi sottonumerati, come è capitato tante volte in Italia per altre malattie; non credo, cioè, che ci sarà possibilità di fare dei servizi di diabetologia con un numero di pazienti molto basso o comunque non giustificato nella spesa e nella attività.

Quindi, tutto sommato, se dobbiamo andare ad un intervento specifico e privilegiato, la creazione di servizi di diabetologia a livello delle strutture pubbliche credo che sia una cosa ben fatta. Dico questo perchè il servizio di diabetologia non può essere che un servizio aperto; e vengo anche, signor Presidente, al suo discorso sull'ostetricia: ma qui si pone, come al solito, il problema del dipartimento, che noi non abbiamo mai affrontato nelle varie occasioni in cui sarebbe stato possibile farlo. Non voglio tornare sul problema della logica del dipartimento perchè credo che, a questo punto, siamo tutti d'accordo che il dipartimento sia una necessità, in specie se si tratta di un dipartimento che fa capo ad una patologia, come accade per il diabete mellito.

Non si tratta di rifarsi alla ipotesi di dipartimenti solo per la ostetricia, ma si tratta di un discorso estremamente più ampio, come lei sa, signor Presidente, perchè in un servizio di diabetologia è chiaro che intervengono tante specialità: per esempio l'oculistica e quella delle malattie vascolari, che sono fondamentali in un centro antidiabete, così come lo è l'ostetricia, che rappresenta un aspetto estremamente delicato, direi, specialmente per il trattamento della madre prediabetica (quella diabetica già pone un problema clamoroso di per sè e viene solitamente seguita con una certa attenzione). Vorrei sapere quanti medici si preoccupano, per esempio, di sottoporre ad osservazione una donna che abbia avuto fenomeni macrosomici e quindi di vedere se c'è il diabete mellito o in quanto tempo si svilupperà. In realtà queste macrosomie passano per gli ospedali e non vengono nemmeno registrate, mentre poi, come si sa, nell'arco di 12 anni – mi pare che così sia stato calcolato dagli americani – una donna che abbia avuto un feto con una macrosomia avrà un diabete conclamato.

Poichè questi sono tutti aspetti che riguardano la prevenzione e l'osservazione, ritengo che per una patologia di questo tipo dovrebbero esistere a livello di ogni regione osservatori epidemiologici. Desidero poi evidenziare che anche questa ulteriore occasione che ci viene offerta ci deve far riflettere sulla necessità delle organizzazioni interdisciplinari che non possono che essere di tipo dipartimentale. A mio avviso il discorso andrebbe approfondito, perchè, come lei ben sa, signor Presidente, se affrontiamo i vari problemi, dell'ostetricia, dell'oculistica o altro, finiremo col creare in Italia una serie di centri, oculistici, ostetrici, vascolari, o che so io, per diabetici, mentre a me sembra che la creazione di un servizio di tipo dipartimentale aperto a livello degli ospedali e delle strutture pubbliche, e quindi anche a livello degli istituti universitari, costituisca la soluzione più pertinente e in definitiva più funzionale ed economica del problema.

Un discorso a parte vorrei invece fare per la pediatria. Come lei, Presidente, ha giustamente sottolineato, non esiste attualmente una specializzazione in pediatria diabetologica; semmai ci sono invece pediatri – per lo più si tratta di pediatri universitari che hanno creato centri per lo studio della patologia metabolica

del bambino – che si interessano di tali alterazioni. Per quanto concerne la pediatria, dunque, desidero sottoporre all'attenzione dei colleghi una mia proposta. Vorrei infatti suggerire la possibilità di aggregare il settore di diabetologia anche al servizio materno-infantile per il quale esiste un progetto-obiettivo. Mi sembra che sia quella la sede più idonea, anche perchè la patologia del diabete infantile si discosta da quella dell'adulto. Io ritengo dunque che tale aspetto debba essere incorporato nel progetto materno-infantile e sono altresì convinto che la stessa cosa si dovrebbe fare per quanto concerne la psichiatria. Mi sembra infatti che il neuropsichiatra infantile si inserisca meglio nell'*équipe* pediatrica che non in quella del dipartimento di salute mentale. Sostengo tale teoria perchè, a mio avviso, l'evoluzione e l'accrescimento del bambino affetto da diabete vanno attentamente studiati e perchè particolare cura va anche rivolta allo sviluppo psichico del bambino in rapporto ad una patologia che può portarlo, se non attentamente valutata e curata, ad essere emarginato rispetto ai coetanei anche nell'ambito della scuola. Non va inoltre dimenticato che spesso il diabete del bambino è caratterizzato da dietosi o da possibilità di acetosi che l'adulto non ha, per cui accade che il bambino sia costretto a finire in ospedale più dell'adulto.

Qualche parola vorrei ora spendere, signor Presidente, sulle attività sportive che, a mio parere, vanno incoraggiate in quanto fanno parte della terapia del diabete mellito. Il soggetto affetto da diabete mellito ha infatti necessità di svolgere una attività sportiva controllata sia per combattere l'obesità sia perchè tali attività gli offrono l'occasione di equilibrare con un maggiore consumo l'eventuale tasso glicemico elevato. Pleonastica trovo invece la dizione prevista dall'articolo 8 in cui è detto che «La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado». Non è mai avvenuto, infatti, che a un bambino sia stata rifiutata l'iscrizione alla scuola perchè affetto da malattia diabetica. Del resto anche per quanto concerne gli adulti non ho mai sentito che pazienti affetti da diabete mellito siano stati esclusi dalla Pubblica amministrazione. Non si è mai dato un peso rilevante a questa malattia, a meno che al diabete non si accompagnino particolari complicanze invalidanti. Chi soffre di una retinopatia diabetica avanzata, certo, viene escluso dal pubblico impiego, ma questo perchè non ci vede, non perchè ha il diabete.

BELLAFIORE Salvatore. In quel caso si tratta di un invalido.

ALBERTI. Infatti è così. Chi ha una retinopatia diabetica, chi è cieco, viene escluso dal pubblico impiego per le complicanze e non per la malattia primitiva; e altrettanto avviene per i soggetti affetti da arteriopatia diabetica periferica che hanno disturbi nella deambulazione.

Sempre restando nell'ambito della normativa prevista dall'articolo 8, vorrei aggiungere che il problema della medicina legale viene fuori solo nel momento in cui c'è una certificazione del diabetologo per una attività agonistica che potrebbe produrre danni, mentre, come ho già detto, un'attività non agonistica fa parte della terapia del diabete.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Il certificato di idoneità sportiva, di cui al comma 2, è previsto solo per l'attività agonistica. Mi sembra però che una certa cautela sia consigliabile anche per la normale attività sportiva.

