

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 324<sup>a</sup> SEDUTA PUBBLICA RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 19 GIUGNO 1985

(Pomeridiana)

Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE,  
indi del vice presidente TEDESCO TATÒ

### INDICE

#### CALENDARIO DEI LAVORI DELL'ASSEMBLEA

Variazioni ..... Pag. 34

**CONGEDI E MISSIONI** ..... 3

#### DISEGNI DI LEGGE

Approvazione da parte di Commissioni permanenti ..... 4

Assegnazione ..... 4

Nuova assegnazione ..... 4

Presentazione di relazione e del testo degli articoli ..... 4

Trasmissione dalla Camera dei deputati ..... 3

Trasmissione dalla Camera dei deputati e assegnazione ..... 3

Approvazione della richiesta di dichiarazione d'urgenza, ai sensi dell'articolo 77, primo comma, del Regolamento, per il disegno di legge n. 1201:

PRESIDENTE ..... 4

\* POLLASTRELLI (PCI) ..... 4

#### Seguito della discussione:

«Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria» (195-quater) (Stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5<sup>a</sup> Commissione, del disegno di legge n. 195 deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 22 novembre 1983)

«Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere» (256-bis) (Stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983)

e delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063

Reiezione della mozione n. 1-00058 e approvazione della mozione n. 1-00063:

BOMPIANI (DC), relatore ..... Pag. 6 e passim

BOTTI (PCI) ..... 30

\* CAVAZZUTI (Sin. Ind.) ..... 17, 18

324<sup>a</sup> SEDUTA (pomerid.)

ASSEMBLEA - RESOCONTO STENOGRAFICO

19 GIUGNO 1985

DEGAN ministro della sanità .....	Pag. 17 e passim
FERRARI-AGGRADI (DC) .....	11
* IMBRIACO (PCI) .....	17 e passim
MELOTTO (DC) .....	33
PIERALLI (PCI) .....	6
ROSSANDA (PCI) .....	17, 33
ROSSI (PRI) .....	16 e passim

**INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI**

Annunzio .....	34
----------------	----

Interrogazioni da svolgere in Commissione . Pag. 39

<b>ORDINE DEL GIORNO PER LA SEDUTA NOTTURNA DI MERCOLEDÌ 19 GIUGNO 1985 .....</b>	<b>39</b>
---	-----------

N. B. — L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore.

**Presidenza del vice presidente DE GIUSEPPE**

**PRESIDENTE.** La seduta è aperta (ore 16,30).

Si dia lettura del processo verbale.

**URBANI**, segretario, dà lettura del processo verbale della seduta del giorno precedente.

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

**Congedi e missioni**

**PRESIDENTE.** Sono in congedo i senatori: Argan, Boggio, Carli, Cengarle, Colella, Condorelli, Crollanza, Damagio, Fontanari, Granelli, Loprieno, Miana, Mondo, Novellini, Palumbo, Pingitore, Scevarolli, Stefani, Tommelleri, Valiani, Vernaschi, Vettori, Zito.

Sono assenti per incarico avuto dal Senato i senatori: Cavaliere e Masciadri, a Washington, per attività della Commissione affari generali dell'UEO; Mitterdorfer, in Finlandia, per attività della Commissione poteri locali del Consiglio d'Europa.

**Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati**

**PRESIDENTE.** In data 18 giugno 1985, il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

C. 1123. — «Modifiche alla legge 28 aprile 1976, n. 192, recante norme sui corsi della Scuola di guerra dell'Esercito» (1388) *(Approvato dalla 7ª Commissione permanente della Camera dei deputati)*;

C. 2439. — «Disposizioni per l'assetto dell'Ufficio del Ministro per il coordinamento delle iniziative per la ricerca scientifica e tecnologica» (1389) *(Approvato dalla 8ª Commissione permanente della Camera dei deputati)*.

Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso il seguente disegno di legge:

C. 2919. — «Conversione in legge del decreto-legge 3 maggio 1985, n. 159, recante modificazioni delle aliquote dell'imposta di fabbricazione su alcuni prodotti petroliferi» (1339-B) *(Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati)*.

**Disegni di legge, trasmissione dalla Camera dei deputati e assegnazione**

**PRESIDENTE.** Il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso il seguente disegno di legge:

C. 2848. — «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, recante norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonché per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate» (1390) *(Approvato dalla Camera dei deputati)*.

Detto disegno di legge è stato deferito in sede referente alle Commissioni permanenti riunite 2ª (Giustizia) e 12ª (Igiene e sanità), previ pareri della 1ª e della 5ª Commissione.

**Disegni di legge, assegnazione**

PRESIDENTE. Il seguente disegno di legge è stato deferito

— in sede referente:

*alla 6ª Commissione permanente (Finanze e tesoro):*

«Conversione in legge del decreto-legge 3 maggio 1985, n. 159, recante modificazioni delle aliquote dell'imposta di fabbricazione su alcuni prodotti petroliferi» (1339-B) (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*).

**Disegni di legge, presentazione di relazione e del testo degli articoli**

PRESIDENTE. A nome della 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità), in data odierna, il senatore Jervolino Russo ha presentato una relazione unica ed il testo degli articoli, approvato in sede redigente dalla Commissione stessa, per i disegni di legge:

OSSICINI ed altri. — «Ordinamento della professione di psicologo» (317);

FILETTI ed altri. — «Ordinamento della professione di psicologo» (589);

GROSSI ed altri. — «Abilitazione all'esercizio della professione di psicologo» (662).

**Disegni di legge, nuova assegnazione**

PRESIDENTE. Su richiesta della 9ª Commissione permanente (Agricoltura), è stato deferito in sede deliberante alla Commissione stessa il seguente disegno di legge, già assegnato a detta Commissione in sede referente:

«Disciplina dell'agriturismo» (910).

**Disegni di legge, approvazione da parte di Commissioni permanenti**

PRESIDENTE. Nella seduta di ieri, la 7ª Commissione permanente (Istruzione pubbli-

ca e belle arti, ricerca scientifica, spettacolo e sport) ha approvato il seguente disegno di legge:

Deputati CARELLI ed altri. — «Insegnamento nei conservatori di musica e contemporaneo esercizio della professione nelle orchestre» (1318) (*Approvato dalla 8ª Commissione permanente della Camera dei deputati*), con modificazioni. Con l'approvazione di detto disegno di legge resta assorbito il disegno di legge: Venturi e Bombardieri. — «Modifica degli articoli 69 e 70 della legge 11 luglio 1980, n. 312, recante nuovo assetto retributivo-funzionale del personale civile e militare dello Stato» (1247).

**Discussione e approvazione della richiesta di dichiarazione d'urgenza, ai sensi dell'articolo 77, primo comma, del Regolamento, per il disegno di legge n. 1201**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della richiesta di dichiarazione d'urgenza, ai sensi dell'articolo 77, primo comma, del Regolamento, per il disegno di legge: «Rivalutazione delle detrazioni e degli scaglioni dell'imposta personale sul reddito ai fini di contenere gli effetti del *fiscal-drag* nel 1985; modifiche al quinto comma dell'articolo 2 della legge 22 dicembre 1984, n. 887», d'iniziativa del senatore Chiaramonte e di altri senatori.

Il senatore Pollastrelli intende illustrare la richiesta di dichiarazione di urgenza per tale disegno di legge. Ha facoltà di parlare.

