

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

37° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 LUGLIO 1990

(Antimeridiana)

Presidenza del Vice Presidente MELOTTO

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

«Abrogazione dell'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minoranze e delle malattie invalidanti» (2188), d'iniziativa del senatore Azzaretti e di altri senatori

«Abrogazione dell'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni» (2234), d'iniziativa della senatrice Ferraguti e di altri senatori

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

«Norme modificative dell'articolo 3 della legge 26 luglio 1988, n. 291, in tema di accertamento dell'invalidità civile» (2349), d'iniziativa del senatore Casoli e di altri senatori

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 2, 6, 8, 10
AZZARETTI (DC)	6
BUBBICO, sottosegretario di Stato per il tesoro	6, 9, 11
CASOLI (PSI)	7
DIONISI (PCI)	8
FERRARA Pietro (PSI)	9
NATALI (PSI)	6, 10
RANALLI (PCI)	6
SIGNORELLI (MSI-DN)	7

I lavori hanno inizio alle ore 9,20.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«Abrogazione dell'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minoranze e delle malattie invalidanti» (2188), d'iniziativa del senatore Azzaretti e di altri senatori

«Abrogazione dell'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni» (2234), d'iniziativa della senatrice Ferraguti e di altri senatori
(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

«Norme modificative dell'articolo 3 della legge 26 luglio 1988, n. 291, in tema di accertamento dell'invalidità civile» (2349), d'iniziativa del senatore Casoli e di altri senatori
(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni di legge: «Abrogazione dell'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291 e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minoranze e delle malattie invalidanti», d'iniziativa del senatore Azzaretti e di altri senatori; «Abrogazione dell'articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni», d'iniziativa della senatrice Ferraguti e di altri senatori.

Sullo stesso argomento è iscritto all'ordine del giorno anche il seguente disegno di legge: «Norme modificative dell'articolo 3 della legge 26 luglio 1988, n. 291, in tema di accertamento dell'invalidità civile», d'iniziativa dei senatori Casoli, Bozzello Verole, Vella, Innamorato, Mancina e Signori.

Data l'identità della materia, propongo alla Commissione che i tre disegni di legge siano discussi congiuntamente.

Poichè non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Il disegno di legge n. 2349 demanda alle unità sanitarie locali l'accertamento di tutte le domande fin qui presentate, cioè presentate entro la data di entrata in vigore della legge. Tende invece poi a trasferire all'INPS e all'INAIL le domande successive a tale data. Restano di competenza delle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile le domande per gli accertamenti sanitari di aggravamento presentate successivamente alla entrata in vigore del provvedimento stesso. Tutto il resto (benefici diversi, esenzione dal *ticket*, eccetera) rimarrebbe di competenza delle unità sanitarie locali. Questa è grosso modo l'impostazione del disegno di legge la cui grossa novità è data dal trasferimento di tutta questa problematica all'INPS e all'INAIL.

Ricordo che quando con la legge finanziaria del 1988 trasferimmo in capo all'INAIL gli accertamenti sanitari, che prima erano attribuiti alle unità sanitarie locali, il criterio di fondo indicato per tale trasferimento fu che ogni ente che eroga un'assistenza ha il diritto di accertare l'invalidità o meno del soggetto; quindi confermando l'INPS per la sua parte, trasferimmo anche all'INAIL, dalle unità sanitarie locali, questa competenza. Va osservato che in questo caso indubbiamente nè l'INPS nè l'INAIL erogano assistenza per l'invalidità civile, che è erogata dai Ministeri del tesoro e dell'interno.

Per quanto riguarda i ricorsi, sono previsti un primo ricorso al prefetto competente per circoscrizione, ed un secondo ricorso, di secondo grado, che l'interessato può proporre al Ministro del tesoro, che deve decidere entro 90 giorni; avuto eventualmente il silenzio-diniego, può adire alla via giurisdizionale. Nell'ultima parte dell'articolo 4 si stabilisce che nelle controversie di cui al comma 1 la rappresentanza e la difesa in giudizio delle amministrazioni è devoluta al servizio legale dell'INPS ed agli avvocati che ne fanno parte, quindi si trasferirebbe anche al servizio legale dell'INPS tutta la procedura in questa materia. A me sembra che chiamare due enti estranei alla materia a concorrere sia cosa delicata a cui bisogna dare un'impostazione univoca. Indubbiamente la relazione che accompagna il disegno di legge, molto precisa e puntuale nell'osservare anche l'incremento in questi anni dell'invalidità nel nostro paese e nell'osservare l'arretrato che ormai arriva a oltre 2 milioni di domande, pone l'esigenza di una sistemazione globale e di una impostazione corretta e razionale di questa materia.