ALBERTI. Il medico diabetologo dovrebbe conoscere i limiti del suo paziente sotto il profilo dell'attività sportiva. Rilevo poi che, sempre al comma 2 dell'articolo, manca la specificazione tra attività agonistica dell'adulto e quella del bambino. Ci si limita invece a stabilire che il certificato di idoneità fisica deve essere rilasciato a seguito della presentazione di una certificazione del medico diabetologo curante. Ritengo che questo comporti dei problemi per il medico sportivo che si troverebbe ad assumersi delle responsabilità qualora il paziente subisse dei danni a seguito dell'attività sportiva.

Vorrei ora soffermarmi su un altro punto. Lei meglio di me, Presidente, sa che per

moltissimi diabetici basta la sola terapia dietetica, che ve ne sono altri che possono fare l'insulina, normale o ritardata, e che infine solo per alcuni diabetici c'è la necessità di adoperare microinfusori. Con questo disegno di legge riconosciamo il microinfusore ai diabetici mentre non lo abbiamo riconosciuto, se non per legge regionale, ai bambini talassemici. In sede di esame del disegno di legge intorno a questa categoria, si disse che sarebbe costato troppo.

La mia preoccupazione è che anche i malati che non avranno bisogno della famosa «pompetta» finiranno per usufruirne; tutti cercheranno di averla, salvo poi non utilizzarla.

Nel caso di talassemici addirittura occorre rivolgersi allo psicologo, affinchè egli tenga lunghi colloqui con i bambini e con i genitori, prima di consentire l'uso del microinfusore. Ho paura – ripeto – che da parte dei malati diabetici si possa abusare di questo strumento: a mio avviso, occorrerebbe selezionare i casi nei quali vi sia una reale necessità. So bene che i colleghi medici prescriveranno l'uso del microinfusore soltanto quando ve ne sarà effettivamente bisogno, ma le case produttrici interverranno con una propaganda molto incisiva, per far sì che tutti i diabetici abbiano la loro bella «macchinetta»; e gli stanziamenti risulteranno insufficienti.

Orbene, ci stiamo occupando di questo provvedimento in seconda lettura; una crisi politica è alle porte e non abbiamo la possibilità di intervenire con modificazioni. Come diceva il Presidente, tuttavia, è bene lasciare una traccia dei nostri giudizi che potrà rivelarsi utile ove si vogliano rivedere successivamente alcuni aspetti fondamentali.

Vorrei ancora richiamare alla memoria di questa Commissione la necessità e l'urgenza di istituire i dipartimenti. Inoltre occorre valutare se anche per altre malattie sociali, già riconosciute tali, sia possibile prevedere un trattamento analogo a quello destinato ai diabetici.

BELLAFIORE Salvatore. Molte sono oggi le malattie di alto interesse sociale: oltre al diabete mellito, di cui ci stiamo interessando, c'è la talassemia, vi sono le malattie cardiache, per non parlare dell'AIDS.

Io sono sostanzialmente d'accordo sul testo che siamo esaminando; aggiungo qualche nota da parte mia, quale supporto a quanto già detto dai colleghi; nota che mi auguro possa essere utile ai fini di un eventuale ripensamento della materia in futuro.

Il diabete è una malattia che, a seguito di varie ricerche ed apporti, è affrontata oggi da una felice sintesi curativa: in questo campo andiamo a vele spiegate. Va rilevato tuttavia che non si è giunti ad una situazione di normalità (quanto ad informazione e ad interventi) in tutta Italia e nei diversi dipartimenti regionali.

A questo proposito vorrei rilevare che non sarà possibile allocare i centri diabetologici in ogni ospedale, in ogni provincia: per parte mia preferirei che fossero creati centri che si appoggino ad ospedali con un più ampio bacino di utenza, in particolare in zone dove è molto elevata la diffusione del diabete. Per esempio, a Marsala, è stato creato un centro diabetologico di alto livello, l'unico servizio nella provincia. È evidente infatti che non possono istituirsi centri in tutti i comuni. Inoltre, sembra incongruente, ad esempio, realizzare un centro per talassemici a Milano, mentre ne restano prive le zone più colpite da quel morbo, quelle cioè che si affacciano sul Mediterraneo. Allora, in definitiva, la diffusione dei servizi deve essere il più adeguatamente possibile basata sulle caratteristiche dei territori e delle fasce di utenza.

Devo inoltre sottolineare come la tessera personale, prevista dal primo comma dell'articolo 4, sia uno strumento molto valido. A me è capitato di soccorrere un soggetto in stato di coma, lungo la strada, e di non trovare nei suoi indumenti alcun documento che indicasse la sua malattia. Solo dopo averlo trasportato in ospedale ho potuto sapere che si trattava di un coma diabetico. In quel caso il soggetto fu salvato dal mio aiuto, ma potevo anche pensare che si trattasse di un infarto o di un *ictus*. Dunque ritengo opportuna la tessera personale per i soggetti diabetici, che possono sempre trovarsi in stato di difficoltà psicofisica.

Condivido anche io l'opinione secondo la quale i pediatri diabetologici, di cui alla lettera *b*) dell'articolo 5, debbano essere pediatri in

possesso del diploma di specializzazione in diabetologia.

Infine devo dire che anche in una situazione economica così difficile la somma stanziata con il disegno di legge deve considerarsi insufficiente e deve essere aumentata.

Comunque sono d'accordo sul complesso del provvedimento, che va approvato senza ulteriormente dilungare il suo *iter*.

Questo ed altri provvedimenti intorno alle malattie «sociali» ci consentono di vivere meglio, perchè meno preoccupati di quello che può accadere dall'oggi al domani. Infatti da tali malattie nasce l'ansia ed i soggetti che ne sono affetti diventano anche malati psichici.

MURATORE. Signor Presidente, spenderò poche parole, innanzi tutto per ringraziarla della sua relazione molto chiara e per le indicazioni che vengono da un professionista, quale è lei, di chiara fama.

Mi corre l'obbligo di fare una considerazione, prima di dare il mio parere su questo provvedimento, e cioè: nel 1987 siamo costretti ad approvare un disegno di legge per salvaguardare una categoria di cittadini affetti da una malattia di questo tipo; un paese come il nostro, che raggiunge il quinto posto a livello industriale nel mondo, che ha una sua lunga storia di civiltà, deve ricorrere a un disegno di legge specifico per affrontare problemi di questa natura che invece dovrebbero essere inseriti nella normale organizzazione della sanità, per cui si fa apparire, rispetto alla opinione pubblica, questo provvedimento come uno strumento di chissà quale portata sul piano politico, mentre è qualcosa che dovrebbe suonare anche a nostro disdoro.

Mi sento di dire questo anche perchè il discorso si allarga alle altre malattie, quali le cardiopatie e le nefropatie; in sostanza, siamo costretti addirittura a predisporre provvedimenti di natura specifica su singole malattie particolari, per avere una struttura particolare nel nostro Paese, per dare quindi assistenza.