\* POLLASTRELLI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, per motivare l'urgenza da noi richiesta per la discussione del disegno di legge n. 1201 occorre — sia pure brevemente — richiamare gli impegni assunti dal Governo, a più riprese ed in sedi diverse, sull'argomento oggetto del provvedimento, la prima volta con il protocollo intesa con le parti sociali del 22 gennaio 1983, e ribaditi, poi, con il protocollo d'intesa del 14 febbraio 1984 ed in sede di recente trattativa sul costo del lavoro.

Nel 1983 veniva affermato, con il protocollo d'intesa del 22 gennaio, l'intendimento di prevenire il prelievo di quote di reddito da lavoro dipendente in misura eccedente quella del reddito reale per la neutralizzazione del drenaggio fiscale. Nel 1984, qualora il tasso medio effettivo avesse superato il tasso programmato e le retribuzioni fossero risultate inferiori al tasso medio annuo effettivo, si sarebbero approntate per il 1985 opportune misure di garanzia a favore delle retribuzioni attraverso interventi fiscali, rettificando la progressività dell'imposizione. È un impegno che è stato poi ribadito, a fine 1984, da tutte le forze politiche nel dibattito sulla legge Visentini.

Nel 1985 quello stesso impegno è stato richiamato, nella recente trattativa con le parti sociali, nel mese di maggio per scongiurare il *referendum* sulla scala mobile, in funzione del tasso programmato del 7 per cento, che già oggi è intorno al 9 per cento.

È importante ribadire, per avvalorare l'urgenza da noi richiesta, che in sede della suddetta trattativa fu il Governo nella sua collegialità a riconoscere il mantenimento di questo impegno tramite i tre ministri che hanno partecipato alla trattativa: i Ministri del tesoro, delle finanze e del lavoro e ciò come un atto doveroso di giustizia fiscale per l'ulteriore recupero di 1.500 miliardi di drenaggio fiscale prodottosi nel tempo.

Per questi motivi, signor Presidente, il Gruppo comunista ritiene essere un antico ed eluso dovere di giustizia quello di una rivalutazione del 20 per cento delle detrazioni degli scaglioni di imposta IRPEF per il 1985 sia per i lavoratori dipendenti che per i lavoratori autonomi rispetto alla misura delle stesse detrazioni, così come fu definita a gennaio del 1983.

Giova in proposito ricordare e mettere in rilievo che, da dati ormai certi, è emerso sicuramente uno spostamento significativo tra l'incremento dei redditi da lavoro dipendente e l'aumento del prelievo fiscale e che quindi sia del tutto inadeguato ad evitare il fenomeno del *fiscal-drag* l'intervento previsto dall'articolo 2, quinto comma, della legge finanziaria per il 1985.

La nostra richiesta d'urgenza riguarda quindi un atto di giustizia, un atto dovuto da parte del Governo e del Parlamento che, a nostro avviso, non può essere oggetto o merce di scambio con le parti sociali per un accordo sul costo del lavoro e che, se fosse stato attuato prima del 9 giugno, data del *referendum*, avrebbe senz'altro facilitato l'auspicato accordo, poi non raggiunto, sul costo del lavoro e avrebbe quindi aiutato lo sforzo di scongiurare la competizione referendaria.

È comunque certo, signor Presidente, che dare attuazione pratica a questo impegno, così come si propone di fare il nostro disegno di legge del quale, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento, chiediamo l'urgenza, significa dare pratica attuazione a una prima misura propedeutica, atta a facilitare l'accordo tra le parti sociali sul costo del lavoro e sulla riforma del salario, oggi più che mai urgente dopo la disdetta della scala mobile da parte della Confindustria, anche se, a nostro avviso, insieme a questa misura di cui chiediamo l'urgenza si renderà necessaria una seconda misura: quella della revisione generale e definitiva dell'IRPEF a partire dal 1° gennaio 1986.

È per questi motivi, onorevoli colleghi, che confidiamo che il Senato vorrà esprimere un voto favorevole sulla dichiarazione d'urgenza per il nostro disegno di legge presentato al Senato il 22 febbraio e già assegnato, dal 15 maggio, alla 6<sup>a</sup> Commissione permanente (Finanze e tesoro).

PRESIDENTE. Metto ai voti la richiesta di dichiarazione d'urgenza, ai sensi dell'articolo 77, primo comma, del Regolamento, per il disegno di legge n. 1201.

**È approvata.**

**Seguito della discussione dei disegni di legge:**

**«Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria» (195-quater) (Testo risultante dallo stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del**

*testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5ª Commissione, del disegno di legge n. 195, deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 22 novembre 1983);*

**«Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere» (256-bis)** (*Testo risultante dallo stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983*)

**Reiezione della mozione n. 1-00058.**

**Approvazione della mozione n. 1-00063.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni di legge nn. 195-*quater* e 256-*bis*, nonché delle mozioni nn. 1-00058 e 1-00063.

Ricordo che nella seduta notturna del 13 giugno si è conclusa la discussione generale e hanno replicato il relatore e il rappresentante del Governo.

BOMPIANI, *relatore*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, volevo informarla che, a seguito della vivace e appassionata discussione che si è svolta nei giorni scorsi, i Gruppi politici hanno rivalutato alcune questioni presenti nel testo elaborato dalla Commissione, nella giornata di ieri e nella mattinata di oggi, e sono arrivati alla formulazione di alcune ipotesi emendative, che sono state consegnate per la stampa alla Segreteria dell'Aula.

Pertanto vorrei chiederle di sospendere la seduta almeno fino alle ore 18.

PRESIDENTE. Considerato che gli emendamenti presentati sono numerosi e comportano la necessità di disporre del parere della 5ª Commissione, se non vi sono osservazioni, la richiesta del senatore Bompiani è accolta. Sospendo quindi la seduta.

*(La seduta, sospesa alle ore 16,45, è ripresa alle ore 18,30).*

### Presidenza del vice presidente TEDESCO TATÒ

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione delle mozioni.

Senatore Pieralli, insiste per la votazione della mozione n. 1-00058?

PIERALLI. Insisto, signor Presidente.

PRESIDENTE. Metto ai voti la mozione n. 1-00058, presentata dal senatore Pieralli e da altri senatori, il cui testo è il seguente:

CHIAROMONTE, PIERALLI, IMBRIACO, ALBERTI, BELLAFFIORE, BOTTI, CALI', MERIGGI, ONGARO BASAGLIA, RANALLI, ROSSANDA. — Il Senato,

premesso che la 12ª Commissione igiene e sanità ha completato l'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma

sanitaria, avviata al fine di indentificare gli ostacoli che si frappongono al pieno sviluppo del processo riformatore e le eventuali carenze della stessa legge di riforma n. 833 del 23 dicembre 1978;

preso atto che dalle audizioni è emerso il generale convincimento che la legge n. 833 del 1978, nel suo impianto complessivo, rappresenta una scelta valida ed irreversibile;

considerato che vi è un generale riconoscimento delle difficoltà oggettive del Servizio sanitario nazionale costretto ad operare, in questi anni, da un lato, privo degli strumenti fondamentali, quali il piano sanitario nazionale ed una dotazione finanziaria certa ed adeguatamente stimata, e, dall'altro, sotto l'incalzare di contraddittorio