In una riunione svoltasi ieri con i responsabili dei Gruppi ed il sottosegretario Bubbico, il Governo ha presentato un emendamento che tende a razionalizzare la materia; nella discussione che ne è seguita sono state fatte alcune osservazioni e preannunciati degli emendamenti. Con il primo emendamento presentato dal Governo si demanda alle unità sanitarie locali tutta la materia dell'accertamento sanitario relativo alla domanda di invalidità civile. Questa prima istanza verrebbe controllata dalla commissione periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile e, se entro 60 giorni essa non ha nulla da osservare, la pratica diventa esecutiva; altrimenti si possono chiedere ulteriori accertamenti o chiamare anche il soggetto a visita, se dalla documentazione emergono possibilità di accertamenti ulteriori. Qualora non emergano, la pratica diventa esecutiva e va alla prefettura per tutto quello che riguarda gli aspetti amministrativi. Per quanto riguarda invece i ricorsi, essi vengono prodotti al Ministro del tesoro che, sentita la commissione entro 180 giorni, deve rispondere sì o no, dopo di che l'interessato può adire a vie giurisdizionali.

Mi pare che questo emendamento indubbiamente colga la possibilità di porre l'intervento in essere, garantendogli soprattutto un passaggio lineare, nel senso che c'è una prima istanza diffusa in tutto il paese attraverso una o più commissioni per ogni unità sanitaria locale; tutta questa attività di prima istanza, subisce un controllo attraverso la commissione di secondo grado, che peraltro si esaurisce nel giro di 60 giorni. Se si deve rifiutare l'istanza, l'interessato può ricorrere successivamente in sede superiore al Ministro del tesoro.

Con il secondo emendamento si istituisce presso il Ministero del tesoro un ruolo speciale per le esigenze connesse alle funzioni delle commissioni mediche periferiche, alla cui dotazione organica si provvede mediante la mobilità del personale da altre amministrazioni dello Stato.

Con riferimento al primo emendamento presentato dal Governo, vorrei illustrare un mio subemendamento, tendenti ad inserire, dopo il comma 1, i seguenti commi:

«1-bis. Nell'ambito di ciascuna USL operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti. Esse sono composte:

a) da un medico, specialista in Medicina legale che assume le funzioni di presidente;

b) da due medici, di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in Medicina del Lavoro.

I medici di cui al comma 1-bis sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della USL territorialmente competente.

1-ter. Le commissioni di cui al comma 2 sono di volta in volta integrate con un sanitario in rappresentanza, ciascuno, dell'Associazione Nazionale dei Mutilati ed Invalidi Civili, dell'Unione Italiana Ciechi, dell'Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza ai Sordomuti e dell'Associazione Nazionale delle Famiglie dei Fanciulli ed Adulti Subnormali, ogni qualvolta devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie.

1-quater. In sede di accertamento sanitario, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia.

1-quinquies. Le domande attualmente giacenti presso le commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile che entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge devono essere trasmesse alla commissione di cui al comma 1-bis devono essere definite da queste ultime entro un anno dalla data della trasmissione degli atti.

1-sexies. Con decreto del Ministro del tesoro, da emanarsi entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge, è predisposto il modello di domanda da presentare al fine di ottenere l'invalidità civile, nonchè l'allegata certificazione a dimostrazione della presunta invalidità».

Ricordo che l'avverbio «prioritariamente», previsto nel comma 1-bis, è stato usato perchè non dappertutto ci sono determinati medici, quindi per non bloccare l'effettuazione degli accertamenti.

Per quanto riguarda il comma 1-quinquies, ricordo che mentre abbiamo fissato tempi certi per tutto il resto, considerando la mole dell'arretrato, in questa prima fase sarei del parere di fissare che entro un anno dalla trasmissione degli atti alle commissioni provinciali ed alle unità sanitarie locali sia smaltito l'arretrato. In seguito, potremo vedere come funzionano le cose e porre un termine anche per questa prima istanza; ma oggi, dobbiamo limitarci a fissare un termine entro il quale l'arretrato deve essere smaltito. Un anno rappresenta un periodo di tempo abbastanza razionale per poterlo fare.

