

### 12 COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

#### 6° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 FEBBRAIO 1980

Presidenza del Presidente PINTO

#### INDICE

##### Disegni di legge in sede deliberante

« Indirizzo alle Regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari » (668)

(Discussione e approvazione con modificazioni)

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 45, 47, 51 e <i>passim</i>
BELLINZONA (PCI) . . . . .	56, 57, 58 e <i>passim</i>
CARLASSARA (PCI) . . . . .	47, 59, 64
CIACCI (PCI) . . . . .	56
COSTA (DC) . . . . .	61
DEL NERO (DC) . . . . .	59, 62, 64
FORNI (DC) . . . . .	59, 62
GROSSI (PCI) . . . . .	57, 63
JERVOLINO RUSSO Rosa (DC) . . . . .	48, 50, 55 e <i>passim</i>
MERZARIO (PCI) . . . . .	56, 61, 62 e <i>passim</i>
ORSINI, sottosegretario di Stato per la sanità . . . . .	52, 54, 55 e <i>passim</i>
PITTELLA (PSI), relatore alla Commissione . . . . .	45, 52 55 e <i>passim</i>
SPINELLI (PSI) . . . . .	49, 51, 54 e <i>passim</i>

*I lavori hanno inizio alle ore 10,25.*

##### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

« Indirizzo alle Regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari » (668)

(Discussione e approvazione con modificazioni)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Indirizzo alle Regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari ».

Prego il senatore Pittella di riferire alla Commissione sul disegno di legge.

PITTELLA, relatore alla Commissione. Onorevoli senatori, ritengo di dover ringraziare vivamente il Presidente e l'Ufficio di presidenza per aver disposto l'immediata discussione di questo disegno di legge che suscita in ciascuno di noi sentimenti di

grande comprensione umana e una volontà particolare di sostegno e di assistenza. Non tanto l'ora tarda, ma motivate, obiettive e significative volontà di riflessione hanno indotto i commissari a chiedere, la scorsa settimana, il rinvio, tanto più che la richiesta fu allora accompagnata da una sottolineata e precisa intenzione di tutti i Gruppi di trovare certamente un momento di armonia sui problemi di fondo che sottendono il provvedimento in esame; ed è per motivi rientranti in questa ottica che il relatore, pur appartenendo ad una parte politica che concede soltanto l'astensione verso il Governo, nei confronti di un disegno di legge urgente, tecnico e non politico, ha accolto di buon grado di riferire, sia pur brevemente, su questa materia.

Il morbo di Hansen, più comunemente conosciuto come lebbra (che pare significhi peccato, impurità), determina, una volta contratto, lesioni organiche con evoluzione tipica, che hanno indotto, sin da epoca antichissima, a considerare la malattia come un evento particolare, quasi una punizione divina per qualche peccato, fin quando non è stata inquadrata nel novero delle malattie trasmissibili, con una eziologia macrobatterica particolare, con gradi morbosi caratterizzati più spesso, soprattutto in relazione alle possibilità terapeutiche, da andamento cronico, talvolta, ancora oggi, da inesorabile progressione.

A tale malattia fin dall'antichità è stato connesso il concetto di esclusione, e se nel Medio Evo il colpito da lebbra veniva vestito da un sudario e coperto da un cappuccio e considerato come già morto per la società, in era scientifica — superati gli incubi formati da credenze infamanti — non ha tuttavia superato del tutto lo steccato che lo separa dalla società, oppure lo ha superato soltanto di rado per periodi circoscritti. Infatti gli hanseniani — termine legato al nome dello scopritore dell'agente eziologico della malattia e sostituito, su proposta dell'Organizzazione mondiale della sanità, a quello di lebbrosi — vengono assistiti in appositi luoghi di cura o a domicilio, quando questa seconda modalità appare possibile. Essi godono, grazie alla legge 6 luglio 1962,

n. 921. e successive modificazioni, di un sussidio determinato dalla legge 3 giugno 1971, n. 404, integrato da una quota a carico dello Stato per complessive lire 3.000 al giorno per i ricoverati e gli assistiti a domicilio e di lire 2.000 al giorno per ogni familiare a carico. Dai dati che mi sono stati forniti per telefono, su mia richiesta, dal Ministero della sanità, risulta che i lebbrosi in Italia, fra ricoverati e non ricoverati, si aggirano intorno alle 550 unità e che i familiari a carico sono 520, che i luoghi di cura, almeno quelli più importanti, sono a Cagliari, a Messina, a Genova e a Gioia del Colle. Allo stato attuale sia il sussidio che le integrazioni sono a carico delle regioni a statuto ordinario, mentre per gli ammalati residenti nelle regioni a statuto speciale, esclusa la Sicilia, il sussidio è corrisposto dalle regioni, ma la parte integrativa è ancora corrisposta dallo Stato. Per la Sicilia, poi, sussidio e integrazione, in mancanza della emanazione di norme attuative per il trasferimento di competenze in materia, vengono corrisposti dallo Stato direttamente. In relazione a ovvie considerazioni epidemiologiche, ambientali e familiari, varie regioni hanno inteso modificare, migliorandolo — il sussidio sia per i ricoverati che per gli assistiti a domicilio e inoltre la quota parte spettante ai familiari, ma in carenza di un indirizzo generale gli aumenti apportati dalle regioni sono diversificati sul territorio nazionale: variano da 1.000 a 4.500 lire per gli ammalati, da 1.000 a 2.000 lire per i familiari a carico; di qui il malcontento degli hanseniani e dei loro familiari, la silenziosa marcia di solidarietà fatta la settimana scorsa a Roma, la richiesta comprensibile di un trattamento omogeneo e uniforme su tutto il territorio della Repubblica.

Il disegno di legge n. 668 tende appunto a questa uniformità. Nell'articolo 1 si stabilisce che gli hanseniani, sia ricoverati che assistiti a domicilio, hanno diritto a un sussidio di lire 20.000 al giorno, mentre per ogni familiare a carico l'integrazione del sussidio è di lire 4.000. Nell'articolo 2 si prevede la maggiorazione annuale dell'entità del sussidio. Nell'articolo 3 si stabilisce che l'onere compete alle regioni e che per il 1979 lo Sta-

to è tenuto a rimborsare la differenza tra il totale erogato sulla base delle leggi precedenti e quello da erogare sulla base della presente legge. Si precisa, inoltre, che gli oneri conseguenti, valutati in tre miliardi e mezzo per anno, fanno carico al Fondo sanitario nazionale. Su questo punto il relatore rimane fortemente perplesso non soltanto per l'entità delle cifre, ma anche per il riferimento, quando si tratta di sussidio e di un aumento integrativo al Fondo sanitario nazionale, pensando essere più logico che la cura ricada nell'ambito del Fondo nazionale dello Stato, ma che sussidio e integrazione debbano trovare un'altra fonte di finanziamento. Nell'articolo 4 si dà mandato alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano di adeguare la misura del sussidio entro 60 giorni e si dà facoltà di prevedere nei piani triennali regionali, previsti dall'articolo 55 della legge di riforma sanitaria, ulteriori provvidenze in relazione a particolari condizioni epidemiologiche, ambientali e familiari degli assistiti.

Sono tempestivamente giunti i pareri favorevoli della Commissione bilancio e della Commissione affari costituzionali; quest'ultima — estensore il senatore Mancino — pone la condizione di non porre termine di tempo alle regioni, per ipotizzabile contrasto con i principi di autonomia costituzionale. Il che, in altri termini, significa proporre un emendamento soppressivo dei 60 giorni entro cui le regioni dovrebbero adeguarsi all'indirizzo stabilito nella presente legge. Seguendo tale parere la nostra Commissione dovrebbe approvare un emendamento soppressivo delle parole: « entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore », di cui all'articolo 4. Il relatore non può non esprimere perplessità per questa condizione pervenuta dalla Commissione affari costituzionali e si rimette alla valutazione dei commissari per la presentazione e approvazione dell'emendamento.

Credo che non ci sia da aggiungere altro, se non invitare a valutare, eventualmente modificare, ma comunque approvare il disegno di legge, in considerazione non solo del particolare tipo di bisogni degli hanse-

mente, certamente oggi curabili rispetto a ieri quando erano totalmente incurabili, ma tuttora purtroppo discriminati dalla società, semmai riflettendo se non sia il caso di diversificare l'entità del sussidio, così come veniva fatto nelle leggi del 1964, del 1967, del 1971 e del 1974, a seconda che trattasi di hanseatici ricoverati o assistiti a domicilio; e anche per quel che riguarda il sussidio integrativo per i familiari, credo che si debba riflettere se mantenere una cifra unica oppure se diversificarla.

Infine il relatore propone, se questo è possibile nella economia dei nostri lavori, di escludere il peso economico del provvedimento dal Fondo sanitario nazionale, trovando un'altra fonte di finanziamento.

**P R E S I D E N T E .** Dichiaro aperta la discussione generale.

**C A R L A S S A R A .** Concordiamo col relatore sia per i motivi umanitari che ci spingono all'approvazione sia per la memoria storica che questa malattia risveglia in noi in senso emotivo, come è avvenuto in passato nei riguardi di molte malattie che poi la scienza positiva, gradualmente, ha messo in luce come dovute a cause e meccanismi non di tipo morale o metafisico, ma reale. Comunque è vero che questa malattia comporta, a livello di coscienza generale, una specie di rigetto primitivo da parte dei cittadini nei confronti di chi ne è affetto, e forse è anche questo il motivo per cui l'Organizzazione mondiale della sanità ne ha modificato il termine nosologico.