ri decreti governativi che hanno ulteriormente appesantito il Servizio attraverso disordinate modifiche al testo della legge n. 833, che hanno aperto la strada alla ri-privatizzazione della sanità e consentito la sopravvivenza di vecchie logiche gestionali puramente incentrate sull'aspetto diagnostico e riparativo;

considerato, inoltre:

che l'esperienza ha confermato le difficoltà del Comune ad esercitare il proprio ruolo nei confronti della USL suo « strumento operativo »;

che in tale confuso contesto, accanto ad esperienze positive, di oculata amministrazione e di sperimentazione di nuove tecniche e metodologie per la verifica dell'efficacia, sono maturati anche gravi fenomeni di lottizzazione politica, di irrazionale concentrazione nei comitati di gestione di competenze proprie dei livelli tecnici dell'organizzazione sanitaria, con insufficiente coinvolgimento delle professionalità e fenomeni di spreco del pubblico denaro, alimentati dalla pratica del pagamento finale a pie' di lista e sconfinati talora in episodi di indebito profitto;

che le politiche governative di questi anni sono state orientate essenzialmente verso il contenimento della spesa, ignorando gli obiettivi della sensibilizzazione e dell'educazione sanitaria della popolazione per una diversa cultura della salute;

che da tutto ciò è derivato, soprattutto in alcune aree del Paese, il mancato miglioramento delle prestazioni, un preoccupante stato di disservizio, una insufficiente qualificazione degli interventi, la mancata realizzazione dei presupposti più innovativi incentrati sulla prevenzione, il permanere e l'aggravarsi di forti squilibri e di vaste aree di irrazionalità nel funzionamento del Servizio sanitario nazionale, con conseguente insoddisfazione degli operatori ed il legittimo malcontento dei cittadini, fra l'altro sempre più oppressi da *tickets* e contributi;

che il costo di questo sistema non pesa nè sul bilancio dello Stato, nè sulla economia complessiva del Paese in modo tale da giustificare la sua compressione, e tuttavia è indiscussa l'esigenza di elevarne l'efficienza e l'efficacia;

ravvisata l'urgenza di ristabilire un clima di partecipazione e di fiducia nei cittadini, vittime di servizi burocratizzati scarsamente accessibili, e di recuperare pienamente alle esigenze del Servizio sanitario nazionale tutti gli operatori dei ruoli sanitari, amministrativi e tecnici, incentivando la professionalità e la responsabilità delle decisioni;

identificati i punti critici del processo di riforma sanitaria nelle seguenti carenze:

a) sul piano istituzionale, insufficiente impegno e responsabilità dei Comuni nella materia sanitaria e distorta crescita delle Unità sanitarie locali come soggetti separati, tendenti ad un rapporto diretto con Regioni e Stato, per la mancata riforma delle autonomie, per la scelta operata in alcune regioni di attribuire funzioni a membri esterni ai Consigli comunali, per il riprodursi nel Servizio sanitario nazionale di pratiche di lottizzazione degli organi gestionali e tecnico-amministrativi già profondamente radicate negli enti sanitari ereditati dalla riforma, il tutto aggravato dall'incertezza costante dei finanziamenti;

b) sul piano organizzativo funzionale, il grave ritardo dello sviluppo dei servizi territoriali che ha penalizzato gli interventi di carattere socio-sanitario (consultori e servizi per anziani, disabili fisici e psichici, tossicodipendenze) e gli interventi di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro; la persistenza di modelli gestionali burocratici a tutti i livelli, dai Ministeri, alle Regioni, alle Unità sanitarie locali, come conseguenza della mancata riorganizzazione complessiva della Pubblica Amministrazione e anche come conseguenza del grave ritardo nella creazione degli strumenti fondamentali di informazione necessari per l'avvio di una metodica di programmazione;

c) sul piano delle risorse finanziarie, la costante sottostima del fabbisogno che ha ricreato un *deficit* recentemente valutato sull'ordine di circa 7.000 miliardi e ha sostanzialmente ostacolato, laddove ne esisteva la volontà, l'avvio di trasformazioni capaci di aumentare la efficienza dei servizi e la loro maggior rispondenza ai bisogni della popolazione, giungendo fino a premiare gli sprechi ed a penalizzare le gestioni oculate;

d) nei rapporti con la scuola e con le categorie professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, la mancata finalizzazione dei programmi di formazione ed aggiornamento agli obiettivi della riforma, la mancata definizione del fabbisogno numerico degli operatori, il persistere degli squilibri tra categorie (eccesso di medici e carenza di infermieri e tecnici) e della loro errata distribuzione sul territorio, squilibri aggravati dalla rigidità della normativa, dalla presenza di un imponente precariato e dal blocco delle assunzioni;

e) nella mancata definizione di corretti rapporti tra interesse pubblico e privato, quale emerge dalla politica farmaceutica, dalla politica delle convenzioni con medici ed altri operatori, laboratori e case di cura private, unita alla persistenza di un eccessivo lassismo in termini di incompatibilità, dando origine a sprechi e disfunzioni ed anche ad episodi penalmente rilevanti,

impegna il Governo:

a ricondurre la legislazione sanitaria nell'ambito del disegno istituzionale prefigurato con la legge n. 833, interrompendo il ricorso alla legge finanziaria ed alla decretazione d'urgenza quali strumenti sostitutivi della programmazione sanitaria e dando immediata attuazione alla riforma del Ministero della sanità;

a recuperare, nell'ambito del piano sanitario nazionale, la programmazione delle risorse e del personale ed il ripristino e la riqualificazione dei livelli di prestazione;

a finanziare fin dall'anno in corso il Servizio sanitario nazionale con fondi adeguati e criteri di ripartizione che favoriscano il riequilibrio tra funzioni ed aree territoriali;

ad avviare al più presto, nell'ambito di una più corretta politica fiscale, la preconizzata totale fiscalizzazione degli oneri sociali, per garantire al Servizio sanitario nazionale coperture finanziarie certe, sopprimendo l'ingiusto gravame dei *tickets* sui cittadini, ininfluenti ai fini del contenimento della spesa, ma veicoli di una pericolosa tendenza verso una riprivatizzazione della sanità;

ad esaminare al più presto, nell'ambito della riforma delle autonomie locali, le modalità per garantire alle Regioni la piena

autonomia legislativa ed al Comune singolo o associato la piena potestà di governo della sanità e degli altri aspetti della vita di comunità, essenziali per la salvaguardia della salute;

a procedere, a tal fine, alla riforma del sistema di bilancio e contabilità e della normativa amministrativa, che consenta agli amministratori delle Unità sanitarie locali di definire con precisione gli obiettivi e i programmi e di verificarne l'attuazione;

a modificare l'attuale sistema di controllo, eliminando inutili e paralizzanti duplicazioni di interventi;

a modificare, di conseguenza, lo stato giuridico del personale delle Unità sanitarie locali per definire le condizioni di maggiore autonomia e di personale responsabilità delle decisioni e le sanzioni relative;

a definire severe incompatibilità tra attività concorrenziali nel servizio pubblico e nel settore privato;

a rivedere le modalità di selezione degli operatori nel Servizio sanitario nazionale, operando per l'accelerazione dei meccanismi concorsuali pubblici al fine di ovviare al fenomeno del precariato;

ad approvare sollecitamente una riforma dell'ordinamento didattico delle facoltà e scuole coinvolte nella formazione degli operatori per la tutela della salute;

ad introdurre nella normativa del pubblico impiego norme dirette a favorire la mobilità del personale di pari qualifica nei diversi settori e nelle diverse aree del Paese;

ad operare per una rapida approvazione della riforma dell'assistenza, strumento indispensabile per dare piena attuazione al processo riformatore nel settore socio-sanitario.