Nel testo del collega Azzaretti c'è un tentativo per poter finalmente razionalizzare ed unificare le procedure in tutto il paese, ma essendo questa una norma da regolamentare con un decreto più che con una legge, preferirei la formulazione prevista dal comma 1-*sexies*. Indubbiamente anche qui è necessario un riordino, poichè non basta un certificato del medico curante per accertare che una persona è invalida e la documentazione dovrebbe essere più seria e consistente.

Ho inoltre presentato alcuni subemendamenti al comma 2 dell'emendamento governativo.

Il primo subemendamento tende a sopprimere, alle righe 5 e 6 del comma 2, le parole: «del Ministero del tesoro-Direzione generale dei servizi vari e delle pensioni di guerra».

Il secondo subemendamento tende a sostituire alla riga 6 la parola: «novanta», con l'altra: «sessanta».

Il terzo subemendamento tende a sopprimere, alla riga 8, le parole: «o la Direzione generale».

Il quarto subemendamento tende ad aggiungere, alla riga 9, dopo la parola: «accertamenti», le altre: «indicandone esplicita e dettagliata motivazione medico-legale».

Il quinto subemendamento tende a sopprimere, alla riga 11, le parole: «e della commissione medica superiore e d'invalidità civile».

Chiarisco che la Direzione generale del tesoro dovrebbe chiedere entro 60 giorni la revisione, ma non è possibile che ogni USL d'Italia mandi alla Direzione generale tutti i verbali ed il voto. Ciò è veramente assurdo. Quindi vorremmo sopprimere tale riferimento alla Direzione generale che ha solamente il compito di accertamento della permanenza dei requisiti che sono stati già nominati dalla legge; mi pare che in questo modo il procedimento diventi più pulito, più lineare ed anche molto più spedito.

Su richiesta del collega Ranalli, qualora si richiedano ulteriori accertamenti o la visita del soggetto, bisogna dire: «indicandone esplicita e dettagliata motivazione medico-legale», proprio per ridurre la discrezionalità. Bisogna che il controllo sia motivato e non generico.

Al comma 3 dell'emendamento governativo ho presentato un subemendamento tendente ad aggiungere, dopo la parola: «decide», le altre: «entro 180 giorni».

Entro 180 giorni il Ministro del tesoro deve rispondere se ha accettato o negato l'istanza di ricorso.

I subemendamenti testè illustrati sono stati concordati ieri con i responsabili dei Gruppi interessati, che hanno dato mandato al sottoscritto e all'onorevole Bubbico di perfezionarli.

Tenendo conto dei vari testi presentati, compreso quello del collega Azzaretti, abbiamo cercato di sintetizzare, anche per l'economia della legge stessa, i punti fondamentali entro i quali far scorrere gli emendamenti.

Propongo che la Commissione assuma come base il disegno di legge n. 2188 sul quale sono già pervenuti i pareri delle Commissioni competenti e al quale pertanto vanno riferiti l'emendamento governativo e i subemendamenti all'emendamento governativo. È chiaro che l'emendamento governativo e i subemendamenti si richiamano alla discussione già avvenuta e che io ho integrato stamane con l'illustrazio-

ne del disegno di legge d'iniziativa dei senatori Casoli ed altri pervenuto alla Commissione qualche giorno fa.

Dichiaro aperta la discussione generale.

RANALLI. Nel caso in cui fossero stati già espressi i pareri delle commissioni consultate e fossero positivi, non vedo perchè dovremmo rinviare ad altra seduta, l'urgentissimo provvedimento al nostro esame; se siamo tutti d'accordo possiamo approvarlo questa stessa mattina, essendosi dimostrato consenso per la formulazione degli emendamenti già nella mattinata di ieri.

BUBBICO, *sottosegretario di Stato per il tesoro*. Vorrei associarmi al senatore Ranalli sulla grande urgenza di questo provvedimento e dichiarare formalmente che l'emendamento presentato dal Governo, così come il testo base, così come i subemendamenti, non comportano ulteriori oneri. Se la Commissione bilancio ha già espresso il parere sul testo base, ricordo che l'emendamento come tale, in ogni sua parte, non comporta maggiori oneri rispetto alla legislazione finanziaria vigente, cioè alla legge finanziaria 1990.