Siamo rimasti colpiti dalla rapidità con cui questo disegno di legge del Ministro della sanità ha percorso il suo *iter* per arrivare ad una discussione. Naturalmente, non giudichiamo negativamente tale rapidità, ma essa dovrebbe essere costante e non solo frammentaria.

Prima di entrare più specificatamente nella valutazione della proposta di legge all'esame, vorrei fare una precisazione: non siamo d'accordo su quanto è detto nel riassunto dei lavori della seduta del 31 gennaio, e cioè che la documentazione del testo era pronta perchè, in effetti, non c'era alcuna documenta-

zione, tanto è vero che io ho avuto una bozza fotocopiata dal Sottosegretario. Anche all'onorevole Jervolino è stata data, come a me, una fotocopia di bozza praticamente illeggibile. Ho voluto dire ciò perchè desideriamo chiarezza sulla responsabilità dei fatti oggettivi in quanto non c'è bisogno nè di abbellirli nè di aggravarli.

In linea generale, siamo favorevoli alla proposta di legge in esame; vorrei però fare alcune osservazioni che in parte concordano con quanto detto dal relatore e in parte no. Circa l'entità dell'aumento (da lire 3.000 a lire 20.000), al fine di esprimere un preciso parere, avrei bisogno di sapere quanti dei circa 500 hanseniani sono ricoverati e quanti non lo sono.

Come risulta dai documenti in possesso del rappresentante del Governo, le regioni hanno già contribuito per loro conto ad un aumento e pertanto non si tratta, in realtà, di saltare dalle 3.000 alle 20.000 lire, ma dalle 5-6.000 lire alle 20.000. Diversamente, si dovrebbe dire che siamo molto in ritardo perchè 3.000 lire erano già poche nel 1974. Probabilmente, oggi, 20.000 lire vanno bene, ma teniamo presente che l'invalidità permanente può essere causata anche da altre malattie oltre la lebbra e credo che nel nostro apparato assistenziale non siano contemplate indennità di 20.000 lire al giorno. Non vorrei, a questo proposito, che fossimo influenzati irrazionalmente dal fatto che se si tratta di lebbra vanno bene 20.000 lire e se invece si tratta, ad esempio, di distrofia muscolare o di miartemia grave bastano 5.000 lire! Potrebbero esserci alcuni elementi non chiari su tale incremento dell'indennità, anche se non lo giudico negativamente.

Io credo che bisognerebbe avere qualche elemento di differenziazione tra chi è ricoverato e chi non lo è, non tanto per incentivare o disincentivare il ricovero (abbiamo pensato che le condizioni ambientali possono essere tali per cui un hanseniano si sente psicologicamente più protetto in un ricovero che in famiglia, in un quartiere dove tutti lo guardano), quanto perchè le spese reali di alimentazione e di vestiario sono diverse a seconda che l'hanseniano sia ricoverato o viva in famiglia. Poichè dobbiamo de-

cidere per 3 miliardi di spesa, sarebbe stato il caso di spendere centomila lire per andare a visitare un paio di tali ricoveri, al fine di renderci conto della situazione.

Pertanto, sono d'accordo con il relatore sulla necessità di una differenza nell'uno o nell'altro caso e al riguardo si potrebbe formulare qualche proposta.

Trovo, inoltre, insostenibile la differenza stabilita dalla legge 3 giugno 1971, n. 404, quando distingue, agli effetti del sussidio ai familiari a carico, tra maschi e femmine prescrivendo il diritto al sussidio per le femmine fino a 25 anni e per i maschi fino a 21. Mi pare che non ci sia alcuna ragione che giustifichi tale differenza, nè agli effetti della scolarità generale nè agli effetti di possibilità di lavoro, in quanto i problemi sono gli stessi sia per i maschi che per le femmine ed esiste una parità nella legislazione che non consente di tornare indietro. Al riguardo, presenteremo un emendamento.

Concordo con l'importante rilievo fatto dal relatore sull'onere a carico del Fondo della indennità di sussidio e di integrazione. Infatti il sussidio di integrazione è compito dell'assistenza ed il ricovero fa parte della cura.

Sono d'accordo su quanto stabilito dall'articolo 2 del disegno di legge circa l'aggancio del sussidio alla scala mobile per evitare di apportare successive modifiche con tutti i legami che esse comporterebbero previsti dalla legge sul pubblico impiego a cui si fa riferimento.

Dopo la discussione generale, formuliamo alcuni emendamenti, ben disposti a concordarli anche prima.

JERVOLINO RUSSO ROSA.  
Anzitutto, per amore di verità, debbo dire che è perfettamente vero ciò che ha detto il senatore Carlassara. Infatti l'altro giorno, nelle nostre deambulazioni di corridoio prima di entrare in Commissione, abbiamo ricevuto soltanto un testo praticamente illeggibile.

Giudichiamo estremamente positiva la rapidità e la serietà con cui si discute la proposta di legge a favore degli hanseniani. Il loro stato genera notevoli remore sociali tanto che, con riferimento all'invito dell'Or-

ganizzazione mondiale della sanità, all'articolo 3 della legge del 1974 si è addirittura abolito il termine di « lebbroso » sostituendolo con quello di « hanseniano ». Sono perfettamente d'accordo su qualsiasi provvedimento che possa togliere questi malati da uno stato di emarginazione anche se, entrando nella logica di una sana educazione sanitaria, più che nascondere le malattie, sarebbe positivo abituare la popolazione a considerare con obiettività gli stati morbosi.

Il primo dilemma che si presenta nel discutere questo provvedimento è quello di rendersi conto del numero dei destinatari del beneficio. Abbiamo sentito parlare di 540-550 casi in tutta Italia, con alcune punte localizzate soprattutto in due regioni del Sud. Tutti sanno che le statistiche mediche, come un po' tutte le altre statistiche, sono spesso in contrasto fra di loro; infatti, andando a vedere i dati esistenti al momento emergono elementi discordanti. Ad esempio, l'ultima indagine ufficiale che risulta essere stata fatta è quella Manca-Pastorino del 1953 da cui risulta l'esistenza di 397 casi. Ora è vero che a ventisette anni di distanza la situazione può essere cambiata, ma io ho avuto modo di esaminare i dati del Simposio sulla lebbra del 27-28 gennaio 1978 da cui risulta un totale, all'incirca, di mille casi presenti. Quindi, il dato del 1978 è doppio rispetto a quello denunciato dal Ministero della sanità. Un confronto tra il dato di Manca-Pastorino del 1953 e quello denunciato dal Ministero della sanità (500 e più casi) farebbe risultare una situazione discendente nei casi degli hanseniani presenti in Italia. Trattandosi di una malattia che ha alle sue origini anche le condizioni sanitarie e di nutrizione della popolazione, è logico pensare che, migliorando tali condizioni, diminuisca la malattia. Invece, il rapporto sulla lebbra del simposio che ho prima citato fa addirittura rilevare un aumento della malattia dal 1953 al 1970, data dell'ultimo censimento (si presuppone infatti che il dato di mille casi denunciato nel simposio del 1978 si riferisca all'ultimo censimento del 1970). Quindi, in questi anni, la malattia sarebbe aumentata di tre volte, per cui si denuncerebbe un dato ascendente del-

la presenza degli hanseniani. Sarebbe positivo se il Governo, su questa tendenza, potesse fornirci qualche notizia certa da confrontare con quel che possiamo trarre dalla letteratura relativa alla materia. Comunque è indubbio che, al di là della prevenzione sociale, si tratta di una malattia che ha ancora una caratteristica particolare, per cui è giusto e positivo prevedere una forma di assistenza specifica. Infatti l'incubazione (e cito il fatto perchè pone dei problemi) risulta essere, nella maggior parte dei casi, lunghissima (cioè, salvo casi sporadici, di cinque o otto anni). Per quanto riguarda il decorso, occorre aver presente la tripartizione, più o meno classica, fra lebbra tubercoloside (a decorso benigno, con tendenza alla guarigione, quindi con prognosi fausta e che sostanzialmente porta a invalidità molto minori), lebbra lepromatosa (che è la più grave con prognosi infausta per la vita e infausta per la capacità di lavoro) e la forma mediana, cioè la lebbra incarcatteristica. Purtroppo sono ancora molto alti i casi di lebbra lepromatosa in cui le invalidità sono notevoli per quel che riguarda le mutilazioni alle mani e ai piedi, la sterilità, la paralisi, le lesioni viscerali, eccetera. La notevole presenza di questa forma maggiormente invalidante rende necessaria un'assistenza specifica nel protrarsi del tempo anche per un'altra caratteristica della malattia, cioè la possibile ripresa dopo una certa qual fase di guarigione apparente.

Detto questo e dato, in linea di massima, un giudizio positivo sul provvedimento che stiamo discutendo, desidero fare alcuni rilievi. Confrontando il disegno di legge attuale coi precedenti legislativi e soprattutto con la legge n. 921 del 1962, successivamente modificata nel 1971 dalla legge n. 904, vediamo che manca qualcosa che a me pare molto importante, cioè la definizione del concetto di familiare a carico. Le leggi del 1961, del 1962 e del 1971 fanno espresso riferimento al testo unico sugli assegni familiari. Credo che noi dovremo approfondire questo problema.