(1 -00058)

Essendoci diffomità nelle valutazioni del risultato della votazione da parte dei senatori segretari, dispongo l'immediata rinnovazione della votazione mediante procedimento elettronico.

**Non è approvata.**



Passiamo alla votazione della mozione n. 1-00063, presentata dal senatore Melotto e da altri senatori, il cui testo è il seguente:

MELOTTO, BOMPIANI, SELLITTI, SCLAVI, VALITUTTI, MURATORE, COLOMBO SVEVO, JERVOLINO RUSSO, PANIGAZZI, COSTA, CONDORELLI, CAMPUS, FIMOGNARI. — Il Senato,

preso atto delle risultanze dell'indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, svolta dalla 12<sup>a</sup> Commissione permanente igiene e sanità e finalizzata alla verifica della capacità della legge stessa di rendere un servizio sanitario idoneo a soddisfare in termini di efficienza ed efficacia le moderne esigenze dei cittadini in materia di tutela del diritto alla salute nel triplice aspetto della prevenzione, cura e riabilitazione;

valutato positivamente il grande sforzo legislativo di attuazione operato dal Parlamento nazionale e dalle Assemblee regionali, ancorchè esso necessiti di alcuni interventi di coordinamento che, fatte salve le esigenze delle singole realtà locali, mirino a far superare con sollecitudine i ritardi e gli squilibri esistenti nel servizio stesso;

espresso il ringraziamento ai tanti amministratori ed operatori sanitari e tecnici che in questi anni di difficile avvio della riforma hanno concorso largamente nel Paese a superare le difficoltà per integrare efficacemente non solo le varie strutture confluite nel Servizio, ma, altresì, le varie professionalità provenienti dalle più disparate esperienze al fine di rendere omogeneo un nuovo metodo di gestione corrispondente agli obiettivi della riforma;

rilevato che dall'indagine sono emerse sia le difficoltà insite nell'approccio ad un nuovo sistema sanitario che ha richiesto radicali mutamenti di strutture, metodi gestionali ed organizzazione, sia i problemi discendenti da alcune norme della legge n. 833 che, nella loro pratica traduzione, si sono rivelate inadeguate o di difficile interpretazione applicativa, ed in particolare:

a) la carenza della definizione giuridico-istituzionale della USL, che ha prodotto in-

certezze e conflitti nella individuazione di precise competenze e responsabilità, nonché di chiari rapporti con gli altri enti di governo generale referenti politici della stessa;

b) l'inadeguato sistema di rilevazione dei dati, che ha reso approssimativa la definizione del fondo sanitario con la conseguente necessità di ricorrere periodicamente ad interventi legislativi di integrazione, vanificando la capacità dei preventivi di essere strumento obbligatorio di indicazione certa dei livelli del servizio da erogare e delle linee del possibile suo sviluppo;

c) la normativa delegata relativa al personale che, nel regolare la confluenza del personale stesso nel comparto pubblico, ha prefigurato una struttura rigidamente burocratico-autorizzativa, anzichè una struttura flessibile ed adattabile alle diverse esigenze e sensibilità della popolazione alla quale deve rendere un servizio qualificato e puntuale;

d) la mancata individuazione di una profonda ristrutturazione del Ministero della sanità che ha fatto venire meno il momento centrale di propulsione e coordinamento dell'intero sistema, rallentando il processo di riequilibrio per attestare in tutto il Paese il Servizio a livelli di moderna efficienza,

sottolinea l'urgente necessità, in armonia con i principi fissati dalla legge sul riordino delle autonomie locali, dell'adozione di un provvedimento legislativo capace di rendere, attraverso i correttivi e l'integrazione della normativa prevista dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, maggiormente incisiva la sua applicazione in tutto il territorio nazionale, affrontando, in particolare, i seguenti temi:

1) L'assetto istituzionale del Servizio sanitario nazionale. Dopo questa prima esperienza, abbastanza disforme, necessita definire istituzionalmente il ruolo e determinare la struttura organizzativa del Servizio sanitario locale. Questo dovrà rispondere a requisiti di flessibilità, soprattutto in riferimento alla sua conduzione, nel rispetto delle realtà socio-culturali; di chiarezza nella distinzione delle responsabilità riferite agli amministratori ed alla dirigenza; di qualificazione, dinamismo e puntualità nella erogazione delle prestazioni. Unico referente politico, perchè titolare delle funzioni sanitarie, del Servizio

sanitario locale, rimane il Comune o l'Associazione dei comuni, per cui dovranno essere rideterminati, con maggiore incisività, i contenuti del rapporto di questi enti con il Servizio stesso. In questo quadro dovranno pure essere ridefiniti i rapporti e i livelli di responsabilità e di partecipazione tra Regione, Comuni, loro Associazioni e Servizio sanitario locale; inoltre, appare opportuno definire l'apporto delle Province al funzionamento del Servizio sanitario.

2) Il finanziamento e la gestione della spesa sanitaria. È necessario rivedere il sistema dei finanziamenti del Servizio sanitario nazionale, della contabilità e dei controlli sulla spesa, adottando una normativa che consenta, in primo luogo, la definizione certa e congrua del fondo, coinvolgendo responsabilmente anche Regioni e Comuni nella politica dell'entrata ed attuando una effettiva scelta di rischi da mettere o meno a carico del cittadino, mediante la definizione di *standards* assistenziali compatibili con le risorse generali del Paese, prevedendo l'eventuale necessaria integrazione da porsi a carico del sistema tributario. Ciò comporta una programmazione triennale, nazionale e regionale, che, ancorata agli obiettivi di fondo della legge di riforma, fissi complessivamente e per ciascuna comunità regionale i traguardi temporali da raggiungere al fine di attestare sempre più diffusamente il servizio a livelli programmati di efficacia e di efficienza.

3) La normativa relativa al personale del Servizio sanitario nazionale. Data la specificità del Servizio, è necessario introdurre — al fine di riequilibrare le disarmonie verificatesi con la confluenza di personale proveniente da diversi enti e settori e per creare le condizioni che consentano il miglior espletamento delle varie professionalità superando i tendenziali aspetti di burocratizzazione — elementi normativi che prevedano flessibilità nel rapporto ed incentivazione ad una produttività più cospicua e qualificata, superando anacronistici garantismi e regolando uno specifico comparto sanitario nell'ambito della generale normativa del pubblico impiego. Ciò esige pure un sollecito programma di formazione e di aggiornamento del personale a tutti i livelli e comunque impegnato nel Ser-

vizio, collegato con la normativa riguardante l'attribuzione di funzioni e responsabilità nonché con le pattuizioni contrattuali relative alle incentivazioni.