AZZARETTI. Non posso che ribadire i concetti già espressi nella riunione di ieri, quando fra Governo e i rappresentanti dei Gruppi della Commissione è stata raggiunta un'intesa che sostanzialmente soddisfa le nostre esigenze che erano state rappresentate attraverso la presentazione di disegni di legge largamente condivisi e sottoscritti da tutti. Non posso quindi non associarmi alla richiesta avanzata dal collega Ranalli per una ragione molto semplice: è dal 3 aprile che è iscritto all'ordine del giorno di questa Commissione il presente provvedimento e va detto che la Presidenza del Senato è stata tempestiva nell'assegnarlo in sede deliberante. Quindi credo che vi sia stato ampio tempo per tutti per avanzare considerazioni ed osservazioni. Ringrazio il sottosegretario Bubbico per l'impegno profuso in questi giorni per pervenire ad una soluzione e siccome credo che le sue dichiarazioni siano più che rassicuranti ritengo anch'io che si debba procedere ad approvare questo provvedimento, anche per sottrarci alle pressioni che ci vengono quotidianamente rivolte, in modo particolare dalle associazioni.

Condividendo gli emendamenti che sono stati concordati dal relatore e dal Governo, mi permetterei soltanto di chiedere se non sia possibile prevedere, invece di 60 giorni, 30 giorni come termine per le commissioni mediche periferiche per sospendere il procedimento.

NATALI. Sono sostanzialmente d'accordo sul provvedimento ma vorrei un chiarimento; la linea proposta nel disegno di legge socialista era valida un tempo, ma oggi non è più valida perchè sono altri gli erogatori?

PRESIDENTE. Non ho detto questo, ho detto che mentre erano sempre stati conservati all'INPS gli accertamenti sull'invalidità di competenza dell'INPS, erano poi stati trasferiti dalle unità sanitarie locali all'INAIL gli accertamenti sulla invalidità di competenza dell'INAIL ed anche l'attività ambulatoriale dell'INAIL, ma solo per

quelle categorie che fanno esplicitamente riferimento alla legge che riguarda l'INPS e l'INAIL. L'invalidità civile non ha mai riguardato nè l'INPS nè l'INAIL, è sempre stata accertata prima dalla commissione medica provinciale e, dopo la riforma, da una commissione costituita dalle Regioni e dalle unità sanitarie locali. Mai sono state di competenza dell'INPS e dell'INAIL le invalidità civili e le conseguenze delle stesse. La competenza sul piano sanitario è stata attribuita alle Regioni e alle unità sanitarie locali; amministrativamente, al prefetto e al Ministero del tesoro. Il ministro Amato, con la legge che abbiamo approvato, volle ad accentrare nel Ministero del tesoro non solo l'attività amministrativa, ma anche quella di accertamento con le commissioni mediche provinciali in essere oggi. Esse sono talmente intasate che vi sono oltre 2 milioni di pratiche arretrate che non è possibile certamente smaltire con quel tipo di organizzazione. Per questo si tende oggi, con il disegno di legge n. 2188 e con l'emendamento governativo, a ripristinare le competenze delle unità sanitarie locali in sede locale, con il duplice filtro della commissione provinciale, eccetera, e a fare salvo un potere di controllo come è sempre stato, in capo allo Stato.

BUBBICO, *sottosegretario di Stato per il tesoro*. La legge n. 291, del 1988, trasferendo la competenza anche per l'attività sanitaria al Ministero del tesoro aveva ingolfato le procedure. Infatti mentre nel 1988 c'erano stati 100 mila accertamenti, nel 1989 siamo arrivati a 50 mila ma non sulle stesse persone, proprio per la separazione delle competenze che ha creato un ingorgo sotto tutti i punti di vista, anche sotto il profilo dell'ordine pubblico. Quindi questa razionalizzazione è necessaria ed urgente.

CASOLI. Vorrei precisare che il coinvolgimento dell'INPS e dell'INAIL era giustificato dalla capillarità delle rispettive strutture periferiche. L'INPS può contare su 896 medici del ruolo professionale sanitario, oltre ai medici convenzionati, che operano in 154 sedi autonome, e 192 centri operativi, di cui 98 già funzionanti. L'INAIL a sua volta può contare su 285 ambulatori periferici, nei quali operano 438 medici di ruolo e 761 medici a rapporto libero.