A proposito richiamo la stessa legge sui trapianti. Leggevo giorni fa che nel Belgio è stata predisposta una legge che consente in maniera generalizzata l'espianto dell'organo, tranne a chi, in maniera esplicita, abbia dichiarato di non volere che il suo corpo venga manomesso. Nel nostro Paese e anche in questa Commissione abbiamo discusso, invece, su un provvedimento di questa natura con riferimenti ancora all'800, da parte di alcune forze. Io non gioisco di fronte a provvedimenti di questo tipo: semmai sono portato ancora di più a riflettere su questa nostra condizione, oserei dire, di inciviltà rispetto al mondo intero per questa carenza organizzativa della sanità del nostro Paese.

E allora, portiamo avanti il Piano sanitario nazionale, signor Presidente. Io capisco che adesso siamo in un momento di crisi, però mettiamoci d'accordo, perchè non è buono questo modo di tirare avanti «alla carlona», alla giornata, in un settore che interessa tutti, che interessa tutto il popolo italiano, interessa tutti i partiti e per il quale non c'è colore politico, non c'è distinzione alcuna. Dobbiamo uscire dalla ipocrisia del linguaggio quando si affrontano argomenti di questa natura: noi siamo una Commissione che ha una responsabilità non indifferente. Non è il clima politico che mi induce a dire questo (e mi dispiace che da alcuni colleghi, per forza di cose, le mie parole vengano considerate da questo punto di vista). Lo dico perchè vedo che ancora oggi noi dobbiamo ricorrere, per dare assistenza a un tipo di ammalato, a questo tipo di provvedimenti specifici e singoli, mentre certe misure dovrebbero appartenere a quelle già acquisite nella organizzazione e nella struttura della sanità.

Ciò nonostante, io non posso che essere d'accordo col provvedimento, sia pure con qualche perplessità. Non capisco, per esempio, che cosa significhi (mi riferisco al comma 3 dell'articolo 8) che con decreto il Ministro può aggiungere altre forme morbose, e via dicendo. Questo a mio parere significa che esiste ancora una legislazione così carente per cui altre malattie possono essere aggiunte, anche di soppiatto; è il segno di un sistema ancora più vecchio e più arcaico di quanto si potesse pensare.

Io, signor Presidente, mi auguro che la legislatura arrivi alla conclusione, non tanto per interessi di carattere politico o di carattere personale, ma perchè la Commissione possa riprendere i suoi lavori e affrontare il proble-

ma della riforma delle Unità sanitarie locali, che io ritengo ancora essere uno degli argomenti più importanti da affrontare per incominciare a dare un assetto nuovo e diverso alla sanità del nostro Paese.

Sono passati quasi due anni da quel giorno in cui questo impegno prendemmo e anche questo al nostro esame sarebbe stato forse un argomento da non portare avanti in questi termini, oggi, nella nostra Commissione.

Parimenti credo che il problema del Piano sanitario nazionale sia diventato indifferibile; tant'è che ogni tanto leggiamo delle *boutades* giornalistiche del Ministro o di qualche esponente politico, che dice qual è per lui il modo di affrontare i problemi, che affronterà un dato problema in un certo modo, un altro problema in un altro modo: noi vogliamo che vi siano provvedimenti coerenti con queste impostazioni, meno chiacchiere, più fatti, e che si metta il Parlamento nelle condizioni di discutere su precisi provvedimenti. Questo è il modo di legiferare, questo è il modo di affrontare argomenti di questa natura.

Comunque, signor Presidente, il mio voto non potrà che essere favorevole, pur con tutte queste considerazioni, con tutte queste lamentazioni che ho fatto.

MELOTTO. Signor Presidente, innanzi tutto la ringrazio della sua ampia relazione e delle puntuali perplessità che ha manifestato, alcune delle quali sono stringenti. Non so se certe cose possano solo rimanere agli atti, oppure se in qualche modo ci sia spazio anche per una correzione del testo, ma credo comunque che una interpretazione meriti indubbiamente di essere sottolineata.

Comincio anch'io col manifestare qualche perplessità. La legge n. 595 del 1985 rappresenta uno sforzo, unico direi in questa legislatura e indubbiamente aveva dato una cornice entro la quale si era finalmente tentato di chiamare le cose col loro nome, dando anche un valore propedeutico a tutta l'azione che si andava via via sviluppando. Essa prevedeva il Piano sanitario nazionale, ma il Piano non è arrivato. Io, collega Muratore, condivido pienamente quello che lei ha detto (indipendentemente dal momento politico che ognuno di noi sta vivendo) perchè questa legislazione «emerge» solo in carenza di quello strumento che non esiste, sul quale indubbiamente ogni Ministro si inventa una metodologia diversa, spesso contrastante se non opposta, per cui si torna daccapo e quindi, dal 1979 in qua, varie edizioni sono andate all'esame e al parere dei vari consessi senza mai trovare iscrizione all'ordine del giorno di questo Parlamento; il che, credo, sia un grosso guaio.

Quello che però mi rende estremamente perplesso, una volta denunciata la carenza, è che qui vien meno – piaccia o no – il disegno globale.

Mancano infatti il piano organico, i «progetti obiettivo» e le «azioni programmate»; manca cioè il nuovo che la legge n. 833 intuitivamente prevedeva e lasciava al Piano indicare. In conseguenza di ciò si va avanti continuamente per spezzoni e pertanto, per forza di cose, anche qui la legislazione di settore risulterà alla fine contraddittoria e priva di una sua visione organica. Che la globalità del disegno stia venendo meno lo si può inoltre desumere dai testi legislativi, continuamente prodotti ed elaborati, nei quali si afferma che le USL non sono capaci di reggere la globalità dell'impianto e che è dunque necessario scorporare gli ospedali, l'igiene pubblica, la prevenzione e così via. In questo modo arriveremo ancora alla pluralità dei settori, alla pluralità istituzionale e delle competenze e, in conclusione, si riprodurranno le azioni disarmoniche che abbiamo verificato in passato.

Lasciatemi ora sottolineare la terza ed ultima contraddizione che caratterizza il provvedimento in esame. Con sforzo enorme, era uno dei punti programmatici di questo Governo, abbiamo delegificato il Piano, mentre adesso andiamo a legiferare per settori. Delegifichiamo il Piano dunque e legifichiamo i settori. Credo che questa palese contraddizione, da sola, ci farebbe venia di ulteriori perplessità; ho voluto invece elencarle solo perchè, come dice il Presidente, esse rimangano agli atti.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Non solo per questo; nei limiti dell'accettabilità e della non contraddizione col testo, la Commissione può suggerire al Governo atti di

indirizzo e di coordinamento. Credo che ci sia spazio in questa direzione.