4) La riforma della facoltà di medicina. Nel quadro dell'adeguamento del Servizio sanitario nazionale alle effettive esigenze del Paese in materia di sanità è necessario provvedere, contemporaneamente alla revisione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, anche alla modifica della legislazione relativa alla facoltà di medicina per consentire alla stessa di svolgere effettivamente le funzioni che le spettano nell'ambito dell'organizzazione sanitaria del Paese. Tali funzioni possono essere individuate innanzitutto nel primario compito della preparazione del medico che deve essere espletato dalla facoltà nell'esercizio dell'autonomia a lei riconosciuta nella didattica e nella ricerca, ma che deve pure rientrare in un disegno di programmazione nazionale e regionale necessario per dotare il Servizio sanitario nazionale di un numero di medici, specialisti e diplomati adeguato alle effettive esigenze, regolamentando di conseguenza l'accesso alla facoltà ed alle specialità. La facoltà di medicina dovrà pure, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, proporsi come punto di riferimento primario per garantirne i livelli di qualità, collegando la propria attività di didattica e di ricerca con l'assistenza ed assicurando il costante apporto del proprio potenziale didattico e scientifico alla formazione ed all'aggiornamento anche del personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale stesso.

5) La ristrutturazione del Ministero della sanità. In un sistema costituzionale nel quale la gestione della sanità è demandata alle autonomie locali, la funzione di propulsione e coordinamento a livello centrale diventa essenziale al fine di garantire l'omogeneità delle prestazioni e quindi il rispetto sostanziale del diritto alla salute garantito al cittadino, in tutto il territorio nazionale. Tale esigenza può essere soddisfatta da un Ministero della sanità che, superando il concetto di organizzazione di uffici centrali burocratico-autorizzativi, sappia strutturarsi in modo da garantire nei vari momenti e nei vari luoghi il sostegno, il coordinamento e, se necessaria,

anche l'integrazione delle complessive attività del sistema sanitario.

Le funzioni sopra indicate e riguardanti il Ministero della sanità dovranno infine trovare il completamento nell'attività del Consiglio sanitario nazionale, il quale, attraverso la presenza articolata delle varie rappresentanze — centrali e periferiche — sappia superare la mera fase di stanza di compensazione, per farsi carico della sintesi delle varie esigenze strutturali e territoriali e fornire così elementi di valutazione delle fasi di indicazione e di realizzazione della programmazione sanitaria.

(1-00063)

La metto ai voti.

**È approvata.**

Prima di passare all'esame degli articoli e dei relativi emendamenti, invito il senatore Ferrari-Aggradi ad esprimere il parere della 5<sup>a</sup> Commissione permanente sugli emendamenti testè presentati.

FERRARI-AGGRADI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, prima di questa seduta vi sono state diverse ore di lavoro ed io considero mio dovere fornire almeno alcune notizie essenziali anche perchè la decisione che stiamo per prendere non è secondaria. Avendo partecipato alle varie sedute ed avendo anche raccolto il parere della Commissione, sono lieto di poter esprimere parere favorevole all'emendamento, presentato dal relatore, sostitutivo dell'articolo 1. (*Brusio in Aula. Richiami del Presidente*).

Io chiedo un po' di attenzione ai colleghi anche per riguardo nei confronti di coloro che hanno lavorato in queste ore con impegno costante. Ritengo infatti doveroso esprimere almeno i motivi fondamentali per cui raccomandiamo all'approvazione dell'Aula questo emendamento, che non è secondario.

Signor Presidente, ho partecipato a questi lavori e sono in grado di esprimere a nome della 5<sup>a</sup> Commissione parere favorevole. Nel contempo, desidero esprimere anche vivo compiacimento per i risultati raggiunti, di

cui voglio dare sommaria comunicazione. La soluzione individuata dopo un notevole travaglio — che credo sia anche il risultato di un dibattito che si è prolungato nelle settimane scorse — introduce con l'articolo 1, concernente i principi generali, elementi di chiarezza e razionalità nel processo di programmazione della finanza sanitaria, ripensando complessivamente le soluzioni a suo tempo individuate nella legge di riforma del 1978, soluzioni che ritengo di dover sottolineare, rivelatesi inidonee a fronteggiare la complessità dei fatti congiunturali e, soprattutto, a dare certezza per quanto riguarda gli aspetti finanziari.

Infatti, secondo la soluzione che viene adottata e proposta, il piano sanitario viene sottoposto al Parlamento per la sua approvazione con atto non legislativo, cioè siamo di fronte a un'impostazione del tipo di quella che il senatore Valori diede con la presentazione del suo schema, rifiutando impostazioni successive che vogliono approvare i piani attraverso norme di legge.

Si tratta, a mio avviso, di una scelta saggia, che colloca un essenziale strumento di programmazione al giusto livello di sintesi nei rapporti tra Governo e Parlamento, mantenendolo sul piano degli indirizzi politici ed evitando così inutili e pericolose rigidità.

Contestualmente al piano, la questione delle disposizioni precettive e quella delle norme finanziarie vengono collocate in apposito strumento legislativo che, in quanto sottoposto all'obbligo di copertura, deve naturalmente farsi carico in modo puntuale di tutti i profili di corretta applicazione dell'articolo 81, quarto comma, della Costituzione.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, gli obiettivi generali del piano e le altre norme di carattere meramente precettivo vengono, in tal modo, introdotte nel testo degli articoli, dall'articolo 2 in poi. Tali norme si pongono come il volano normativo necessario a dare avvio al processo di riforma del sistema sanitario.

Con il titolo terzo si dettano disposizioni per il triennio 1986-88, perfettamente all'interno dei limiti complessivi di spesa che il Parlamento si è dato con la legge finanziaria del 1985.

Ritengo — e questo è l'avviso della 5<sup>a</sup> Commissione — che la soluzione che viene proposta all'Assemblea dal relatore rappresenta un importante passo in avanti nel senso di un più efficace e penetrante controllo sull'evoluzione della finanza sanitaria.

Naturalmente — e questo è un altro punto molto importante — rimane del tutto impregiudicato il ruolo della legge finanziaria annuale quale raccordo tra grandezze imposte dalla legge di finanziamento pluriennale del servizio sanitario nazionale e le grandezze di bilancio. In tal modo diamo certezza al Governo per quanto riguarda la politica sanitaria nel quadro degli stanziamenti che con questa specifica legge pluriennale si fissano e nello stesso tempo ridiamo la sua funzione alla legge finanziaria, cosicchè, quando discuteremo della legge finanziaria, dovremo introdurre norme, non dovremo parlare di riforme, ma avremo soltanto la possibilità di modificare gli stanziamenti previsti dalla legge in relazione alle possibilità e alle esigenze della legge finanziaria.

Consideriamo questo un importante passo in avanti dal punto di vista della razionalità e della chiarezza ed è per tale motivo che a nome della 5<sup>a</sup> Commissione raccomando l'approvazione dell'emendamento interamente sostitutivo dell'articolo 1.

**PRESIDENTE.** Passiamo dunque all'esame degli articoli nel testo unificato proposto dalla Commissione.

L'articolo 1 è il seguente:

#### Art 1.

##### *(Obiettivi generali del Piano sanitario nazionale)*

1. Sono obiettivi generali del Piano sanitario nazionale nel triennio 1985-87 la razionalizzazione, l'equilibrata distribuzione e l'incremento dell'efficienza dei servizi sanitari sul territorio nazionale.