Inoltre vi è una esigenza di specializzazione che gli organismi sopra citati, specialmente in materia di accertamento di invalidità, posseggono e che si ritiene possa offrire una maggiore garanzia di imparzialità. Una volta individuate le cause dell'ingolfamento di queste pratiche si è cercato di trovare, nell'apparato pubblico operante nel settore, istituti che potessero già disporre di strutture sanitarie adeguate e di idonea specializzazione in modo da non far rimanere sotto utilizzate queste strutture e al fine di perseguire lo scopo che con tali modifiche intendiamo perseguire, evitando il cumulo, che si è verificato per le pratiche tuttora giacenti, anche per le nuove pratiche.

SIGNORELLI. Mi sembra che, avendo lavorato ieri con una certa celerità ed avendo concordato un testo che mi sembra soddisfare i presupposti per i quali siamo tornati indietro migliorando l'impostazione di partenza, sia urgente arrivare alla conclusione oggi stesso,

approvando immediatamente un testo sulla materia che riguarda la invalidità civile.

DIONISI. Dobbiamo prendere atto con soddisfazione che è stato evitato, come veniva ventilato, il collegamento della invalidità al reddito. Mi sembra che ciò sia apprezzabile, ma ritengo che da una parte si continua a predicare una esigenza di moralizzazione, dall'altra invece si eviti di introdurre misure capaci di moralizzare veramente. Ritengo che ci sia interesse a mantenere l'attuale situazione ai fini dell'esercizio di un potere che forse è meglio non aggettivare ulteriormente.

Credo che non si corregga dove dovrebbe essere corretto. È a tutti noto come l'eccesso di domande di invalidità nasca dalla deresponsabilizzazione del medico di famiglia che attesta la prima certificazione. Il medico di famiglia o qualunque medico che compila la prima certificazione di invalidità dovrebbe essere maggiormente responsabilizzato.

PRESIDENTE. Vorrei ricordare che il tema della responsabilizzazione del medico di famiglia è stato preso in considerazione in un subemendamento da me presentato, secondo cui il decreto del Ministro del tesoro definisce anche la certificazione che deve essere allegata a dimostrazione dell'invalidità. Si deve prevedere quindi la certificazione oltre al modello. Abbiamo preferito la sede del decreto a quella della legge, che non regola in proposito.

DIONISI. Ne prendo atto con soddisfazione ma spero che ciò vada nel senso della responsabilizzazione del medico ed anche di chi fa la richiesta di invalidità. Molto spesso - e chi fa il medico sa come funzionano queste cose - i patronati agevolano queste richieste e poi il medico di famiglia non ha la possibilità di rifiutare un certificato generico e che in ogni caso non è impegnativo. Questo comporta una richiesta eccessiva.

Vorrei sollevare un ulteriore problema. Rispetto alle indagini cliniche necessarie per la documentazione è esplicitato che le indagini si fanno per motivi medico-legali. Questo comporta che di solito le indagini non vengano effettuate a carico del Sistema sanitario nazionale. Per simili richieste il Servizio sanitario nazionale non eroga le prestazioni.

PRESIDENTE. Il decreto dovrà precisare quale sia la certificazione, che non è pertanto solo il certificato del medico curante - «a dimostrazione della presunta invalidità». Non c'è qui un problema di medicina legale. Secondo l'emendamento presentato dal collega Ranalli, abbiamo precisato che la Commissione di controllo - chiamiamola così - sulle commissioni periferiche può chiedere il riesame su motivati documenti. Questo spiega l'aggiunta, alla riga 9 del comma 2 dopo la parola: «accertamenti», delle altre: «indicandone esplicita e dettagliata motivazione medico-legale».

DIONISI. Anche le unità sanitarie locali vanno responsabilizzate, attraverso l'introduzione di norme rigorose.

PRESIDENTE. Ma la commissione di controllo le responsabilizza certamente.

DIONISI. Se si sono verificati un abuso ed una indebita erogazione della pratica di invalidità, chi paga? Se noi vogliamo moralizzare, dobbiamo introdurre delle norme.

PRESIDENTE. La normativa vigente già prevede la possibilità di controlli in materia da parte della Corte dei conti la quale, come i colleghi sanno, si inserisce sul patrimonio personale, non sul patrimonio demaniale; tutto è già normato.