S P I N E L L I . Scusi l'interruzione, ma in quelle leggi c'era anche un altro con-

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

retto e cioè la possibilità di sospendere gli aiuti a coloro che non ottemperavano all'obbligo di curarsi.

J E R V O L I N O R U S S O R O S A .  
Esatto, ma a questo sarei arrivata fra poco. Sono d'accordo con il senatore Carlassara circa l'abolizione della diversificazione tra figli maschi e figlie femmine perchè tale diversificazione non ha più ragione d'essere. Tale diversità è presente nella legge n. 921 del 1962, viene ripresa e aggravata (nel senso di essere resa più evidente) dalla legge n. 404 del 1971, che, nel secondo comma dell'articolo 3, lascia fermo il sussidio al 21° anno di età per i figli maschi, mentre lo porta sino al 30° anno di età per le figlie femmine.

Inoltre, sia nella legge del 1962 che in quella del 1971 è prevista la prosecuzione, in favore dei familiari, del sussidio *post mortem* del lebbroso (penultimo comma dell'articolo 1 della legge n. 921 del 1962, fino a 18 mesi dopo la morte; ultimo comma dell'articolo 2 della legge n. 404 del 1971, fino a 24 mesi dalla morte del lebbroso). La prosecuzione del sussidio *post mortem* è un principio che, a mio giudizio, va recuperato. Certo si tratta di una indennità piuttosto strana, nel senso che non si capisce bene se è di carattere assistenziale o se è sostitutiva del salario, comunque essa tiene conto del fatto che il lebbroso non ha altra capacità di guadagno. Dobbiamo quindi porci questo problema, perchè ritengo soltanto apparente il vantaggio di aumentare l'indennità, se si dimentica lo stato di bisogno in cui la famiglia può versare dopo la morte del lebbroso.

Un altro punto desidero sottoporre alla attenzione della Commissione. Il provvedimento in esame è piuttosto anomalo perchè, pur essendo una norma di principio per le regioni, poi si comporta con la puntualità tipica della norma diretta. Comunque l'articolo 4 della legge n. 921 del 1962 attribuiva al medico provinciale la competenza a disporre il sussidio. Nel provvedimento in esame non si dice alcunchè e pertanto solleva il problema: comunque potrà benissimo essere la regione a stabilire quale sarà

l'autorità sanitaria competente a prendere tale decisione.

Infine il problema ricordato poc'anzi dal senatore Spinelli, cioè la revoca del sussidio. Esaminando gli articoli 3 e 4 della legge n. 921 notiamo che la revoca, come del resto la sospensione, è formulata come un provvedimento disciplinare. Non mi sembra opportuno riaffermare tale carattere punitivo, ma senza dubbio sarebbe positivo prevedere un meccanismo che leghi l'hanseniano all'obbligo di proseguire la cura e a tener conto delle norme di profilassi che gli sono prescritte.

Diversificazione dell'entità del sussidio. È un problema sul quale abbiamo pensato a lungo. Non c'è dubbio che ha ragione il senatore Carlassara nell'affermare che l'hanseniano ricoverato ha spese minori e quindi dovrebbe aver titolo a percepire un sussidio, magari simbolicamente, inferiore. Io avevo interpretato — e chiedo conferma al Governo — questa equiparazione del sussidio nel senso di voler sostanzialmente incentivare il ricovero per un preciso motivo e ne spiego le ragioni. Ha ragione il senatore Carlassara nel dire che dal punto di vista della sensibilità personale del malato stare in ospedale è forse più penoso che non restare nella comunità familiare; esiste però il problema del contagio che, nel morbo di Hansen, è da uomo a uomo. C'è quindi un interesse — dal punto di vista della tutela sanitaria — a incentivare il ricovero concedendo al malato un sussidio uguale a quello che avrebbe se restasse in famiglia, e quindi in sostanza dandogli di più perchè, se ricoverato, non ha spese di vitto di disinfezione, eccetera.

Proprio perchè siamo in materia di direttive alle regioni ed in presenza di una situazione della curva della malattia che non si capisce se sia ascendente o discendente, ritengo necessaria una norma che incentivi il rispetto della profilassi preventiva. Anche la conoscenza della fenomenologia con cui si manifesta la malattia potrebbe essere opportuna soprattutto nelle regioni meridionali nelle quali il morbo di Hansen, senza dubbio, ha un peso notevole.

Abbiamo visto prima che tale malattia causa una invalidità notevole, però è anche vero che il grado di invalidità derivante da altre malattie può non essere minore. Il mio auspicio quindi è che si possa giungere alla revisione quantitativa dei sussidi agli hanseniani come primo passo anche per la revisione quantitativa dei trattamenti di aiuto ad altre categorie con un grado di invalidità egualmente grave.

**P R E S I D E N T E.** Senatrice Jervolino, di fatto devo rilevare che lo schema distribuito la scorsa settimana è perfettamente leggibile. Tuttavia, ritengo pienamente giustificato il rinvio in quanto la proposta di legge andava letta ed esaminata. Comunque, il testo in mio possesso e quello del Governo risultano leggibili.

**S P I N E L L I.** Desidero accennare brevemente alla questione del riassunto dei lavori della nostra seduta di giovedì, non per far carico a qualcuno — e neanche agli uffici — del ritardo nella trasmissione anche del semplice testo governativo. Tra l'altro, è bene che oltre al testo della legge in esame vengano forniti a tutti i commissari, e non soltanto al relatore, i precedenti legislativi.

**P R E S I D E N T E.** La documentazione relativa ai precedenti legislativi viene distribuita, in fotocopia, a ciascun Gruppo politico e non a ciascun componente della Commissione, per precisa disposizione presidenziale ispirata ad evidenti ragioni di economia, senatore Spinelli.

**S P I N E L L I.** La settimana scorsa io ho giustificato la richiesta di rinvio non solo per l'ora tarda, ma anche perchè non eravamo nelle condizioni, per mancanza di documentazione, di esaminare il provvedimento in questione.

Sgombrato il campo da questi rilievi, vorrei passare all'esame del disegno di legge, ringraziando il relatore per la sua sintetica, ma chiara relazione.

Anzitutto, rilevo l'anomalia dell'*iter* del provvedimento augurandomi che la stessa cosa si verifichi per una serie di proposte di legge che ritengo più importanti di quel-

la che stiamo discutendo. Liberato il campo dalle facili demagogie, devo sottolineare che il disegno di legge in argomento, anche in rapporto all'attuale, scarsa evidenza sociale della malattia e alla sua incidenza epidemiologica, non è il più urgente rispetto a tanti altri. Basti pensare che ancora non abbiamo iniziato ad esaminare quel provvedimento-base che è il Piano sanitario nazionale. Non so neanche se esso è stato trasmesso alla Camera o è rimasto al Senato: al riguardo, il rappresentante del Governo ci potrà dare notizie.

Vorrei altresì rilevare che questo provvedimento, che segue una serie di altri, riflette il retaggio di una condizione di emarginazione e di paura irrazionale della malattia ereditata dal Medio Evo e dalle epoche successive (indicativi al riguardo sono i quadri di Bruegel il Vecchio in cui sono ritratti lebbrosi). Pertanto noi — e soprattutto il Ministero della sanità — avremmo il dovere di smitizzare questo morbo, di far capire che oggi è curabilissimo e che anche i postumi possono essere evitati se la malattia viene tempestivamente diagnosticata, denunciata e curata. Tra l'altro, credo che alcune norme contenute nell'articolo 3 della legge n. 921 del 6 luglio 1962, a cui si è riferita prima la senatrice Jervolino, non abbiano carattere disciplinare, anche se la forma può farlo pensare, ma soprattutto un valore profilattico, nel senso di favorire la denuncia della malattia e la possibilità di curarla realmente. Ritengo, altresì, che il provvedimento risenta — come è già stato rilevato da altri — di una ennesima frammentazione della legislazione assistenziale poichè credo che la sua natura non sia sanitaria, ma prettamente assistenziale.

Io penso che una maniera organica di legiferare dovrebbe inquadrare i problemi particolari nella riforma generale dell'assistenza sociale (a questo proposito, abbiamo presentato un disegno di legge). Secondo me, in una corretta visione anche dell'assistenza sociale, tali fenomeni non vanno trattati monetizzando una emarginazione, ma cercando di eliminarla perchè non ha più motivo di essere. Oggi sono conosciute le cause della malattia ed applicati i rimedi terapeutici; si è capito che non si tratta di un mor-

bo ad alta contagiosità come veniva ritenuto nel Medio Evo e nelle epoche successive. Una maniera corretta ed organica di legiferare dovrebbe inoltre presupporre l'inquadramento del provvedimento in un contesto che riguardi tutta l'invalidità (la senatrice Jervolino ricordava prima che postumi invalidanti anche più gravi di quelli provocati dalla malattia di cui stiamo discutendo possono essere creati da altre evenienze morbose). Il considerare isolatamente il fenomeno dell'assistenza agli hanseniani e i loro postumi invalidanti rappresenta una maniera sbagliata di legiferare.

Accenno soltanto al discorso sulle cifre: l'entità di esse, per la verità, appare abbastanza sproporzionata in confronto a quelle che si danno per altre forme di invalidità e ad altre evenienze morbose e non è suffragata da una giustificazione oggettiva.