2. Sulla base delle risorse finanziarie all'uopo destinate in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, gli obiettivi di

cui al comma 1 sono perseguiti attraverso interventi diretti in via prioritaria:

a) all'attivazione o al potenziamento dei servizi di prevenzione di utilità collettiva riguardanti il controllo sanitario dell'ambiente di vita e di lavoro, la vigilanza igienica sugli alimenti, la lotta alle sofisticazioni alimentari;

b) al potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base, di igiene e sanità pubblica nonché dei servizi specialistici ambulatoriali intra ed extraospedalieri, anche per contenere i ricoveri nei limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative;

c) al potenziamento ed al coordinamento dei servizi di emergenza, con riguardo anche alle esigenze del servizio nazionale di protezione civile;

d) alla tutela delle attività sportive, relativamente agli aspetti preventivi e terapeutici per la salvaguardia della salute dei giovani nell'età formativa;

e) all'attivazione e al potenziamento dei servizi sanitari finalizzati alla realizzazione di azioni programmate e di progetti-obiettivo di cui ai commi successivi.

3. Si definisce azione programmata un impegno operativo in uno specifico settore sanitario in cui debba confluire l'attività di più servizi sanitari le cui competenze sono da considerarsi interdipendenti rispetto al fine proposto.

4. Alle azioni programmate sono riservate risorse a destinazione vincolata nell'ambito del Fondo sanitario nazionale.

5. Si definisce progetto-obiettivo un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto.

6. I progetti-obiettivo sono finanziati in parte con risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale, in parte con risorse aggiuntive di provenienza diversa da quelle del Fondo anzidetto, incluse quelle di competenza delle Regioni e degli enti locali.

7. Per il triennio 1985-87 acquistano rilevanza di azioni programmate:

a) la sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro ai sensi degli articoli 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con particolare riferimento all'individuazione, all'accertamento e al controllo dei fattori di rischio, fissando i relativi limiti di tolleranza alla esposizione agli agenti inquinanti e nocivi e riducendone progressivamente la presenza al di sotto dei limiti anzidetti;

b) la lotta alle malattie neoplastiche;

c) la lotta alle malattie cardiovascolari;

d) la tutela dei nefropatici cronici, attraverso l'elaborazione di una strategia complessiva della pratica terapeutica dialitica e dei trapianti di organo diretta all'attivazione o al potenziamento della organizzazione dei servizi e allo sviluppo della educazione sanitaria;

e) la sanità pubblica veterinaria.

8. Per lo stesso triennio acquistano rilevanza di progetto-obiettivo, da realizzare mediante la integrazione funzionale operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, fermo il disposto dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, in materia di attribuzione degli oneri relativi:

a) la tutela della salute della donna, delle scelte consapevoli e responsabili di procreazione, della maternità; la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute nella età evolutiva; la prevenzione e la cura delle malattie congenite ed ereditarie;

b) la tutela della salute degli anziani;

c) la tutela della salute mentale e la socializzazione dei disabili psichici;

d) la prevenzione degli *handicap*, la riabilitazione e la socializzazione dei disabili fisici, psichici e sensoriali;

e) la prevenzione delle tossicomanie e la riabilitazione e il reinserimento dei tossicodipendenti.

9. Ai fini del coordinamento delle attività di cui ai commi 7 e 8, per garantirne

un efficace svolgimento, il Governo può emanare specifici atti di indirizzo e coordinamento, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, previo parere del Consiglio superiore di sanità.

10. Le attività di formazione e di aggiornamento professionale e le iniziative di ricerca finalizzate del triennio devono privilegiare le esigenze connesse con gli interventi di cui ai commi precedenti.

11. Per i fini indicati nei precedenti commi, le unità sanitarie locali, nel quadro dell'azione di coordinamento svolta dalla Regione, conformemente agli indirizzi espressi nel piano sanitario regionale, possono avvalersi delle competenze istituzionali dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti zooprofilattici sperimentali, nonché degli istituti e dipartimenti universitari mediante rapporti convenzionali in base alla norma in vigore in materia.

12. Nei casi di straordinaria necessità ed urgenza o di emergenza le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi direttamente delle competenze istituzionali degli organismi pubblici di cui al precedente comma 11.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«1. Il secondo comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è così modificato:

“Il piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo, sentito il Consiglio nazionale sanitario, al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo, in conformità agli obiettivi della programmazione economica nazionale e tenuta presente la esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Pae-

se, particolarmente nelle regioni meridionali. Il Governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e di coordinamento”.

2. Dopo il terzo comma del citato articolo 53, è inserito il seguente:

“Contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento la legge poliennale di finanza sanitaria, i cui importi verranno poi destinati al Fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 e iscritti annualmente nel bilancio dello Stato”.

3. Al quinto comma del citato articolo 53, la lettera b) è soppressa».

1.11 GUALTIERI, ROSSI, COVI

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«1. Il primo comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, modificato dall'articolo 20 della legge 11 novembre 1983, n. 638, è così modificato:

“Il piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo, sentito il consiglio sanitario nazionale, al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo, in conformità degli obiettivi della programmazione economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle regioni meridionali. Il Governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento”.

2. Dopo il quarto comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, modificato dall'articolo 20 della legge 11 novembre 1983, n. 638, è inserito il seguente:

“Contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento la legge contenente sia le disposizioni precettive del Piano sanitario nazionale, sia le norme per il finanziamento pluriennale del Servizio sanitario nazionale con specifica indicazione degli importi da assegnare al fondo sanitario nazionale di cui

all'articolo 51 e iscritti annualmente nel bilancio dello Stato”.

3. Al quinto comma del citato articolo 53, la lettera b) è soppressa.

4. Al primo comma dell'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le parole: “con legge dello Stato” sono sostituite con le seguenti: “con la legge di cui all'articolo 53”».

1.12 CAVAZZUTI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«(Principi generali)

I primi quattro commi dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, modificati dall'articolo 20 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito con modificazioni nella legge 11 novembre 1983, n. 638, sono sostituiti dai seguenti:

“Le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale sono stabilite con il piano sanitario nazionale in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel Paese, particolarmente nelle regioni meridionali.

Il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Il piano sanitario nazionale è sottoposto dal Governo al Parlamento ai fini della sua approvazione con atto non legislativo.

Contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, il Governo presenta al Parlamento la proposta di legge contenente sia le disposizioni precettive ai fini dell'applicazione del piano sanitario nazionale, sia le norme per il finanziamento pluriennale del servizio sanitario nazionale, rapportate alla durata del piano stesso, con specifica indicazione degli importi da assegnare al

fondo sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dei criteri di ripartizione alle regioni.

Il Parlamento esamina ed approva contestualmente il piano sanitario nazionale, le norme precettive di applicazione e le norme di finanziamento pluriennale.

Il Governo adotta i conseguenti atti di indirizzo e coordinamento, sentito il Consiglio sanitario nazionale il cui parere si intende positivo se non espresso entro 60 giorni dalla richiesta.

Il piano sanitario nazionale ha di norma durata triennale e può essere modificato nel corso del triennio con il rispetto delle modalità di cui al presente articolo.

Il piano sanitario nazionale, le disposizioni precettive e le norme finanziarie pluriennali di cui al precedente comma tre sono approvati e trasmessi dal Governo al Parlamento nel corso dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, in tempo utile per consentirne l'approvazione entro il 1° settembre dell'anno stesso.

Le Regioni predispongono e approvano i propri piani sanitari regionali entro il successivo mese di novembre".

È abrogata la lettera b) del quinto comma dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Nel primo comma dell'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le parole: "con la legge di approvazione del bilancio dello Stato" sono sostituite dalle seguenti: "con la legge di cui al successivo articolo 53.