MELOTTO. Detto questo, entro ora nel merito del disegno di legge ed evidenzio subito che alcune delle interpretazioni qui fornite non mi hanno convinto. Tenterò dunque di aggiungere anche la mia che metterò a confronto con le altre affinchè si possa trarre una interpretazione sintetica e, se possibile, univoca. Io credo che il provvedimento derivi dalla positiva esperienza compiuta dal volontariato e dall'associazionismo, da tutta quella gamma enorme di gente, cioè, famiglie, genitori e individui, che partecipano a questi problemi. Ritengo inoltre che in ambito regionale si siano prodotte esperienze di alto livello anche se, come evidenziava il Presidente, tali esperienze non sono molto numerose. Rilevo poi come l'intera filosofia del provvedimento sia stata tratta proprio da quelle esperienze e come si tenda ad uniformarle e ad omogeneizzarle per l'intero territorio nazionale. La parte riguardante il diabete pediatrico, ad esempio (lo specificherò fra un attimo quando affronterò tale argomento), sembra proprio scritta da una clinica di mia vicinissima e stretta conoscenza. Appare chiaro quindi che si cerca via via di estendere a tutti questa esperienza. Mi sembra allora che questo sia un punto dove occorre fare chiarezza perchè altrimenti cadiamo nell'equivoco, in cui tutte le interpretazioni sono possibili. Io credo di poter dire che il provvedimento in discussione di fatto toglie il diabete dall'ambito della medicina scolastica, stabilendo una normativa *ad hoc* per esso. Il disegno di legge in titolo è dunque molto dettagliato e per di più rimanda ad ulteriori atti di indirizzo. L'articolo 5, infatti, elenca ad esempio tre tipi di servizi. Il primo di essi è un servizio specialistico dimensionato non solo alla funzione di prevenzione ma anche, in un certo senso almeno, alla funzione di studio, ricerca, educazione sanitaria e impostazione. Il secondo servizio è invece indicato al punto *b*) in cui si parla dei servizi di diabetologia pediatrica. Al riguardo voglio ricordare la clinica pediatrica di Verona, diretta dal professor Gaburro, in cui da dieci anni esiste questo servizio e dove è giustificato il progetto-obiettivo e non solo l'azione programmata. Rilevo altresì che a Misurina abbiamo delle apposite convenzioni per questo; si tiene ogni inverno il campo scuola di sci per i giovani diabetici. È infatti stato scoperto che, a quella altitudine, lo sport sciistico concorre molto a ristabilire il necessario equilibrio. È questo il motivo per cui dal punto *b*), che prima citavo, la direzione di tali servizi è affidata a pediatri diabetologi e non al servizio comune di diabetologia. Le famiglie per prime e poi le cliniche o altri tendono del resto a favorire questa distinzione sostenendo che il bambino non è convogliabile nel centro antidiabetico in quanto ha bisogno di attenzioni e di particolari attività di ordine sanitario, sportivo e altro ancora, che all'adulto invece non occorrono. Al punto *c*) dell'articolo 5 è poi prevista l'istituzione di servizi di diabetologia a livello ospedaliero. Naturalmente, almeno a mio avviso, l'espressione è generica e non intende riferirsi ad ogni singolo stabilimento ospedaliero, bensì prevedere per ogni USL il servizio di diabetologia che, per come è strutturato, viene ad assorbire il centro antidiabetico. Non si può infatti avere contemporaneamente il servizio da una parte ed il centro dall'altra, perchè alla fine non capiremmo più nulla. Il servizio, anche nella legislazione esistente, ecco dove mi distinguo dal senatore Alberti, può essere sia aggregato che autonomo. Nel primo caso può disporre di personale proprio oppure di personale inviato dalla divisione; l'organizzazione, l'alternanza e la turnazione del personale poi dipendono sempre dalla divisione. Il servizio autonomo è invece codificato ed ha un preciso responsabile.

ALBERTI. Vorrei sottoporre due questioni al senatore Melotto per vedere se siamo d'accordo. In primo luogo mi sembra che il servizio di diabetologia pediatrica debba uscire dalla medicina scolastica.

MELOTTO. Certamente.

ALBERTI. Benissimo. Mi sembra infatti che i servizi di medicina scolastica stiano per essere eliminati; inoltre i pediatri hanno sempre sostenuto la necessità di realizzare ambulatori adibiti all'evoluzione psicofisica del bambino, non legati alla medicina scolastica che alla

fine risulta come un doppione della medicina pediatrica.

Il secondo aspetto riguarda i servizi. L'ordinamento italiano realizzato dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132, prevede divisioni, sezioni e servizi. Il servizio si distingue per prassi dal centro, ed il senatore Melotto ha ragione quando sostiene che un servizio può essere aggregato ad una divisione e pertanto non sempre è autonomo. Il servizio tuttavia pretende una sua autonomia di organico anche se il primario può essere quello stesso della medicina generale o della pediatria. Il centro, invece, nel maggior numero dei casi, nasce con lo stesso organico della divisione.

MELOTTO. Mi pare che siamo d'accordo.

ALBERTI. Inoltre non c'è nessun dubbio che con questo disegno di legge i centri spariranno, anche se potranno esistere a livello di volontariato. I centri dei Cavalieri di Malta – vengo incontro alle preoccupazioni del Presidente – potranno infatti mantenere una propria organizzazione che non ha niente a che vedere con la struttura pubblica.

MELOTTO. Mi sembra di poter concordare con il senatore Alberti in questo senso: il servizio autonomo è una struttura propria con un proprio responsabile, mentre l'organico del servizio aggregato prevede dei posti anche se i turni possono riguardare e coinvolgere tutto il personale della divisione.

Inoltre sono anch'io convinto che la struttura pubblica, tramite questa legge, assorbirà entro un certo numero di anni tutti i centri esistenti adibiti alla medicina scolastica che saranno diventati di fatto dei servizi aggregati, pur rimanendo giuridicamente dei centri.

In questa sede stiamo discutendo di un servizio che entra a vele spiegate nella organizzazione della sanità e che ovviamente incorpora tutto l'esistente: rimarranno fuori le Università, i centri dei Cavalieri di Malta o di altre associazioni, che rappresentano un momento di volontariato e non certamente una attività pubblica.

Non avrei problemi per quel che riguarda l'Università che infatti si inserisce nel Servizio sanitario unicamente attraverso la convenzione: i piani regionali infatti recepiscono la convenzione con le Università, o meglio possono recepirla o respingerla, ma non hanno il potere di modificarla.

Credo che l'articolo 8 necessiti di qualche spiegazione. Così come formulato, pur destando qualche perplessità, ha una notevole valenza in quanto abbassa il livello della normalità. L'ultima parte del primo comma recita infatti testualmente: «Salvo i casi per i quali si richiedono specifici, particolari requisiti attitudinali». È chiaro pertanto che, anche se per certe attività saranno previsti particolari requisiti, tuttavia la norma limita il valore del certificato di idonea e robusta costituzione.