Un'altra cosa, già rilevata dal relatore e che io intendo sottolineare, è l'assurdità del prelievo dal Fondo sanitario nazionale di queste somme per l'assistenza ai lebbrosi: ciò, sia per non ridurre ulteriormente un fondo già ritenuto incongruo per le sue finalità, sia per un ennesimo inquinamento, che in questo modo incoraggiamo proprio nel momento in cui andiamo a riformare e modificare il sistema, del sanitario col sociale: sono cose diverse che bisogna tener separate anche nel reperimento delle risorse finanziarie.

Con tutti questi limiti, che inducono a notevoli perplessità circa l'approvazione del provvedimento, la mia parte — come ha già detto il relatore — è disponibile per arrivare a un testo che tenga conto di queste osservazioni e che quindi venga modificato nella sua sostanza, anche reintroducendo alcune cose contenute nella legge numero 921, che non sto a ripetere avendole chiaramente esposte la senatrice Jervolino, e che comunque vanno ricordate con uno specifico riferimento a quella legge, ammeso che non si voglia farne precisa menzione in questa sede.

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

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione.* Ciò che ho ascoltato nel corso della discussione generale mi pare riproduca i dubbi che io stesso avevo affacciato nella mia breve relazione. Non posso, quindi, che concordare e cercare di sollecitare nella Commissione un accordo sulle eventuali modifiche da apportare al testo al nostro esame, modifiche messe in evidenza più o meno da tutti. Un'unica precisazione: sono contrario non solo a mantenere, ma anche a riferirci alla legge del 1961 per quanto riguarda il mantenimento a 24 mesi dell'assegno *post mortem*. Infatti, data la congruità dell'assegno e poichè esso viene legato a miglioramenti automatici in base all'articolo di questa legge, mi sembra inutile e inopportuno mantenere un assegno che duri 24 mesi dopo la morte del lebbroso.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità.* Ringrazio il relatore e gli onorevoli senatori per il notevole contributo dato alla discussione del provvedimento. Vorrei, adempiendo ad alcune sollecitazioni pervenute nel corso del dibattito, dare talune informazioni su dati obiettivi che possano consentire alla Commissione di disporre di elementi di valutazione utili alla formulazione del suo giudizio. Mi riferisco al numero degli hanseniani, alla loro distribuzione sul territorio nazionale, alla misura del sussidio di cui fruiscono, al numero dei familiari a carico e all'entità del sussidio ad essi attualmente erogato.

Gli hanseniani ricoverati o assistiti a domicilio sono 543; i loro familiari a carico sono 520. Questa è la distribuzione per regione:

Abruzzo: hanseniani n. 4, sussidio lire 4.000; familiari a carico n. 4, sussidio lire 2.000;

Basilicata: hanseniani n. 6, sussidio lire 3.000; familiari a carico n. 8, sussidio lire 2.000;

Calabria: hanseniani n. 108, sussidio lire 7.500; familiari a carico n. 148, sussidio lire 2.300;



12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

Campania: hanseniani n. 31, sussidio lire 9.000; familiari a carico n. 40, sussidio lire 3.000;

Emilia e Romagna: hanseniani n. 6, sussidio lire 5.500; familiari a carico n. 5, sussidio lire 2.000;

Friuli-Venezia Giulia: hanseniani n. 2, sussidio lire 5.500; familiari a carico nessuno, sussidio lire 2.000;

Lazio: hanseniani n. 10, sussidio lire 3.000; familiari a carico n. 8, sussidio lire 2.000;

Liguria: hanseniani n. 74, sussidio lire 2.500; familiari a carico n. 52, sussidio lire 2.000;

Lombardia: hanseniani n. 9, sussidio lire 3.000; familiari a carico n. 8, sussidio lire 2.000;

Marche: hanseniani n. 2, sussidio lire 3.000; familiari a carico nessuno, sussidio lire 2.000;

Molise: hanseniani n. 7, sussidio lire 3.000; familiari a carico n. 4, sussidio lire 2.000;

Piemonte: hanseniani n. 14, sussidio lire 3.000; familiari a carico n. 14, sussidio lire 2.000;

Puglia: hanseniani n. 121, sussidio lire 9.000; familiari a carico n. 100, sussidio lire 3.000;

Sardegna: hanseniani n. 26, sussidio lire 6.500; familiari a carico n. 35, sussidio lire 2.000;

Toscana: hanseniani n. 32, sussidio lire 5.000; familiari a carico n. 23, sussidio lire 4.000;

Trentino-Alto Adige: hanseniani n. 4, sussidio lire 3.000; familiari a carico n. 1, sussidio lire 2.000;

Umbria: hanseniani n. 1, sussidio lire 3.000; familiari a carico nessuno, sussidio lire 2.000;

Veneto: hanseniani n. 6, sussidio lire 3.000; familiari a carico n. 3, sussidio lire 2.000;

Sicilia: hanseniani n. 80, sussidio lire 7.500; familiari a carico n. 67, sussidio lire 2.000;

Valle d'Aosta: nessun hanseniano e nessun familiare a carico.

Il primo dato che si evince dalle cifre appena fornite è la rilevante difformità dell'entità dei sussidi agli hanseniani, mentre meno marcata appare quella dei sussidi ai familiari a carico (da un minimo di 2.500 lire a un massimo di 9.000 lire il sussidio agli hanseniani; da un minimo di 2.000 lire a un massimo di 4.000 il sussidio per i familiari a carico).

Si può anche dire, con una prima approssimazione, che, con l'eccezione della Liguria, come sempre parsimoniosa, l'entità del sussidio è più elevata là dove gli hanseniani sono più numerosi ed hanno quindi una maggior capacità di pressione, mentre è inferiore là dove gli hanseniani sono meno numerosi.

Una delle prime ragioni che hanno ispirato questo provvedimento è rappresentata dalla necessità di perequare il trattamento economico riservato agli hanseniani di tutto il Paese. Sono il primo ad ammettere che è discutibile l'entità del sussidio prevista dal provvedimento, anche in relazione — e lo diceva giustamente il senatore Spinelli — ad una visione comparativa della situazione complessiva in materia. Era comunque necessario fissare una norma perequativa. Il secondo motivo che ha ispirato la formulazione del provvedimento in esame inerisce alla questione, giustamente sollevata da qualcuno, se il sussidio in questione dovesse essere o meno a carico del Fondo sanitario nazionale, se si trattasse o meno di una misura assistenziale o sanitaria. A mio avviso, e ad avviso del Governo, il disegno di legge tende, oltre che ad uniformare i diversi trattamenti, anche ad essere uno stimolo per il *dépistage* di tutti i cittadini affetti dal morbo di Hansen. La stessa varietà delle cifre che la senatrice Russo Jervolino ha qui ricordato e l'incertezza dei censimenti degli hanseniani dimostrano che esiste un certo numero di persone affette dal morbo di Hansen che non sono affatto censite, nè assistite, nè curate. Si deve infatti pensare che si tratta di una malattia che si contrae in paesi assai distanti dal nostro e che colpisce, di norma, stranieri

residenti in Italia, magari anche nazionalizzati, o italiani che hanno trascorso parte della loro vita in territori lontani dalla madrepatria. Spesso si tratta di persone che si trattengono un certo periodo nel nostro Paese e di cui nessuno sa niente. Il disegno di legge, quindi, prevede per queste persone una specie di premio di assistenza e cura.

Concordo pienamente con le osservazioni che sono state fatte circa l'opportunità di richiamare esplicitamente norme della legislazione precedente, peraltro non revocate da questo provvedimento: mi riferisco in modo particolare all'articolo 3 della legge n. 921 del 1972, la quale prevede la revoca del sussidio qualora l'hanseniano si allontani dal luogo di cura contro il parere del sanitario, oppure non si sottoponga a periodici accertamenti ambulatoriali sul muco nasale (come è noto, è necessario controllare che non si verifichino ricadute della malattia).

Se vogliamo che il sussidio non si riduca ad una pura e semplice erogazione di risorse economiche a questi concittadini meno fortunati, ma costituisca invece un'incentivazione al *dépistage*, all'autosegnalazione, ad un rapporto corretto con i centri di diagnosi e cura, a vantaggio dello stesso hanseniano e della collettività, è opportuno che si faccia richiamo alla legge citata. Del resto, già per la tubercolosi la nostra legislazione ha adottato misure di questo tipo. Da questo punto di vista il provvedimento assume, in qualche misura, carattere sanitario e non soltanto di sussidio, in quanto prevede una sorta di indennità di assistenza e cura. Naturalmente, la cura non deve avvenire in modo coatto: abbiamo abolito i trattamenti sanitari obbligatori, salvo in casi molto particolari. Come provvedimento sanitario, dicevo, è logico che la spesa che esso comporta sia a carico del Fondo sanitario nazionale.

È stato giustamente ricordato come il morbo di Hansen sia forse considerato molto più contagioso di quanto non sia in realtà: sicuramente è più contagioso il morbillo. Esiste, tuttavia, di fatto, una forma di rifiuto sociale nei confronti del lebbroso, che è il risultato da una sedimentazione culturale qui egregiamente ricordata dal senatore Pittella. Superare una tale situazione non sarà certa-

mente opera facile nè di breve momento. Questo rifiuto sociale spiega la peculiarità del provvedimento che, come ha osservato il senatore Spinelli, altrimenti non si giustificerebbe nell'ambito di un indirizzo legislativo che, sulla spinta della legge n. 833, vede l'intervento sanitario in termini molto generali.