BUBBICO, *sottosegretario di Stato per il tesoro*. L'intervento della Corte dei conti è paralizzante della procedura amministrativa e responsabilizzante anche dal punto di vista patrimoniale. Purtroppo poi non funziona, ma questo è un altro discorso.

DIONISI. Non esaspererei più di tanto il sistema perchè ritengo che nel regolamento andrebbero introdotti dei criteri oggettivi rispetto ai tempi di chiamata dei cittadini che hanno fatto richiesta di invalidità; molto spesso una semplice certificazione d'urgenza serve per non rispettare il protocollo per la presentazione della domanda.

FERRARA Pietro. Ho predisposto un subemendamento all'emendamento del Governo che così recita:

Dopo il comma 1 aggiungere il seguente comma:

«1-bis. Nella Regione Sicilia la competenza per l'accertamento delle invalidità è attribuita ad apposite commissioni costituite presso i Medici provinciali».

Mi sembra un emendamento importante in quanto occorre precisare meglio che per la regione Sicilia si ritorna al passato, in caso contrario avremo un anno di tempo nel quale non si farà più niente perchè ci sarà un contenzioso tra le unità sanitarie locali che non funzionano e il medico provinciale che non avrà nessun potere.

Per quanto riguarda le altre due questioni, mi soffermerei brevemente ad indicare il problema delle visite domiciliari. Certo, tutti sappiamo che vi sono ritardi fisiologici determinati dalle domande per tanti motivi, però ritengo che non si possa far pagare simili ritardi a delle persone che hanno richiesto una visita domiciliare e sono in gravissime condizioni fisiche (malati cancerogeni in fase terminale, o persone che hanno subito un *ictus*). Si dovrebbe prevedere nel provvedimento che a questo tipo di malati va riconosciuta l'urgenza di essere visitati, e quindi la priorità rispetto alle altre domande; oppure il Ministro dovrebbe emanare una circolare in cui autorizza nel giro di un mese a svolgere visite senza aspettare che sia esaurito l'elenco ufficiale.

NATALI. Dopo le risposte e le precisazioni del Presidente e del Sottosegretario in merito alla funzionalità, ritengo che la posizione del Gruppo socialista in merito all'INPS e all'INAIL e alle loro competenze vada ripresa, perchè mi è sembrato di capire che le strutture delle unità sanitarie locali abbiano un'efficacia relativa; non vorrei che varassimo un provvedimento per cui tutto poi rimane come prima e l'enorme affollamento non venga recuperato. Invito tutti i colleghi a riflettere su questa questione; in caso contrario il mio voto, che prima era favorevole con qualche riserva rispetto a questo problema, diventerebbe contrario.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

In sede di replica vorrei inizialmente osservare che dalla discussione generale mi sembra sia emerso una convergenza di opinioni, con la riserva del Gruppo socialista, sull'ipotesi di trasferire questa materia all'INPS e all'INAIL. In merito all'intervento del senatore Casoli, credo che la massima periferizzazione sia data da questa struttura prevista, perchè indubbiamente portare in ogni USL, a seconda delle dimensioni e degli abitanti, una o più commissioni può indurre ad una periferizzazione del sistema che raggiunga capillarmente tutti i cittadini. Vorrei anche osservare che indubbiamente nella logica di questa riforma, ogni volta che abbiamo trasferito competenze ad enti in maniera non razionale abbiamo creato delle distorsioni notevoli. L'INPS e l'INAIL dal canto loro hanno tutta una problematica di invalidità e di revisione della stessa per cui oggi i loro organici sono tutto sommato a tempo pieno.

Scaricare sugli stessi, gonfiando il sistema, tutta una serie di ulteriori competenze a mio avviso non sarebbe produttiva.

L'emendamento presentato dal Governo indubbiamente, senza smentirla, si fa carico della impostazione data dal ministro del tesoro dell'epoca, onorevole Amato; recita che chi eroga la spesa deve avere anche la possibilità di controllare i beneficiari - e questa è la sostanza - tenendo in vita le commissioni provinciali, che diventano di secondo grado, ripristinando una competenza di primo grado delle unità sanitarie locali. Il controllo entro il bimestre su tutti gli atti che in ogni provincia le unità sanitarie locali svolgono, rappresenta un freno notevole alle pensioni facili ed alla situazione che oggi tutti registriamo nel nostro paese.

Il relatore, pertanto, ribadisce la bontà dell'emendamento integrato dai subemendamenti che eventualmente potranno essere anche modificati se ci saranno ulteriori questioni da regolamentare. Mi pare sia una impostazione abbastanza razionale.