Visto il parere della 7ª Commissione sarei favorevole alla abolizione del certificato di sana e robusta costituzione che allo stato attuale non è mai richiesto per l'iscrizione alla scuola, in quanto altrimenti apriremmo una porticina su una strada che non si sa dove ci potrà portare. Ripeto che la legislazione vigente non prevede alcun certificato per l'ammissione alla scuola e pertanto la norma dell'articolo 8, oltre a porre dei grossi problemi, ci fa forse andare indietro, piuttosto che avanti.

Per lo svolgimento dell'attività sportiva, agonistica o meno, è inoltre necessario che un medico assuma la responsabilità della autorizzazione.

Per quel che riguarda l'articolo 9 vorrei sottolineare la positività del richiamo al volontariato, che in fondo rappresenta il supporto di tutta la legge, in quanto ormai il grado di partecipazione dei cittadini alla propria prevenzione ed al proprio inserimento è molto rilevante, cosa senz'altro molto positiva.

Concludendo ritengo che il provvedimento al nostro esame sia una risposta a precise istanze innovative sulla medicina del nostro paese. Purtroppo, non attuando il Piano, gestiamo soprattutto la cura più che la prevenzione, la riabilitazione, l'integrazione tra sociale e sanitario. Indubbiamente, nel permanere di tale quadro, la cura continuerà ad assorbire non solo la maggior parte delle risorse, ma anche l'interesse ed il tempo degli amministratori, degli operatori e così via.

Signor Presidente, sono anch'io convinto che, a seguito dell'approvazione di questo provvedimento, ciascuno di noi si sentirà

abilitato a produrne altri; infatti, non riuscendo a risolvere il problema nella sua globalità, saremo costretti a ripetuti interventi settoriali. Avendo delegificato la globalità ed intervenendo invece in maniera specifica per i vari settori, percorreremo la via più rapida e saremo in grado di offrire risposte più concrete.

Ritornando all'articolo 8, che introduce un certificato scolastico nuovo, ripeto che ciò potrebbe costituire un pericoloso precedente. Ritengo pertanto necessario, come richiesto anche dalla Commissione pubblica istruzione nel suo parere, sopprimere il riferimento a tale certificato.

In conclusione, pur esprimendo il timore che l'approvazione del provvedimento in esame possa aprire la strada ad altri interventi settoriali, preannuncio il voto favorevole del mio Gruppo.

IMBRÌACO. Desidero innanzi tutto dare atto al presidente Bompiani di aver dimostrato un grande senso di correttezza e di puntualità nell'esercizio delle sue funzioni mettendo in «zona Cesarini», come si dice in gergo calcistico, questo provvedimento all'ordine del giorno, nonostante le numerose perplessità che esso suscita e che sono state espresse anche dai colleghi che mi hanno preceduto. Come esponente di un Gruppo che ha tentato sempre di offrire la sua collaborazione ai lavori di questa Commissione nel corso di questi quattro anni, dichiaro, quindi, esplicitamente il nostro consenso per la condotta sempre estremamente puntuale e rispettosa dei diritti dei singoli senatori e delle forze politiche cui questi fanno riferimento, tenuta dal Presidente.

Dico subito che la mia parte politica è convinta che il disegno di legge debba essere approvato, nonostante le perplessità che suscita per essere, in quanto intervento settoriale, una smagliatura nel quadro della regolamentazione globale e della pianificazione che dovrà essere predisposta nel Piano sanitario nazionale. La società, infatti, non può attendere i tempi lunghi del Governo, che certo contribuiscono ad aggravare i problemi. Il problema della frantumazione legislativa, della corporativizzazione e delle pressioni settoriali, cui saremo esposti nei prossimi mesi riguardo a numerosi problemi che il Piano dovrebbe risolvere, è senz'altro reale, ma non deve comunque costituire un freno alla nostra attività legislativa. Desidero ricordare che nello scorso mese di maggio il Capo dello Stato, in occasione della giornata mondiale per il diabete, attirò l'attenzione del paese sulla urgenza di dare una risposta al grave problema del diabete e che anche l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato il suo impegno per fronteggiare la malattia diabetica che, a livello mondiale, è al terzo posto fra le cause di morte.

Quindi, pur convenendo sul fatto che prevedibilmente vi saranno pressioni per altri interventi settoriali, ribadisco il convincimento che di fronte ad un problema così urgente sia necessario intervenire, anche se in modo settoriale. Non è pensabile, a causa dei ritardi del Governo e della sua incapacità ad offrire una piattaforma organica di soluzioni per le singole questioni, rinviare la soluzione di problemi che richiedono interventi urgenti. Data la situazione attuale è purtroppo necessario intervenire in modo parcellare e settoriale e cercare di dare una risposta, anche se parziale, ad una esigenza reale.

Mi preme però sottolineare, sembrandomi che l'intenzione di tutti sia quella di offrire ai momenti di indirizzo e di coordinamento elementi per la correzione delle eventuali manchevolezze del provvedimento, la questione – richiamata anche dal Presidente – relativa alle diverse istituzioni che storicamente si sono occupate del problema. Fra i vari interventi che hanno significato qualcosa nella storia della tutela della salute sul versante della diabetologia possono essere ricordati quelli di Enti morali, Università, associazioni di volontariato, eccetera. Ma, accanto a questi interventi, che sono stati motivati da interessi di ordine morale e culturale e che hanno acquisito meriti notevoli, debbono anche essere ricordati interventi tesi non tanto alla prevenzione e alla qualità dell'intervento di cura quanto al perseguimento di intenti speculativi ed affaristici. Esiste ormai una consolidata rete di centri che, nascondendosi dietro la etichetta di centri per l'assistenza e la cura del diabetico, in effetti operano secondo un'ottica,

già seguita in altri settori, puramente speculativa, che è stata oggetto già nei mesi passati di una lunga discussione in questa sede.

Desidero poi osservare che il disegno di legge in esame costituisce una normativa-quadro per le regioni. È perciò in quella sede che potremo recuperare, senza attardarci ulteriormente ora, le eventuali manchevolezze che si dovessero registrare. Ed è sempre in quella sede che dovranno essere verificati i raccordi fra le istituzioni e gli interventi nel settore ai diversi livelli. La normativa portata dal presente provvedimento eviterà anche che, in assenza del Piano sanitario nazionale, le regioni si muovano in ordine sparso dando così luogo ad ulteriori distorsioni, squilibri e scompensi, rispetto ai quali ritengo che sarebbe anche opportuna una segnalazione in un ordine del giorno.

Per quanto riguarda le contraddizioni rilevate in ordine all'articolo 8 devo dire che certo lascia perplessi l'introduzione del riferimento ad un certificato scolastico, che appare tanto più inopportuno se si considera la battaglia portata avanti in questi anni per aprire la scuola alle grandi emarginazioni e per far sì che l'*handicap* trovi diritto certo di asilo all'interno di tutti gli spazi della vita comunitaria. Comunque, senatore Melotto, io non leggerei questo articolo dall'angolazione nella quale si è mossa la Commissione pubblica istruzione. Non siamo di fronte a una norma che impone o innova rispetto alla legislazione esistente. Siamo di fronte ad una norma che dispone in negativo. La malattia diabetica non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica; non si introduce un obbligo, non si dice «per iscriversi a scuola occorre il certificato di sana e robusta costituzione».