**S P I N E L L I .** Vorrei sapere se il Governo intende concedere il previsto sussidio a chiunque, o soltanto a chi non abbia un introito di qualsiasi genere. Non so, infatti, quanto possa essere ritenuto giusto dare ventimila lire al giorno a chi già gode di un reddito, da lavoro o meno. Il fatto stesso che la persona in questione lavori sta a dimostrare che non esiste, nei suoi confronti, alcun rifiuto sociale.

**O R S I N I , sottosegretario di Stato per la sanità.** È una giusta osservazione. Non ho alcuna difficoltà ad accogliere eventuali emendamenti in tal senso. I soggetti attualmente assistiti dalle regioni (quelli cui si riferiscono i dati che ho appena fornito) sono quasi tutti ricoverati: è pertanto da escludere che lavorino e percepiscano un reddito. Credo che, tra coloro che fruiscono del sussidio, siano ben pochi quelli che possono lavorare. Comunque, ripeto, sono disposto ad accogliere favorevolmente un emendamento tendente a stabilire una differenziazione di trattamento tra chi lavora e chi non lavora.

Per quanto riguarda un'osservazione fatta, mi pare, dal senatore Carlassara, e ripresa dalla senatrice Jervolino, ritengo che, in certe fasi, una incentivazione al ricovero potrebbe essere utile; ma, a quanto mi risulta, gli ammalati in condizioni di ricovero finiscono per fruire di larghissime libertà di circolazione. Pertanto non vi è grande differenza ai fini del rapporto esterno tra ammalati. Si tratta di lungodegenti che istituiscono un particolare rapporto con le istituzioni, anche dal punto di vista disciplinare. Il ricovero, indubbiamente, presenta una serie di aspetti positivi e di garanzie, in relazione all'igiene degli indumenti, per esempio, sebbene il contagio avvenga per via diretta. La distinzione tra i ricoverati e i non ricoverati è pertanto su-

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

perflua. Può essere accettata, purchè non si traduca in una disincentivazione al ricovero tale da creare altri problemi.

Mi pare, concludendo, di aver esposto la posizione di coloro che hanno formulato il testo sottoposto all'approvazione della Commissione, il quale presenta molti aspetti positivi soprattutto in ordine all'incentivazione dell'autodenuncia. Ritengo opportuno approvare un emendamento tendente a prevedere la revoca della concessione del sussidio per coloro che si sottraggano ai trattamenti medici.

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Chiedo che la Commissione sospenda brevemente la seduta, prima di passare all'esame degli articoli, onde consentire l'approfondimento di taluni dati.

**PRESIDENTE**. Se non si fanno osservazioni, sospendo brevemente la seduta.

*I lavori vengono sospesi alle ore 11,45 e sono ripresi alle ore 12,10.*

**PRESIDENTE**. Passiamo all'esame e alla votazione degli articoli. Ne do lettura:

#### Art. 1.

A decorrere dall'1 gennaio 1979 i cittadini affetti dal morbo di Hansen ricoverati in appositi luoghi di cura o assistiti a domicilio hanno diritto al sussidio nella misura di lire 20.000 giornaliera.

Il sussidio indicato al primo comma è integrato di lire 4.000 per ogni familiare a carico.

A questo articolo è stato presentato, da parte dei senatori Rosa Jervolino Russo, Spinelli e Carlassara, un emendamento tendente ad aggiungere al primo comma, dopo le parole: « affetti dal morbo di Hansen », le altre: « e riconosciuti tali da una pubblica autorità sanitaria individuata dalle Regioni ».

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Mi rimetto al parere della Commissione.

ne. Vorrei però sottolineare che il termine « riconosciuti tali » implica già che sia avvenuta una diagnosi. Ritengo che non sia facile per una persona farsi definire lebbroso soltanto per percepire un certo contributo. Credo, pertanto, che sarebbe una misura sufficiente per il riconoscimento della malattia affidare al servizio nazionale pubblico, al laboratorio di igiene e profilassi, piuttosto che all'ente provinciale, il compito di accertare non già se si è portatori del morbo di Hansen ma se se ne è affetti.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento presentato, ma vorrebbe avere ulteriori chiarimenti in merito al fatto che questa affezione debba essere riconosciuta da una autorità sanitaria pubblica.

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Attualmente il riconoscimento avviene su denuncia del medico di base del sospetto di malattia. L'accertamento, come per altre malattie infettive, avviene attraverso il medico provinciale funzionario della regione, quindi attraverso il servizio sanitario pubblico a più alto livello, in un idoneo laboratorio di igiene e profilassi provinciale. Affidare il riconoscimento della malattia al servizio pubblico, con la specificazione della « pubblica autorità sanitaria », mi sembra volere aggiungere all'articolo un concetto che è in realtà già riconosciuto.

**JERVOLINO RUSSO ROSA**. La preoccupazione di fondo nasce dal fatto che dal riconoscimento della malattia discende la corresponsione di una indennità personale quantitativamente notevole, nonché di una indennità di lire 4.000 per ogni familiare a carico. Per la corresponsione di tali indennità è stato stabilito un momento iniziale ma non uno finale. Infatti, come già si è detto, non è stato inserito nel disegno di legge il possibile concetto di « guarito ». C'è quindi tutto l'interesse ad accertare nel modo più preciso l'effettiva incidenza della malattia. Noi non abbiamo fatto riferimento all'unità sanitaria locale, ma abbiamo pienamente rispettato le competenze delle re-

gioni. Abbiamo soltanto cercato di vincolare ad una pronuncia precisa e responsabile il concetto che, nel disegno di legge, è espresso genericamente con le parole « affetti dal morbo di Hansen ». Secondo una interpretazione letterale della legge, infatti, se una struttura pubblica, o anche privata, dichiara che io, ad esempio, ho il morbo di Hansen, io ho diritto al sussidio. Noi chiediamo che tale dichiarazione sia accertata e fatta propria da una autorità sanitaria individuata dalla regione. Se la regione sceglierà il medico provinciale, sarà il medico provinciale. Ci sembra comunque importante vincolare ad un momento certificativo pubblico di scelta della regione l'inizio della corresponsione di tali benefici.

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Non mi pare giusta tale impostazione. Il riconoscimento di una malattia infettiva avviene attraverso la massima autorità provinciale, vale a dire il medico provinciale.

A questo articolo presento un emendamento formale: al primo comma, prima della parola « affetti », aggiungere l'altra: « riconosciuti ».

**MERZARIO**. Non mi risulta chiara la disputa per l'invenzione di strane figure che dovrebbero sovrapporsi o avere poteri del tutto particolari. L'articolo 14 della legge di riforma sulle attribuzioni e competenze delle USL parla anche di accertamenti e certificazioni del medico legale, riservandosi la sola eccezione del punto 7) dell'articolo 6 che, come i colleghi sanno, attiene soltanto ai servizi delle forze armate e della polizia.

Esiste, dunque, un servizio sanitario nazionale. Il medico provinciale non avrà più, fra l'altro, le stesse funzioni. Il laboratorio di igiene e profilassi sarà integrato nelle USL. Le regioni stabiliranno, con i nuovi strumenti, quale sarà l'autorità competente a rilasciare le certificazioni. Non inventerei altre figure.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Come ho detto, il Governo è favorevole all'emendamento presentato dai senatori Jervolino Russo, Spinelli e Carlassara.

**BELLINZONA**. Noi riteniamo che l'emendamento Pittella non sia in contrasto con quello presentato dalla senatrice Jervolino e dai senatori Spinelli e Carlassara; quest'ultimo, però, mi pare maggiormente esplicativo. La ragione per la quale non voteremo a favore dell'emendamento Pittella è soltanto quella che, comprendendone e condividendone le finalità, riteniamo che le stesse siano fundamentalmente recepite nell'altro emendamento.

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Ritiro l'emendamento. Osservo, però, che scendere troppo nei particolari delle leggi di indirizzo, non è cosa ben fatta.

**CIACCI**. A me pare che un emendamento dovrebbe ribadire quanto previsto dalla legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale circa il servizio di medicina legale, che è affidato all'unità sanitaria locale. Quindi, il riconoscimento deve avvenire attraverso il servizio medico legale delle unità sanitarie locali. Il servizio di medicina legale delle USL viene svolto in convenzione con gli istituti di medicina legale delle università, là dove esistono, e là dove non esistono vi è comunque un servizio adeguato, in fase di approntamento, e quando la legge sarà definitivamente varata tali servizi esisteranno. Non mi pare che sia necessario inventare un servizio diverso da quello già previsto dalla legge n. 833.

**SPINELLI**. Vorrei chiarire, in merito alle perplessità espresse dal collega Ciacci, che il fenomeno della lebbra è quantitativamente abbastanza ridotto. Del resto, le cifre che ci ha fornito il Sottosegretario lo dimostrano.

La formula generica « da una pubblica autorità sanitaria individuata dalle Regioni » serve secondo noi innanzitutto a non invadere l'autonomia regionale e in secondo luogo a far sì che la regione possa concentrare, la dove ne ritenga l'opportunità, questo tipo di accertamenti in un solo luogo, visto che non tutte le autorità sanitarie locali sono in grado di fare accertamenti epidemiologici di questo tipo. In questo modo

avevamo cercato di ottemperare alle due esigenze: un riconoscimento pubblico della malattia per evitare abusi connessi al previsto sussidio e la possibilità di una organizzazione confacente per questo riconoscimento.