Per quanto riguarda la responsabilità delle commissioni mediche, senatore Dionisi, abbiamo previsto con i subemendamenti una migliore qualificazione professionale dei componenti, per cui il Presidente è un medico legale e «prioritariamente» l'altro deve essere un medico specializzato in medicina del lavoro; tutto ciò qualifica commissioni che prima erano abbastanza formali. Nella precedente legge già è prevista la responsabilizzazione verso la Corte dei conti di questi atti. Non so se vorremo renderla più esplicita per le commissioni mediche; potremo

anche inserire un ulteriore emendamento che responsabilizzi, fin dalla prima istanza, eventuali «compiacenze» che potrebbero verificarsi.

Ricordo che abbiamo soppresso la competenza della Direzione generale (e ieri abbiamo concordato il testo anche con il direttore generale) a livello periferico ma abbiamo lasciato alla stessa tutte le responsabilità a livello nazionale: innanzitutto per quanto concerne i ricorsi (perchè ovviamente essa è deputata ad accoglierli o meno); secondariamente, per quanto riguarda la possibilità di rivedere in qualsiasi momento se persistano o meno i requisiti che hanno dato origine alla invalidità.

Sull'argomento è già tutto normato e già è stato emanato un decreto del Ministro del tesoro; la Direzione generale del tesoro ieri, rispetto a queste obiezioni, non ha avuto difficoltà a concordare; il Sottosegretario mi pare abbia avallato tutto questo: non c'è timore di estraneazione rispetto al sistema precedente. Il sistema è innovato sulla base dell'accertamento, ma conserva la titolarità di fondo sul piano del controllo da parte del Ministero del tesoro, sia perifericamente, con la commissione provinciale, che centralmente, con la Direzione generale.

Sul problema della Regione Sicilia, dovremo concordare se sia il caso di affidare tutti gli arretrati ai medici provinciali anzichè alle unità sanitarie locali; è una questione che riguarda esclusivamente la Regione Sicilia e la dobbiamo definire. Ci sono cittadini che attendono da anni ai quali bisogna rispondere. Abbiamo indicato di smaltire l'arretrato nel giro di un anno; se le unità sanitarie locali istituiscono le commissioni e già un certo *iter* è stato avvalorato in precedenza, mi pare che si possa in un termine di tempo ragionevole fornire delle risposte. Se esistono invece problemi nella costituzione delle commissioni presso le unità sanitarie locali il discorso è diverso.

Circa le visite domiciliari è già in essere la normativa secondo la quale la commissione si può spostare per determinati casi al domicilio dell'interessato. Non credo che dobbiamo inserire tale specificazione nella legge ma eventualmente nel decreto ministeriale. Sono problemi tipicamente organizzativi, non certo legislativi, e pertanto rientrano nelle competenze ministeriali.

Eventualmente si può raccomandare al Tesoro che per determinate questioni ci sia la possibilità di chiedere la visita domiciliare come prevista nella normativa precedente.

Dopo la replica del Governo vedremo come procedere; il parere della 5^a Commissione è condizionante per le ulteriori interpretazioni della legge perchè siamo in sede deliberante e non in sede referente.

BUBBICO, *sottosegretario di Stato per il tesoro*. Della materia abbiamo molto parlato in questi mesi. Vorrei anzitutto ringraziare il senatore Azzaretti che insieme al senatore Guzzetti ed agli altri proponenti ha svolto un ruolo meritorio.

È bene che la Commissione non dimentichi – e lo dico anche per il senatore Pietro Ferrara – che non stiamo elaborando *ex novo* un sistema. L'emendamento del Governo cade su un disegno di legge molto semplice di totale ripristino della disciplina anteriore al decreto-legge del 1988. Fu detto nella primissima seduta in sede legislativa (concessa subito dalla Presidenza del Senato che ha dimostrato molta sensibilità

sulla materia) che la legge svolgeva un ruolo in fondo provocatorio, volto anche a rimuovere una serie di situazioni. Ricordo, per la completezza del verbale della mia replica, che avevamo già tentato di risolvere la questione attraverso il rafforzamento delle commissioni mediche per le pensioni di guerra con l'assunzione di 500 medici e la possibilità di assumere altro personale con contratti annuali prorogabili a due anni per le segreterie delle commissioni stesse. Vedemmo poi che tali provvedimenti non erano sufficienti a raddrizzare la barca.