Nell'altro ramo del Parlamento si è discusso a lungo su questo aspetto, ma si tratta di una iniziativa politica e parlamentare. Presso la Camera si è rilevato anche come tutte le certificazioni sanitarie attualmente previste siano materia da rivedere nel complesso. Lo stesso certificato di sana e robusta costituzione fisica, che risale a tempi molto lontani nella vita del paese, va riconsiderato.

Siamo in presenza di una nuova concezione dello «stato di salute» dell'individuo che ha fatto venire meno molti convincimenti che nel passato hanno ridotto una parte dei cittadini ai margini della società. Solo una serie di battaglie ha potuto restituire costoro al centro della vita associata.

Con l'approvazione del provvedimento al nostro esame si può chiudere una parte di questa esperienza, con l'impegno di ciascuno di noi a fare di questa materia un argomento di iniziativa legislativa e parlamentare. Non si può procedere ulteriormente con due pesi e due misure facendo grandi battaglie politiche senza correggere norme stantie che di fatto devono essere superate. Starei attento a bloccare allora l'*iter* di questo provvedimento, poichè a partire dalle ore 16 di oggi non vi sarà più spazio per ulteriori lavori; non vanificherei lo sforzo del senatore Bompiani il quale ha inteso sfruttare le ultime ore di questa fase politica per far sì che non fosse interrotto, sia pure con motivazioni fondate, l'*iter* di approvazione di un disegno di legge nei confronti del quale c'è molta attesa e sul quale la stampa ha già avuto modo di intervenire.

Considero questa una legge-quadro per le Regioni; nelle leggi regionali potranno essere colmate le lacune evidenziate dalle obiezioni più serie qui espresse e sulle quali concordo. Ad esempio ritengo che proprio non abbia senso parlare di «certificato di idoneità». Interpreto questa formula nel senso che una serie di norme rafforzano il principio secondo il quale la malattia diabetica non è motivo invalidante, soprattutto nel mondo del lavoro.

Il senatore Alberti diceva di non credere che vi siano discriminazioni nel mondo del lavoro. Ebbene, l'ultimo caso è quello di un manovale delle ferrovie dello Stato che è stato addirittura licenziato.

ALBERTI. Forse è stato licenziato perchè la sua condizione non gli consentiva di lavorare.

IMBRÌACO. Si capisce che nel caso di un soggetto diabetico affetto da retinopatia che lo porta alla cecità non insorge alcun problema. Comunque occorre dare risposta all'attesa di una categoria composta da circa 3 milioni di persone, razionalizzando gli interventi, valorizzando le norme esistenti, approfittandone per combattere tutta la speculazione, l'intreccio

tra affarismo e speculazione che, come in molti altri settori, si è creato intorno a questa malattia.

In conclusione, per non vanificare tutti gli sforzi che abbiamo fatto finora, invito il collega, senatore Melotto, a sottolineare in un ordine del giorno il significato che vogliamo conferire alla locuzione «rilascio del certificato di idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole...», di cui al primo comma dell'articolo 8.

Do ora lettura dell'ordine del giorno che presento insieme ad altri colleghi del mio Gruppo e del Gruppo della Sinistra indipendente:

La 12ª Commissione del Senato,

premesso che il diabete insipido, malattia endocrina non a diffusione sociale come il diabete mellito, costituisce pur sempre una forma morbosa grave e drammatica per la qualità della vita dei pazienti che sono costretti per tutta la loro esistenza ad usare farmaci derivati dalla sintesi dell'ormone antidiuretico,

impegna il Governo:

ad inserire tra le prestazioni previste dal decreto del Ministero della sanità 8 febbraio 1982, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 17 febbraio 1982, anche i prodotti farmaceutici per soggetti da diabete insipido.

0/2199/1/12 IMBRÌACO, RANALLI, MERIGGI, LIPPI, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Prima di passare alla replica do lettura dell'ordine del giorno che ho inteso presentare, teso a far sì che siano tenute in debito conto le attività prestate e l'esperienza acquisita da centri per la lotta al diabete attualmente operanti:

La 12ª Commissione del Senato,

rilevando il carattere di normativa-quadro del provvedimento all'esame su una materia settoriale e la necessità del suo inserimento nel più ampio contesto delle attività svolte dal Servizio sanitario nazionale, secondo i criteri da stabilirsi nel Piano sanitario nazionale, di cui si sollecita ulteriormente la presentazione al Parlamento,

invita il Governo:

a predisporre, in sede di emanazione degli atti di indirizzo e coordinamento, con riferimento all'attivazione dei servizi di cui all'articolo 5 del provvedimento, misure che tengano in debito conto le attività prestate e l'esperienza acquisita da centri per la lotta al diabete ed a tale fine operanti, anche con statuti propri riconosciuti, nell'ambito della medicina sociale. Tali centri, a seconda del loro stato giuridico, dovrebbero essere assorbiti nei servizi di cui al citato articolo 5 o essere con questi ultimi convenzionati;

a predisporre, comunque, misure intese a favorire l'inserimento sociale degli affetti da diabete mellito, secondo criteri che, con riferimento all'accesso alle scuole di ogni ordine e grado, siano conformi alla vigente normativa generale in materia di iscrizioni scolastiche che non prevede alcuna certificazione di idoneità fisica, dato il carattere di diritto fondamentale che riveste l'istruzione, fatte salve le regolamentazioni specifiche applicabili a determinate professioni anche nella fase dell'apprendimento e della formazione professionale.

0/2199/2/12 BOMPIANI

Replico ora molto brevemente prima di dare la parola al rappresentante del Governo.

Ringrazio tutti voi per l'impegno che avete profuso per valutare il provvedimento anche in tempi molto brevi, attestando così la vostra sensibilità e competenza nella materia.

Anch'io ritengo che la rapida approvazione del provvedimento possa giustificarsi considerandolo una legge-quadro, che in qualche modo può stimolare il Governo a porre in essere degli atti di indirizzo e coordinamento tesi a disciplinare il settore; iniziativa, questa, che va ricompresa nell'ambito della pianificazione e programmazione nazionale e regionale.

Se procediamo con questo spirito, anche aderendo all'ordine del giorno proposto dal

senatore Imbrìaco, allora saremo anche «giustificati» nei confronti di alcune questioni opinabili (non dico manchevolezze) presenti nel disegno di legge.

Avrei preferito anch'io che il provvedimento si fosse mantenuto nella cornice definita dalla legge n. 595, approvata da tutti noi in modo concorde. Gli accenti del senatore Alberti e del senatore Melotto sono da questo punto di vista ampiamente condivisibili.