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Penso che le osservazioni fatte dal senatore Spinelli debbano essere attentamente considerate e debbano indurci ad un momento di riflessione. Secondo me è necessario che questo accertamento sia affidato non ad una autorità sanitaria purchessia, ma ad una autorità sanitaria in grado di poter fare la diagnosi o l'accertamento di malattia. Soltanto in questa maniera si evitano i pericoli che sono stati qui affacciati. Per cui, se questo emendamento dovesse rimanere nella formulazione attuale il relatore non può dichiararsi favorevole.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento.

**PRESENTE**. Metto ai voti lo emendamento presentato dai senatori Rosa Jervolino Russo, Spinelli e Carlassara tendente ad aggiungere al primo comma, dopo le parole: « affetti dal morbo di Hansen », le altre: « e riconosciuti tali da una pubblica autorità sanitaria individuata dalle Regioni ».

**E approvato.**

Sempre al primo comma, i senatori Rosa Russo Jervolino, Carlassara e Pittella hanno presentato un emendamento tendente a sostituire le parole da « ricoverati in appositi luoghi di cura » fino alla fine del comma, con le seguenti: « hanno diritto al sussidio nella misura di lire 17.000 giornaliera, se ricoverati in appositi luoghi di cura, e nella misura di lire 20.000 giornaliera, se assistiti a domicilio ».

**GROSSI**. Vorrei far riflettere i colleghi senatori sull'impegno burocratico che comporta questa distinzione fra assistiti a domicilio e in casa di cura. Può avvenire che per un mese un hanseniano sia ricoverato e per un mese stia a casa. Diventerebbe

necessaria una complessa documentazione, probabilmente a carico del malato, per il diverso sussidio cui avrebbe diritto. Si introdurrebbe così una complicazione burocratica per una distinzione che non incide sostanzialmente sull'entità del provvedimento. Mi sembra più semplice e meno costoso — perchè la burocrazia costa — stabilire una cifra unica.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole.

**PRESENTE**. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento sostitutivo presentato dai senatori Rosa Jervolino Russo, Carlassara e Pittella.

**E approvato.**

Metto ai voti il primo comma nel testo modificato.

**E approvato.**

Metto ai voti il secondo comma, cui non sono stati presentati emendamenti.

**E approvato.**

I senatori Bellinzona, Carlassara, Merzario, Ciacci, Rosa Jervolino Russo e Pittella hanno proposto di inserire, dopo il secondo, il seguente comma aggiuntivo:

« In presenza di eventuali altri redditi, i cittadini di cui al primo comma hanno diritto al sussidio nella misura concorrente alla formazione di un reddito annuo netto di lire 7.500.000 ».

Vorrei far rilevare al senatore Bellinzona e agli altri che in effetti il nullatenente viene a ricevere un reddito intorno agli otto milioni di lire. Quindi se lei ritiene opportuno portare il sussidio a otto milioni...

**BELLINZONA**. Le motivazioni dell'emendamento sono evidenti. Si parte dal presupposto che questo sussidio si ritiene dovuto in presenza di un'infermità tale che impedisca un'attività lavorativa e crei disagi non solo economici alla famiglia. I presentatori dell'emendamento hanno ritenuto opportuno fissare un tetto al di là del quale

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

il sussidio non è più dovuto perchè non più necessario. Perchè 7.500.000 e non di più? Perchè si parla del sussidio, non dell'integrazione dovuta per gli assegni familiari; il sussidio di ventimila lire per trecentosessantacinque giorni all'anno comporta una somma di circa 7.300.000. Abbiamo stabilito la cifra in 7.500.000 per non essere fiscali. Quella prevista dal secondo comma dell'articolo è un'integrazione al sussidio.

**PRESIDENTE.** Ma bisogna specificare « senza familiari a carico ».

**BELLINZONA.** Il sussidio di cui al primo comma non è l'integrazione. Comunque, se ci dovessero essere delle perplessità di interpretazione, potremmo aggiungere all'emendamento presentato: « , ferma restando l'integrazione di cui al precedente comma ».

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione.* Sono favorevole alla aggiunta proposta dal senatore Bellinzona.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità.* Anche il Governo è favorevole.

**PRESIDENTE.** Metto ai voti il comma aggiuntivo presentato dai senatori Bellinzona, Rosa Jervolino Russo e Pittella che, con l'integrazione suggerita dal senatore Bellinzona, risulta del seguente tenore:

« In presenza di eventuali altri redditi, i cittadini di cui al primo comma hanno diritto al sussidio nella misura concorrente alla formazione di un reddito annuo netto di 7.500.000, ferma restando l'integrazione di cui al precedente comma ».

**È approvato.**

I senatori Rosa Jervolino Russo, Costa, Forni, Carlassara e Pittella hanno proposto di inserire, dopo il precedente, i seguenti commi aggiuntivi:

« Per la determinazione della qualifica di familiare a carico valgono le disposizioni previste dal testo unico delle norme concernenti la concessione degli assegni familiari, appro-

vate con decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1955, n. 797, e successive modificazioni ed integrazioni.

È abrogato il secondo comma dell'articolo 2 della legge 3 giugno 1971, n. 404 ».

**JERVOLINO RUSSO ROSA.** Nella sostanza il primo intento è quello di dare certezza giuridica al concetto di familiare a carico. E ci sembra giusto riferirci, come del resto faceva la legislazione precedente, al testo unico sugli assegni familiari. L'abrogazione dell'ultimo comma dell'articolo 2 della legge n. 404 del 1971 è stata proposta perchè, come dicevamo prima, non c'è più una ragione giuridica nè di fatto che giustifichi la differenziazione tra figli maschi e figlie femmine.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità.* Mi dichiaro favorevole all'emendamento.

**PRESIDENTE.** Metto ai voti i commi aggiuntivi presentati dai senatori Rosa Jervolino Russo, Costa, Forni, Carlassara e Pittella.

**Sono approvati.**

I senatori Rosa Jervolino Russo, Spinelli e Carlassara hanno proposto di inserire il seguente ulteriore comma aggiuntivo:

« Il sussidio di cui al secondo comma in favore dei familiari a carico viene corrisposto fino a 24 mesi dopo la morte dell'handicappato ».

**JERVOLINO RUSSO ROSA.** Si tratta dell'integrazione del sussidio. La sostanza di questa norma è di non privare i familiari a carico di una previdenza che hanno già in base alla legislazione vigente, cioè per un certo periodo dopo la morte dell'avente diritto. In presenza di figli minori, infatti, e tenendo conto di quello che è stato fatto per gli assegni familiari, ci è sembrato opportuno presentare questo emendamento.

**BELLINZONA.** Se ho ben capito, lei ha corretto il testo letto dal Presidente.

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

**JERVOLINO RUSSO ROSA.** Sì, ho parlato di integrazione.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Esprimo parere favorevole sull'emendamento, con la precisazione che la proroga si riferisce esplicitamente all'integrazione di cui al secondo comma.

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Mi dichiaro favorevole all'emendamento, con la precisazione fatta dal Governo.

**PRESIDENTE**. Metto ai voti il comma aggiuntivo presentato dai senatori Rosa Jervolino Russo, Spinelli e Carlassara che, con la correzione proposta, risulta del seguente tenore: « L'integrazione di cui al secondo comma in favore dei familiari a carico viene corrisposta fino a 24 mesi dopo la morte dell'hanseniano ».

**È approvato.**

E stato, poi, presentato un altro emendamento dal senatore Carlassara...

**CARLASSARA**. Lo ritiro, signor Presidente, poichè è stato assorbito dall'altro.

**PRESIDENTE**. Sta bene. I senatori Rosa Jervolino Russo, Spinelli e Carlassara hanno infine proposto di inserire, alla fine dell'articolo, i seguenti commi aggiuntivi:

« Il sussidio è revocato qualora l'hanseniano non si sottoponga agli accertamenti ed ai trattamenti profilattici e terapeutici prescritti dalle strutture sanitarie delle unità sanitarie locali.

Il provvedimento di cui al comma precedente non si applica per i familiari a carico ».

**JERVOLINO RUSSO ROSA**. Forse sarebbe più corretto dire: « per l'integrazione da corrispondere ai familiari a carico ».

**FORNI**. L'integrazione non si può revocare.

**PRESIDENTE**. Si può revocare perchè gli accertamenti, ad esempio, potreb-

bero portare alla constatazione che il soggetto non è più hanseniano.

**DEL NERO**. Se non si sottopone all'accertamento?

**PRESIDENTE**. Uno magari può essere chiamato perchè si sottoponga agli accertamenti, può anche essere guarito ed essere considerato ancora hanseniano.

**FORNI**. Sarebbe opportuno, forse, non parlare affatto dell'integrazione.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Si potrebbe fare a meno di parlare, non essendo soppressa.

**JERVOLINO RUSSO ROSA**. Tutto sommato, però, rimarrebbe una situazione di incertezza. Si potrebbe, allora, precisare nella prima parte dell'emendamento che non si perde il sussidio di cui al primo comma.

**PRESIDENTE**. Per un migliore coordinamento del provvedimento, vorrei però far rilevare che è stato già dato incarico alle regioni di fare gli accertamenti, mentre qui proponete di dare l'incarico alle unità sanitarie locali. Ora ritengo che dovrebbe essere sempre la stessa autorità a farli.