Un ringraziamento parallelo vorrei rivolgerlo al senatore Ranalli che ha evocato, pur senza citarla lessicalmente, la frase di Cavour: «Si governa bene da lontano, si amministra bene da vicino», invocando un decentramento - e mi pare che anche il senatore Berlinguer si sia espresso in tale direzione - di tutta la materia.

Ci siamo trovati di fronte all'esigenza, come ha ben sottolineato il relatore Melotto nella sua replica che riconosco in pieno, di coniugare la snellezza delle procedure, quindi la non denegata risposta a due milioni circa di cittadini, con la conservazione del rigore che mosse il ministro Amato nel precedente Governo rispetto alla situazione che, come viene bene evidenziato nella relazione al disegno di legge dei senatori socialisti, dal 1980 al 1989 ha portato da 375 mila a 1 milione 157 mila le invalidità riconosciute.

Si apre qui un problema che non è accantonato ma è solo rinviato alla legge-quadro che riguarda l'onere crescente per lo Stato (da 10 a 13 mila miliardi, con lievitazioni molto serie di costi); alla ultima riunione della Presidenza del Consiglio abbiamo messo a punto l'emendamento di cui oggi si discute e che rivedremo nella sede del riordino complessivo della materia.

Seconda osservazione è che noi mettiamo in piedi un sistema misto; non è un sistema di ritorno secco alle unità sanitarie locali, non è un sistema di semplice potenziamento delle commissioni mediche del Tesoro che si adatta sia alle nuove che alle antiche USL. Non so se su questo la Sicilia abbia dei problemi particolari; mi pare di capire che c'è un'inadempienza dell'assessorato regionale siciliano rispetto alle competenze delle unità sanitarie locali. Se è solo un'inadempienza, non credo che possiamo rimediare facendo un pezzetto di legge solo per la Sicilia. Qui si tratta in sostanza, pur in una linea di rigore e di risanamento dei conti che il Governo persegue, di intervenire riordinando il settore. Con questo provvedimento e quello relativo alle pensioni di lavoratori autonomi abbiamo raggiunto 10 milioni di cittadini, con un tentativo di razionalizzazione dello Stato sociale. La linea del Governo è che l'austerità e la necessità del risanamento dei conti dello Stato non possono distruggere lo Stato sociale messo in piedi in questi anni che sancisce un principio fondamentale della nostra Costituzione, cioè la solidarietà verso i ceti deboli. L'intento del Governo non è quello di demolire lo Stato sociale, ma di razionalizzarlo rispetto alle moderne esigenze. Mi sono sentito di assumermi personali responsabilità proprio per muovermi in questa direzione, non in contrasto con una politica di rigore e di risanamento dei conti pubblici e di modernizzazione del sistema economico del nostro paese.

Accolgo l'invito del Presidente a nome di tutta la Commissione a tener conto delle indicazioni di rigore e di severità da introdurre nei

decreti che saranno emanati dal Mininistro del tesoro; per l'applicazione di questo provvedimento chiameremo le unità sanitarie locali vecchie e nuove ad uno sforzo, più che di rigore e di severità, di serietà rispetto agli accertamenti. A chi dubitasse sulla reale serietà di questi accertamenti devo dire che questo è stato uno degli argomenti per cui abbiamo conservato il controllo delle commissioni del Tesoro. Si è tentato con l'emendamento del Governo e con gli altri emendamenti elaborati nella sede informale di ieri di rendere una serie di critiche superabili muovendosi verso criteri di serietà e di rigore. Non so adesso rispondere se questo sistema funzionerà o no, ma si tratta di uno sforzo e di un passaggio fondamentale della legislazione in materia. È un passo in una linea complessiva di razionalizzazione e modernizzazione dello Stato sociale.

Esprimo infine l'augurio che la 5^a Commissione possa esprimere al più presto il proprio parere per giungere nel più breve tempo possibile all'approvazione di questo importante disegno di legge.

PRESIDENTE. Comunico che la 5^a Commissione non ha ancora espresso il prescritto parere, per cui non possiamo concludere la discussione su questo provvedimento. Pertanto è necessario rinviare il seguito della discussione del disegno di legge in titolo.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione dei disegni di legge è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 10,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il referendario parlamentare reggente l'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIOVANNI LENZI