Inoltre vorrei precisare che non ho sollevato il problema dei centri già esistenti per affermare la loro autonomia; l'ho fatto soprattutto per evitare che essi fossero relegati in un cantuccio. Ove abbiano bene operato, le Regioni dovrebbero essere tenute ad utilizzare le competenze di questi servizi già esistenti. Certo, il disegno di legge che approviamo porterà inevitabilmente al riassorbimento dei centri preesistenti, ma in questa fase non devono verificarsi discriminazioni.

Circa l'ultima questione, posso anche trovarmi d'accordo nel caso specifico: sta di fatto che, introducendo con una legge nazionale un certo modello di dipartimento per un determinato settore, quello della diabetologia (dopo aver già introdotto quello sulla psichiatria e sulle malattie da disturbo mentale), non vedo come ci potremmo fermare dinanzi ad una indicazione, data con legge nazionale, di tutti i dipartimenti, togliendo quindi spazio anche all'autonomia regionale – entro certi limiti – su questi livelli. È chiaro che anche i cardiopatici, i nefropatici, tutti i grandi capitoli della patologia insomma cercheranno in qualche modo di coprirsi attraverso un dipartimento.

Ben vengano se questo è il nostro desiderio, se riteniamo che l'evoluzione della medicina abbia già portato all'identificazione di queste aree, per cui sia giusto codificarle; però teniamo presenti anche i risvolti del coordinamento con tutte le altre attività (didattiche, di ricerca, eccetera) che devono trovare modalità di accordo.

Dando la parola al Governo voglio sottolineare che l'obiezione fatta dalla Commissione istruzione è certamente forte: anche qui il Governo è più titolato di me ad esprimere qual è l'interpretazione autentica che si vuol dare.

Personalmente ritengo che si tratti – secondo anche il senso indicato dal senatore Imbrìaco – di una sorta di affermazione di principio, nel senso che questa malattia non può diventare oggetto di esclusione qualora vengano approvate norme di certificazione dell'idoneità fisica per la scuola. In questo senso, quindi, si tratterebbe di una affermazione di un diritto civile: nessuno può essere discriminato nei confronti della scuola, soprattutto della istruzione primaria o secondaria e comunque di qualsiasi livello, solo in rapporto ad una condizione di menomazione fisica.

Poichè, per fortuna, siamo in un paese dove questa discriminazione non esiste, pur essendo d'accordo sul principio credo che la norma risulti pleonastica. Tuttavia un chiarimento in questo senso alla Commissione istruzione – senza per questo voler configurare una sovrapposizione di competenze –, circa l'interpretazione autentica da dare alla legge, ci aiuterebbe a superare l'obiezione che è stata mossa.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, la lettura sempre molto attenta e approfondita dei provvedimenti da parte di questa Commissione ha certamente messo a fuoco alcuni interrogativi che pure questo provvedimento lascia. Peraltro la sua relazione estremamente puntuale e anche i vari interventi hanno messo in evidenza come con ogni probabilità, in particolare per quel che riguarda l'articolo 8, fosse indubbiamente necessaria una scrittura più corretta per affermare che questa malattia diabetica quando non presenta complicanze invalidanti non deve essere motivo di non rilascio di certificati di sana e robusta costituzione per l'inserimento nel posto di lavoro o nello sport non agonistico o nella scuola.

Il momento forse non ci consente di procedere a queste correzioni; tuttavia ritengo che dopo aver ascoltato i vari interventi e la relazione si possa certamente tener conto delle considerazioni che qui sono state svolte e che, pertanto, tenendo conto sia della formulazione degli atti di indirizzo e coordinamento demandati al Ministero sia di questo chiarimento che si potrà fornire in relazione al parere della Commissione istruzione, il provvedimento stesso possa procedere nell'ulteriore *iter* e quindi giungere alla sua conclusione.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione.* Penso che, se riteniamo di poter superare questa problematica dell'articolo 8, potremo sospendere la seduta e riprenderla alle ore 16, in maniera da approvare un ordine del giorno che chiarisca gli orientamenti della Commissione e riconfermi che oltre tutto, ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione che impedisce la discriminazione tra gli individui, e ai sensi dei diritti fondamentali dell'uomo che ammettono l'istruzione come un diritto di tutti indipendentemente dalla loro condizione fisica, l'interpretazione che noi diamo è intesa al superamento di una possibile distorta interpretazione della legge.

Poichè non si fanno osservazioni, la seduta è sospesa.

I lavori vengono sospesi alle ore 14 e sono ripresi alle ore 16.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione.* Riprendiamo la discussione dianzi sospesa.

Passiamo all'esame degli ordini del giorno.

Metto ai voti l'ordine del giorno dei senatori Imbrìaco, Ranalli, Meriggi, Lippi, Ongaro Basaglia, Alberti, accolto dal Governo e di cui do nuovamente lettura:

La 12ª Commissione del Senato,

premesso che il diabete insipido, malattia endocrina non a diffusione sociale come il diabete mellito, costituisce pur sempre una forma morbosa grave e drammatica per la qualità della vita dei pazienti che sono costretti per tutta la loro esistenza ad usare farmaci derivanti dalla sintesi dell'ormone antidiuretico,

impegna il Governo

ad inserire tra le prestazioni previste dal decreto del Ministero della sanità 8 febbraio 1982, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 17 febbraio 1982, anche i prodotti farmaceutici per soggetti da diabete insipido.

0/2199/1/12 IMBRÌACO, RANALLI, MERIGGI, LIPPI, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI

È approvato.

Metto ai voti l'ordine del giorno da me presentato, accolto dal Governo e di cui do nuovamente lettura:

La 12ª Commissione del Senato,

rilevando il carattere di normativa-quadro del provvedimento all'esame su una materia settoriale e la necessità del suo inserimento nel più ampio contesto delle attività svolte dal Servizio sanitario nazionale, secondo i criteri da stabilirsi nel Piano sanitario nazionale, di cui si sollecita ulteriormente la presentazione al Parlamento,

invita il Governo

a predisporre, in sede di emanazione degli atti di indirizzo e coordinamento, con riferimento all'attivazione dei servizi di cui all'articolo 5 del provvedimento, misure che tengano in debito conto le attività prestate e l'esperienza acquisita da centri per la lotta al diabete ed a tale fine operanti, anche con statuti riconosciuti, nell'ambito della medicina sociale. Tali centri, a seconda del loro stato giuridico, dovrebbero essere assorbiti nei servizi di cui al citato articolo 5 o essere con questi ultimi convenzionati;

a predisporre, comunque, misure intese a favorire l'inserimento sociale degli affetti da diabete mellito, secondo criteri che, con riferimento all'accesso alle scuole di ogni ordine e grado, siano conformi alla vigente normativa generale in materia di iscrizioni scolastiche che non prevede alcuna certificazione di idoneità fisica, dato il carattere di diritto fondamentale che riveste l'istruzione, fatte salve le regolamentazioni specifiche applicabili a determinate professioni anche nella fase dell'apprendimento e della formazione professionale.