**JERVOLINO RUSSO ROSA**. Potremmo dire: « dall'autorità sanitaria competente ».

**DEL NERO**. Oppure si potrebbe dire: « dall'autorità sanitaria di cui al comma precedente ».

**JERVOLINO RUSSO ROSA**. Direi di no perchè la cosa è diversa: diverso, infatti, è l'accertamento, che presuppone una struttura di gabinetto di analisi, eccetera, e diversi sono la cura ed il trattamento, che possono essere fatti anche da un medico di base. Pertanto ritengo sia meglio dire: « dall'autorità sanitaria competente ».

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

**P R E S I D E N T E .** Vorrei soltanto far rilevare che lo scopo principale di questo accertamento è di stabilire se sussiste ancora o meno lo stato di malattia e quindi il diritto al sussidio.

**O R S I N I ,** *sottosegretario di Stato per la sanità.* Mi permetto di interpretare il pensiero della senatrice Jervolino. Credo che questo emendamento — che io giudico molto importante e per il quale sono del tutto favorevole — miri a far sì che il provvedimento costituisca un'incentivazione a sottoporsi alle misure di cui stiamo parlando, che, se non altro, eliminano la contagiosità, e prevede una sanzione nel caso in cui il soggetto non faccia quello che è nell'interesse personale e collettivo.

**P R E S I D E N T E .** L'emendamento, allora, dovrebbe essere del seguente tenore: « Il sussidio di cui al primo comma è revocato qualora l'hanseniano non si sottoponga agli accertamenti e ai trattamenti profilattici e terapeutici prescrittigli dall'autorità sanitaria competente ».

**B E L L I N Z O N A .** Sarà magari un preziosismo, ma forse sarebbe meglio dire: « ...è temporaneamente revocato », altrimenti basta che uno non si sottoponga agli accertamenti che il sussidio gli viene tolto per sempre.

**P I T T E L L A ,** *relatore alla Commissione.* Sono favorevole a quest'ultima formulazione dell'emendamento.

**O R S I N I ,** *sottosegretario di Stato per la sanità.* Anche il Governo è favorevole.

**P R E S I D E N T E .** Metto ai voti il comma aggiuntivo presentato dai senatori Rosa Jervolino Russo, Spinelli e Carlassara che, con le modificazioni proposte, risulta del seguente tenore: « Il sussidio di cui al primo comma è temporaneamente revocato qualora l'hanseniano non si sottoponga agli ac-

certamenti e ai trattamenti profilattici e terapeutici prescrittigli dall'autorità sanitaria competente ».

**E approvato.**

Metto ai voti nel suo insieme l'articolo 1 che, nel testo emendato, risulta così formulato:

Art. 1.

A decorrere dal 1° gennaio 1979 i cittadini affetti dal morbo di Hansen e riconosciuti tali da una pubblica autorità sanitaria individuata dalle Regioni hanno diritto al sussidio nella misura di lire 17.000 giornaliere, se ricoverati in appositi luoghi di cura, e nella misura di lire 20.000 giornaliere, se assistiti a domicilio.

Il sussidio indicato al primo comma è integrato di lire 4.000 per ogni familiare a carico.

In presenza di eventuali altri redditi, i cittadini di cui al primo comma hanno diritto al sussidio nella misura concorrente alla formazione di un reddito annuo netto di lire 7.500.000, ferma restando l'integrazione di cui al precedente comma.

Per la determinazione della qualifica di familiare a carico valgono le disposizioni previste dal testo unico delle norme concernenti la concessione degli assegni familiari, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1955, n. 797, e successive modificazioni ed integrazioni.

È abrogato il secondo comma dell'articolo 2 della legge 3 giugno 1971, n. 404.

L'integrazione di cui al secondo comma in favore dei familiari a carico viene corrisposto fino a 24 mesi dopo la morte dell'hanseniano.

Il sussidio di cui al primo comma è temporaneamente revocato qualora l'hanseniano non si sottoponga agli accertamenti e ai trattamenti profilattici e terapeutici prescrittigli dall'autorità sanitaria competente.

**E approvato.**



12ª COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

**Art. 2.**

L'entità del sussidio indicato all'articolo 1 è annualmente variata in relazione agli indici stabiliti per la maggiorazione della indennità integrativa speciale di cui all'articolo 1 della legge 27 maggio 1959, n. 324, e successive modificazioni.

**MERZARIO.** Signor Presidente, faccio presente l'opportunità della soppressione di questo articolo perchè non mi sembra giusto applicare le gabbie salariali anche in questa materia, per cui indicizziamo addirittura il sussidio e l'indennità integrativa speciale. Con 20.000 lire giornaliere io credo che siamo già coperti per alcuni anni anche dallo stato inflattivo. Tenendo conto che siamo partiti da 4.000 lire per arrivare a 20.000, credo che non vi sia bisogno ogni anno di applicare la scala mobile anche in questo settore che comprende 500 persone. Suppongo che le regioni avranno tanto buon senso, se la situazione dovesse ulteriormente peggiorare, da trovare forme integrative senza inserire l'indicizzazione nel provvedimento, anche per non creare un precedente per altri tipi di malattie sociali, che ritengo molto pericoloso.

**COSTA.** Mi associo a quanto detto dal senatore Merzario.

**PRESENTE.** Poichè non sono stati presentati altri emendamenti, e nessun altro chiede di parlare, metto ai voti il mantenimento dell'articolo 2.

**Non è approvato.**

**Art. 3.**

L'onere relativo all'erogazione del sussidio compete alle Regioni e Province autonome di residenza dell'hanseniano.

Limitatamente all'esercizio 1979 lo Stato rimborsa alle Regioni la differenza fra il sussidio così come determinato nella presente legge e quello complessivamente erogato agli

aventi diritto in base alle precedenti leggi nazionali e regionali.

Gli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge per gli anni 1979, 1980 e successivi, valutati in annue lire tre miliardi e cinquecento milioni, fanno carico sullo stanziamento iscritto al capitolo n. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro, per gli anni finanziari medesimi, concernente il « Fondo sanitario nazionale ».

**PITTELLA,** relatore alla Commissione. Sono favorevole all'approvazione di questo articolo.

**ORSINI,** sottosegretario di Stato per la sanità. Anche il Governo è favorevole.

**MERZARIO.** Signor Presidente, la fretta con cui è stato steso questo provvedimento, l'urgenza con cui è stato poi assegnato alla nostra Commissione in sede deliberante può darsi che abbia indotto gli stessi estensori a fare i calcoli un po' sommariamente. Se sono giusti i calcoli che noi abbiamo fatto, 3 miliardi e mezzo non soddisfano questa esigenza. Io mi preoccupo principalmente per le regioni meridionali perchè in base ai dati che ci ha fornito il sottosegretario Orsini risulta che l'80 per cento degli hanseniani è collocato in tre, quattro regioni meridionali. Ora, siccome manca come minimo un miliardo e mezzo all'anno, i colleghi sappiano che penalizziamo ancora le regioni del Sud, che difficilmente nelle pieghe del loro bilancio troveranno cifre così cospicue (penso alla Puglia, alla Sicilia, alla Calabria). Chiedo, quindi, se non sia il caso di portare la cifra a 5 miliardi, oppure, senza parlare di cifre, dire che l'onere dell'applicazione della presente legge grava sul capitolo del bilancio. Questo, ripeto, senza precisare la cifra, che comunque non basterà, soprattutto per le regioni meridionali. È una preoccupazione che, se evessimo avuto più tempo, forse avremmo meglio valutata; ma ci siamo fermati all'articolo 1 senza considerare le conseguenze successive.

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

**ORSINI**, sottosegretario di Stato per la sanità. Non credo che sia tecnicamente possibile approvare una legge senza la quantificazione della spesa.

**PRESIDENTE**. Non è possibile; lo vieta l'articolo 81 della Costituzione.

**ORSINI**, sottosegretario di Stato per la sanità. Occorre, pertanto, trovare una copertura adeguata.

Dai dati che vi ho citato, però, mi pare risulti che le regioni meridionali fossero quelle che attualmente danno più soldi, perchè, per esempio, è vero che la Puglia ha 121 han-seniani, ma è anche vero che dà 9.000 lire al giorno; diversamente dal Lazio che dà 3.000 lire al giorno.

**MERZARIO**. Sì, questo vale per il 1979, ma per il 1980 è tutto a carico del Fondo.

**FORNI**. Ne potremo discutere quando faremo la discussione sul Fondo.

**MERZARIO**. Si potrebbe rivolgere una raccomandazione al Governo; presentare un ordine del giorno, magari.

**DEL NERO**. Vorrei fare una dichiarazione in questo senso: attesa l'urgenza di varare il provvedimento, siamo d'accordo nell'approvare l'articolo 3 così com'è formulato. Ci permettiamo però di richiamare l'attenzione del Governo su due punti: primo, che sia meglio controllata la capienza dello stanziamento rispetto alle esigenze, che ci fanno sorgere alcuni dubbi; secondo, che non si penalizzino anche qui le regioni che sono state più solerti, perchè il Governo passa una differenza tra quello che le regioni davano nel passato e questi sussidi. In tal modo, si verrebbero a penalizzare proprio le regioni che già avevano aumentato il sussidio, in quanto hanno diritto soltanto all'integrazione tra la quota che corrispondono attualmente e la quota nuova.