In caso di mancata adozione del piano sanitario nazionale per il periodo successivo a quello del piano in vigore, conservano la propria validità l'ultimo piano approvato dal Parlamento e le relative disposizioni precettive. Il finanziamento del servizio sanitario nazionale resta, parimenti, confermato nella misura dell'ultima annualità del triennio precedente».

1.13

IL RELATORE

*Al comma 2, sopprimere le parole: «Sulla base delle risorse finanziarie all'uopo desti-*

*nate in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale».*

1.1      RANALLI, ALBERTI, GROSSI, ROSSANDA, BELLAFFIORE, CALÌ, BOTTI, IMBRIACO

*Al comma 2, lettera a), sostituire la parola: «sanitario» con le seguenti: «igienico-sanitario».*

1.2      CALÌ, RANALLI, TEDESCO TATÒ, ROSSANDA, IMBRIACO, ALBERTI, BELLAFFIORE, BOTTI

*Al comma 2, sostituire la lettera b) con la seguente:*

«b) al contenimento dei ricoveri ospedalieri nei limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative, al potenziamento dei servizi territoriali di sanità pubblica, di medicina di base e dei servizi specialistici ambulatoriali intra ed extra ospedalieri e delle attività di ospedalizzazione diurna».

1.3      ONGARO BASAGLIA, BELLAFFIORE, ALBERTI, BOTTI, RANALLI, ROSSANDA, CALÌ, IMBRIACO

*Al comma 5, sostituire le parole: «integrate da servizi socio-assistenziali» con le seguenti: «integrate da interventi socio-assistenziali e da altri interventi di competenza dell'ente locale».*

1.4      TEDESCO TATÒ, ROSSANDA, SALVATO, BELLAFFIORE, IMBRIACO, RANALLI, CALÌ, BOTTI, ONGARO BASAGLIA

*Al comma 6, dopo le parole: «Fondo anzidetto» inserire le altre: «e del fondo regionale di sviluppo di cui all'articolo 8 della legge n. 181».*

1.5      RANALLI, ROSSANDA, CALÌ, BOTTI, BELLAFFIORE, ALBERTI, IMBRIACO, ONGARO BASAGLIA

*Al comma 7, sostituire le parole: «acquistano rilevanza di» con la parola: «sono».*

1.6 IMBRIACO, BOTTI, CALÌ, ROSSANDA, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, BELLAFIGLIORE, RANALLI

*Al comma 7, sostituire la lettera d) con la seguente:*

«d) la tutela dei nefropatici cronici, attraverso l'elaborazione di una strategia complessiva di prevenzione, diagnosi e terapia dirette all'attivazione ed al potenziamento dell'organizzazione dei servizi di nefrologia, di dialisi e di trapianto d'organo ed allo sviluppo dell'educazione sanitaria».

1.10 BOTTI, TEDESCO TATÒ, CALÌ, IMBRIACO, ROSSANDA, RANALLI, BELLAFIGLIORE, ONGARO BASAGLIA

*Al comma 7, lettera d), dopo le parole: «dei servizi» aggiungere l'altra: «pubblici».*

1.7 IMBRIACO, BOTTI, CALÌ, ROSSANDA, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, BELLAFIGLIORE, RANALLI

*Al comma 8, sostituire le parole: «acquistano rilevanza di» con l'altra: «sono».*

1.8 CALÌ, BOTTI, IMBRIACO, ROSSANDA, RANALLI, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA, BELLAFIGLIORE

*Sopprimere il comma 9.*

1.9 RANALLI, ROSSANDA, CALÌ, BOTTI, BELLAFIGLIORE, ONGARO BASAGLIA, IMBRIACO, ALBERTI

Poichè il relatore ha presentato un emendamento interamente sostitutivo dell'articolo 1, che poi illustrerà, chiedo ai colleghi presentatori degli altri emendamenti interamente sostitutivi dell'articolo 1 se intendono mantenere i loro emendamenti.

ROSSI. Alcune delle cose da noi proposte sono state assorbite dall'emendamento 1.13 e

da altri emendamenti successivi. Di conseguenza ritiriamo fin d'ora l'emendamento 1.11.

PRESIDENTE. Invito il relatore ad illustrare l'emendamento 1.13.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, mi consenta innanzitutto di ringraziare il senatore Ferrari-Aggradi per le sue dichiarazioni che denotano lo spirito di collaborazione che vi è stato nel lavoro delle due Commissioni ed anche il rinnovato spirito di fiducia che viene rivolto al settore della sanità.

L'emendamento 1.13, che sostituisce in pratica circa la metà dell'articolo 1 nel testo originario, e più esattamente fino al comma 6, rappresenta la raccolta di tutte le norme di carattere procedurale che varranno per la pianificazione sanitaria anche per l'avvenire. Questa era stata un'esplicita richiesta emersa dal dibattito che si è svolto in Aula. È chiaro che agiamo come modifica dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e quindi si tratta di norme sostitutive di vari commi della prima parte dell'articolo 53.

I contenuti sono molto chiari. Vi sono le indicazioni generali circa gli indirizzi e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del servizio sanitario nazionale che vengono stabiliti con il piano sanitario nazionale, mantenendo il collegamento con gli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale, avendo presenti anche le particolari esigenze del nostro paese, vale a dire il superamento del persistente arretramento sotto l'aspetto dell'organizzazione sanitaria, almeno di alcune regioni meridionali.

Come diceva già il senatore Ferrari-Aggradi, vi è una delegificazione sostanziale: il piano sanitario nazionale viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della sanità, sentito il consiglio sanitario nazionale. Questo è un recupero di una norma che era stata abrogata con l'articolo 20 del decreto-legge 19 settembre 1983, poi convertito in legge. Viene recuperata questa parte perchè è necessario che vi sia il coinvolgimento anche delle regioni, attraverso la presenza nel consiglio sanitario nazionale, nella



fase di elaborazione delle proposte di bilancio.

Viene inoltre sancito che, contestualmente alla trasmissione da parte del Governo al Parlamento del piano sanitario nazionale, avvenga la presentazione di un disegno di legge che contenga sia disposizioni precettive ai fini dell'applicazione del piano sanitario nazionale stesso, sia norme per il finanziamento pluriennale del servizio sanitario nazionale, sganciando — come si diceva prima — la valutazione particolare della spesa sanitaria da quella generale della legge finanziaria.

Vorrei far presente che, al quinto comma dell'emendamento 1.13, le parole: «legge 23 dicembre 1978, n. 833» dovrebbero essere sostituite dalle seguenti: «presente legge», in quanto — come già è stato detto — ci troviamo già nell'ambito di un provvedimento di modifica dell'articolo 53 della legge n. 833 del 1978.

L'esame e l'approvazione sia delle parti normative che delle parti — chiamiamole così — propositive del piano abbiamo voluto, per una sottolineatura di tipo politico, che fossero contestuali. Ciò segue naturalmente un'indicazione sostanzialmente politica, perchè non si ritiene opportuno promuovere norme a carattere vincolante se non valutando, contemporaneamente, anche quella parte del piano che non è vincolante, ma che diventa complementare alle norme vincolanti stesse. Tutto ciò, come ripeto, è da riferire al quinto comma dell'emendamento 1.13.