0/2199/2/12 BOMPIANI

È approvato.

Prima di passare alla votazione degli articoli, comunico che sono pervenuti i pareri favorevoli della Commissione bilancio e della Commissione lavoro, nonchè quello favorevole, con talune osservazioni, della Commissione affari costituzionali.

Passiamo all'esame degli articoli. Ne do lettura:

Art. 1.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari e dei limiti finanziari indicati dal fondo sanitario nazionale, progetti-obiettivo, azioni programmate ed altre idonee iniziative dirette a fronteggiare la malattia del diabete mellito, considerata di alto interesse sociale.

2. Gli interventi regionali di cui al comma 1 sono rivolti:

a) alla prevenzione e alla diagnosi precoce della malattia diabetica;

b) al miglioramento delle modalità di cura dei cittadini diabetici;

c) alla prevenzione delle complicanze;

d) ad agevolare l'inserimento dei diabetici nelle attività scolastiche, sportive e lavorative;

e) ad agevolare il reinserimento sociale dei cittadini colpiti da gravi complicanze post-diabetiche;

f) a migliorare l'educazione e la coscienza sociale generale per la profilassi della malattia diabetica;

g) a favorire l'educazione sanitaria del cittadino diabetico e della sua famiglia;

h) a provvedere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale sanitario addetto ai servizi.

È approvato.

Art. 2.

1. Ai fini della prevenzione e della diagnosi prococe della malattia diabetica e delle sue complicanze, i piani sanitari e gli altri strumenti regionali di cui all'articolo 1 indicano alle unità sanitarie locali, tenuto conto di criteri e metodologie stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentito l'Istituto superiore di sanità, gli interventi operativi più idonei per:

a) individuare le fasce di popolazione a rischio diabetico;

b) programmare gli interventi sanitari su tali fasce.

2. Per la realizzazione di tali interventi le unità sanitarie si avvalgono dei servizi di diabetologia in coordinamento con i servizi sanitari distrettuali e con i servizi di medicina scolastica.

3. Il Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità, presenta annualmente al Parlamento una relazione di aggiornamento sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche in tema di diabete mellito e di diabete insipido, con particolare riferimento ai problemi concernenti la prevenzione.

È approvato.

Art. 3.

1. Al fine di migliorare le modalità di diagnosi e cura le regioni, tramite le unità sanitarie locali, provvedono a fornire gratuitamente ai cittadini diabetici, oltre ai presidi diagnostici e terapeutici, di cui al decreto del Ministro della sanità dell'8 febbraio 1982, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 17 febbraio 1982, n. 46, anche altri eventuali presidi sanitari ritenuti idonei, allorquando vi sia una specifica prescrizione e sia garantito il diretto controllo dei servizi di diabetologia.

È approvato.

Art. 4.

Ogni cittadino affetto da diabete mellito deve essere fornito di tessera personale che attesta l'esistenza della malattia diabetica. Il modello di tale tessera deve corrispondere alle indicazioni che saranno stabilite dal Ministro della sanità entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. I cittadini muniti della tessera personale di cui al comma 1 hanno diritto, su prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 3.

È approvato.

Art. 5.

1. Con riferimento agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, le regioni predispongono interventi per:

a) l'istituzione di servizi specialistici diabetologici, secondo parametri che tengano conto della densità della popolazione, delle caratteristiche geomorfolofiche e socio-economiche delle zone di utenza e dell'incidenza della malattia diabetica nell'ambito regionale;

b) l'istituzione di servizi di diabetologia pediatrica in numero pari ad uno per ogni regione, salvo condizioni di maggiore necessità per le regioni a più alta popolazione. La direzione di tali servizi è affidata a pediatri diabetologi;

c) l'istituzione di servizi di diabetologia a livello ospedaliero nell'ambito di un sistema dipartimentale interdisciplinare e polispecialistico.

2. Criteri di uniformità validi per tutto il territorio nazionale relativamente a strutture e parametri organizzativi dei servizi diabetologici, metodi di indagine clinica, criteri di diagnosi e terapia, anche in armonia con i suggerimenti dell'Organizzazione mondiale della sanità, sono stabiliti ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

3. I servizi di diabetologia svolgono in particolare i seguenti compiti:

a) prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito;

b) prevenzione delle sue complicanze;

c) terapia in situazioni di particolare necessità clinica;

d) consulenza diabetologica con il medico di base e le altre strutture ove siano assistiti cittadini diabetici;

e) consulenza con divisioni e servizi ospedalieri in occasione dei ricoveri di cittadini diabetici;

f) addestramento, istruzione, educazione del cittadino diabetico;

g) collaborazione con le unità sanitarie locali per tutti i problemi di politica sanitaria riguardanti il diabete.

È approvato.

Art. 6.

1. Con riferimento agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, nell'ambito della loro programmazione sanitaria, le regioni predispongono interventi per la opportuna preparazione del personale operante nelle unità sanitarie locali sul tema del diabete mellito, anche mediante la istituzione di corsi periodici di formazione ed aggiornamento professionale, utilizzando a tal fine i servizi diabetologici di cui all'articolo 5.

È approvato.

Art. 7.

1. Nell'ambito della loro programmazione sanitaria le regioni promuovono iniziative di educazione sanitaria, rivolte ai soggetti diabetici e finalizzate al raggiungimento della autogestione della malattia attraverso la loro collaborazione con i servizi socio-sanitari territoriali.

2. Le regioni promuovono altresì iniziative di educazione sanitaria sul tema della malattia diabetica rivolte alla globalità della popolazione, utilizzando tra l'altro le strutture scolastiche, sportive e socio-sanitarie territoriali.

È approvato.

Art. 8.

1. La malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per la iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti attitudinali.

2. Il certificato di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive agonistiche viene rilasciato previa presentazione di una certificazione del medico diabetologo curante o del medico responsabile dei servizi di cui all'articolo 5, attestante lo stato di malattia

diabetica compensata nonchè la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto diabetico.

3. Il Ministro della sanità, sentito il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, indica, con proprio decreto, altre forme morbose alle quali sono applicabili le disposizioni di cui al comma 1.

È approvato.

Art. 9.

1 Per il raggiungimento degli scopi di cui all'articolo 1, le unità sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e dell'aiuto delle associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dall'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

È approvato.

Art. 10.

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge valutato in lire 6.400 milioni per l'anno 1987 e in lire 8.000 milioni per ciascuno degli anni 1988 e 1989, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1987, utilizzando lo specifico accantonamento di cui alla voce «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito».

2. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

È approvato.

L'esame degli articoli è così esaurito.

Passiamo alla votazione finale.

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

È approvato.

I lavori terminano alle ore 16,25.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici
DOTT. ETTORE LAURENZANO