**PRESIDENTE**. Questo argomento potrebbe costituire oggetto di un ordine del giorno.

**SPINELLI**. Mi astengo dall'approvazione dell'ultimo comma dell'articolo 3 perchè non ritengo opportuno che si faccia gravare la spesa sul Fondo sanitario nazionale. Poichè, però, mi rendo conto del fatto che non è facile, oggi, assegnare la spesa ad un altro capitolo del bilancio del Ministero della sanità, mi astengo, a nome del mio Gruppo.

**PRESIDENTE**. Poichè nessun altro domanda di parlare, passiamo alla votazione.

Faccio rilevare che al primo comma, dopo le parole: « Province autonome », è opportuno aggiungere: « di Trento e Bolzano ». Metto pertanto ai voti l'articolo 3 che, con la modifica formale da me proposta, risulta del seguente tenore:

#### Art. 3.

L'onere relativo all'erogazione del sussidio compete alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, di residenza dell'han-seniano.

Limitatamente all'esercizio 1979 lo Stato rimborsa alle Regioni la differenza fra il sussidio così come determinato nella presente legge e quello complessivamente erogato agli aventi diritto in base alle precedenti leggi nazionali e regionali.

Gli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge per gli anni 1979, 1980 e successivi, valutati in annue lire tre miliardi e cinquecento milioni, fanno carico sullo stanziamento iscritto al capitolo n. 5941 dello stato di previsione del Ministero del tesoro, per gli anni finanziari medesimi, concernente il « Fondo sanitario nazionale ».

**E approvato.**

#### Art. 4.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano gli atti necessari per adeguare la misura del sussidio spettante ai

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

cittadini indicati all'articolo 1, ai limiti indicati nella presente legge entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore.

I piani sanitari triennali delle Regioni di cui all'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, possono prevedere ulteriori provvidenze, distinte da quelle indicate all'articolo 1, in favore degli hanseniani o dei loro familiari in relazione a particolari condizioni di carattere epidemiologico, ambientale e familiare degli assistiti hanseniani.

In relazione a quest'articolo, comunico che la Commissione affari costituzionali ha espresso il seguente parere: « Lo Sottocommissione, esaminato il disegno di legge, esprime parere favorevole a condizione che sia introdotto un emendamento che eviti di assegnare alle regioni e alle province autonome termini entro cui adeguare le proprie normative contrastanti con i principi di autonomia costituzionalmente previsti ».

Presento pertanto un emendamento tendente a sopprimere, al primo comma, le parole: « entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore ».

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Ho già espresso la mia perplessità in ordine ad un tale emendamento. Vorrei ora trasformare la mia perplessità in contrarietà.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento suggerito dalla Commissione affari costituzionali.

**PRESIDENTE**. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento soppressivo da me presentato.

**E approvato.**

Propongo inoltre un emendamento di carattere formale, tendente a sostituire le parole: « ai limiti indicati nella presente legge » con le altre: « ai limiti stabiliti dalla presente legge ».

Poichè nessuno domanda di parlare, lo metto ai voti.

**E approvato.**

**MERZARIO**. Giudico opportuno il richiamo, nel secondo comma, ai piani triennali delle regioni. È tuttavia consigliabile che la normativa si richiami anche al piano nazionale. In prospettiva, infatti, il Governo dovrà essere impegnato a prevedere, nel bilancio, l'assegnazione dei fondi necessari perchè le regioni possano uniformarsi. Propongo pertanto che si dica: « piani sanitari regionali in armonia con il piano sanitario nazionale ».

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Concordo con le motivazioni che inducono il senatore Merzario ad avanzare la sua proposta, ma ritengo che tale precisazione sia già contenuta nella legge n. 833, la quale, tra l'altro, stabilisce che i piani sanitari regionali devono uniformarsi e armonizzarsi con i piani sanitari nazionali.

**GROSSI**. Il secondo comma dell'articolo 4 dovrebbe essere soppresso, perchè è pleonastico.

**PRESIDENTE**. I senatori Rosa Jervolino Russo, Forni e Grossi hanno presentato un emendamento tendente a sopprimere il secondo comma dell'articolo.

**PITTELLA**, *relatore alla Commissione*. Esprimo parere favorevole.

**ORSINI**, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Anche il Governo è favorevole.

**PRESIDENTE**. Metto ai voti lo emendamento soppressivo presentato dai senatori Rosa Jervolino Russo, Forni e Grossi.

**E approvato.**

Metto ai voti nel suo insieme l'articolo 4 che, nel testo emendato, risulta così formulato:

Art. 4.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano adottano gli atti necessari per adeguare la misura del sussidio spettante ai

12<sup>a</sup> COMMISSIONE

6° RESOCONTO STEN. (6 febbraio 1980)

cittadini indicati all'articolo 1 ai limiti stabiliti dalla presente legge.

**E approvato.**

L'esame degli articoli è così esaurito.

Do lettura dell'ordine del giorno presentato dai senatori Forni, Merzario e Spinelli:

La 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato,

preso atto dell'imputazione al fondo sanitario nazionale della spesa derivante dall'applicazione delle norme previste dal disegno di legge n. 668,

raccomanda al Governo di prevedere, in sede di un eventuale aggiornamento del primo piano sanitario nazionale, l'adeguamento del fondo sanitario stesso sulla base dell'accertamento del numero dei cittadini aventi diritto.

(0/668/1/12)

Ho qualche dubbio sulla proponibilità di questo ordine del giorno: nel momento in cui si dice di adeguare il Fondo è ovvio che si riconosce che il Fondo non è adeguato.

Passiamo alla votazione finale.

**S P I N E L L I .** Dichiaro che il Gruppo socialista voterà a favore del disegno di legge, pur con le riserve e le perplessità che ho già espresso nel mio intervento, e motivate dalla considerazione che la legislazione in materia assistenziale dovrebbe essere caratterizzata da maggiore organicità. Il Sottosegretario ha parlato di provvedimenti tendenti a stimolare la profilassi e la lotta al contagio di alcune malattie. Tutto questo ci vieta in futuro di legiferare in modo frammentario, tenendo presente, fra l'altro, che provvedimenti di questo genere rischiano di provocare delle reazioni a catena di altre categorie. Il provvedimento in questione riguarda uno scarso numero di soggetti, e non può non suscitare il timore che altre categorie, ben più numerose, di persone affette da malattie con rilevanza sociale magari molto più cospicua di questa, siano tentate, quanto meno, di avanzare rivendicazioni di aggancio ad un provvedimento del genere.

La seconda raccomandazione che intendo rivolgere è che per il futuro si badi ad una separazione più equa, chiara e precisa possibile tra la competenza sanitaria e la competenza assistenziale. Rivolgo, infine, l'invito a voler considerare finalmente un provvedimento che riguardi tutti gli invalidi civili, in modo che anche in questo caso il principio di uguaglianza sancito dalla Costituzione abbia effettiva attuazione.

**C A R L A S S A R A .** Dichiaro che il Gruppo comunista voterà a favore del disegno di legge in discussione.

Voglio però dire ai colleghi e al signor Presidente che ho avvertito una sensazione di disagio per essere andati un po' « a naso ». Su un argomento come quello che tratta il disegno di legge si può e si deve puntualizzare meglio la situazione, non solo tramite convegni o riviste, ma anche attraverso indagini conoscitive. Il provvedimento interessa un numero limitato di persone affette da una malattia diversa, « esotica », drammatica dal punto di vista psicologico, e poteva pertanto essere giustificato condurre una indagine conoscitiva. In questo caso, invece, la unitarietà, la globalità, il metodo dello studio sono stati piuttosto feriti. Mi auguro che il modo di lavorare della Commissione sia, in altra occasione, più razionale.

**D E L N E R O .** Dichiaro il voto favorevole del gruppo della Democrazia cristiana. Il disegno di legge, sia pure con le carenze già rilevate, ha il merito di rendere consistente il sussidio e le integrità a favore di persone colpite da una malattia che ha grossa rilevanza sanitaria e sociale. Va anche sottolineato lo sforzo che è stato compiuto per assicurare parità di trattamento, proprio nello spirito che deve caratterizzare il servizio sanitario nazionale.

È bene sottolineare, in particolare, l'approvazione dell'emendamento tendente a sospendere temporaneamente la corresponsione del sussidio previsto dal primo comma dell'articolo 1 nel caso che l'hanseniano non si sottoponga agli accertamenti e ai trattamenti profilattici e terapeutici prescritti dal-

l'autorità sanitaria competente. È un impegno affinché ci sia non soltanto una erogazione economica ma anche una effettiva cura dei cittadini affetti da tale malattia. In questo spirito aveva un certo valore l'ultimo comma dell'articolo 4, che è stato comunque giustamente abrogato, che invitava le regioni a non considerare con il sussidio risolto il problema di questo tipo di malattia, mentre deve essere intensificata l'attività sanitaria e sociale di avvicinamento umano a persone che proprio di questo hanno bisogno per superare la loro malattia ed essere reinserite nel contesto sociale.

**P R E S I D E N T E .** Poiché nessun altro domanda di parlare per dichiarazione di voto, passiamo all'esame dell'ordine del

giorno presentato dai senatori Forni, Merzario e Spinelli.

**O R S I N I , sottosegretario di Stato per la sanità.** Accolgo l'ordine del giorno come raccomandazione.

**P R E S I D E N T E .** Metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso, con le modifiche introdotte e avvertendo che la numerazione degli articoli dovrà essere conseguentemente modificata.

**E approvato.**

*I lavori terminano alle ore 13,15.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Direttore: Dott. GIOVANNI BERTOLINI*