Vorrei, inoltre, sottolineare che vi è un'ulteriore modifica da apportare all'emendamento; infatti, al nono comma dell'emendamento 1.13 le parole «comma 3» dovrebbero essere sostituite dalle seguenti: «comma 5». Si tratta di un errore materiale che doveva essere rilevato.

Le norme relative alla predisposizione e all'approvazione, da parte delle regioni, dei propri piani sanitari regionali sono state, per così dire, temporizzate con tutti gli adempimenti relativi alla trasmissione in tempo utile alle regioni del piano sanitario nazionale.

Pertanto, il complesso di queste norme, ivi comprese quelle contenute nell'ultimo

comma dell'emendamento 1.13, consente una continuità dell'azione programmatica, senza cioè sospensioni dovute a causa di forza maggiore o ad impedimenti del Governo o del Parlamento a provvedere in proposito. Vi è, in sostanza, un meccanismo di automatismo nel riaffermare il permanere in vigore di norme di programmazione sino a diversa statuizione. Questa mi sembra l'essenza dell'emendamento 1.13, relativo all'articolo concernente gli obiettivi generali della programmazione sanitaria.

IMBRIACO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

IMBRIACO. Signor Presidente, ritiriamo gli emendamenti 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.6, 1.10, 1.7, 1.8, 1.9.

ROSSANDA. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROSSANDA. Signor Presidente, ritiriamo l'emendamento 1.5.

CAVAZZUTI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

CAVAZZUTI. Signor Presidente, ritiriamo l'emendamento 1.12.

PRESIDENTE. Invito quindi il rappresentante del Governo a pronunciarsi sull'emendamento 1.13.

DEGAN, *ministro della sanità*. Sono d'accordo sull'emendamento presentato dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 1.13.

IMBRIACO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* IMBRIACO. Esprimo il voto favorevole del Gruppo comunista su questo emendamento. Vorrei motivare questo voto registrando intanto la mia soddisfazione per il fatto che, dopo mesi di lunghe polemiche, finalmente quest'Aula può recepire un testo che avvia, per la prima volta dopo molti anni, su un corretto binario le linee generali di procedura per una programmazione sanitaria. Rispetto al vecchio testo questo emendamento incanala appunto il discorso lungo un filone che noi riteniamo corretto sia sotto il profilo della tecnica legislativa e finanziaria, sia, soprattutto, da un punto di vista di politica sanitaria più generale.

Che cosa accade infatti con questi principi generali che stiamo per approvare? Che finalmente la politica sanitaria del nostro paese viene incanalata lungo un binario proprio, sottratto a competenze il più delle volte improprie, affidate nel passato, anche in base al vecchio testo, ad istanze diverse da quelle del Ministero della sanità e del Parlamento.

In sostanza, per la prima volta, abbiamo un corpo unitario di strumenti che, partendo da norme legislative che sanciscono gli indirizzi e i principi generali, affiancandosi a strumenti non legislativi (mozioni o strumenti analoghi entro i quali però vengono comprese le norme tecniche come gli *standards*, i parametri, gli indicatori di efficienza, i rapporti costi-benefici, che non possono necessariamente essere iscritti in uno strumento legislativo) e legandosi allo strumento principe, cioè il mezzo per reperire risorse, per distribuirle e ripartirle attraverso la legge, sottraendo così ad altri Ministeri la possibilità di decidere, ci permettono finalmente di individuare lo spazio entro il quale muoverci e prefigurare le possibilità di conseguire gli obiettivi generali che la legge stessa e il piano sanitario più in generale prevedono di dover realizzare.

Per queste ragioni, dunque, esprimiamo il nostro voto favorevole all'emendamento 1.13, sostitutivo dell'articolo 1, augurandoci che gli atti successivi che dovranno essere realizzati perchè l'impegno unitario assunto in questi giorni venga mantenuto trovino il Governo disponibile e pronto, in modo da

non vanificare lo sforzo compiuto in questi giorni da tutte le parti politiche.

ROSSI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROSSI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, noi avevamo presentato un emendamento 1.11 all'articolo 1, che, come ho comunicato poco fa, abbiamo ritirato in quanto le proposte che con esso avanzavamo, in materia di procedure della programmazione dei vari atti legislativi che devono accompagnare una programmazione nel campo sanitario, sono state inserite nell'emendamento 1.13, propostoci dal relatore. Troviamo questa soluzione corretta, razionale e pensiamo che essa risponda ad esigenze che anche noi avevamo espresso con il nostro emendamento. Siamo soddisfatti di tale soluzione e, pertanto, voteremo a favore dell'emendamento 1.13.

CAVAZZUTI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* CAVAZZUTI. Prendo la parola per esprimere il voto favorevole del Gruppo della Sinistra indipendente su questo emendamento che viene esaminato con un particolare compiacimento, credo, da parte del Parlamento. Il Parlamento infatti con una sua iniziativa nel 1980 volle la Commissione tecnica sulla spesa pubblica.

Le idee contenute nell'emendamento 1.13 sono sostanzialmente proprio quelle elaborate dalla Commissione voluta dal Parlamento. Le Camere pertanto oggi recepiscono i primi frutti del lavoro di una Commissione che esse stesse hanno voluto. Mi sembra questo un fatto altamente positivo che merita dunque la nostra approvazione.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 1.13, presentato dal relatore, nel testo modificato dal proponente interamente sostitutivo dell'articolo 1.

**È approvato.**

Passiamo all'esame degli articoli aggiuntivi proposti con i seguenti emendamenti:

*Dopo l'articolo 1, inserire i seguenti:*

Art. ...

«L'articolo 54 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è così modificato:

“Il piano sanitario nazionale per il triennio 1986-1988 deve essere trasmesso alle Regioni entro il 1° settembre 1985”».

1.0.1 GUALTIERI, ROSSI, COVI

Art. ...

«Al secondo comma dell'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le parole: “almeno 120 giorni” sono sostituite dalle seguenti: “almeno 30 giorni prima della scadenza di ogni triennio”».

1.0.2 GUALTIERI, ROSSI, COVI

Art. ...

«L'articolo 56 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è così modificato:

“Per il triennio 1986-1988 i singoli piani regionali sono predisposti e approvati entro il 30 novembre 1985”».

1.0.3 GUALTIERI, ROSSI, COVI

Art. ...

«In caso di mancata adozione del piano sanitario nazionale per il periodo successivo a quello del piano in vigore, conserva la sua validità l'ultimo piano approvato dal Parlamento e ad esso continueranno a far riferimento i piani e gli atti delle Regioni».

1.0.4 GUALTIERI, ROSSI, COVI

ROSSI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROSSI. Signor Presidente, poichè le proposte contenute in questi nostri articoli aggiuntivi sono state recepite in un emendamento successivo, presentato dal relatore e che in seguito verrà discusso, ritiriamo gli emendamenti. 1.0.1, 1.0.2, 1.0.3 e 1.0.4.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 2:

Art. 2.

*(Diritto alle prestazioni)*

1. Le norme vigenti relative alle prestazioni sanitarie ed integrative erogate dal Servizio sanitario nazionale sono prorogate al 31 dicembre 1987; annualmente viene verificata l'erogazione di tali prestazioni, previa relazione del Ministro della sanità alle Commissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica competenti per materia, e possono essere modificati i livelli minimi di prestazione e le loro modalità di erogazione in sede di approvazione della legge finanziaria.

2. Il Governo è delegato ad emanare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della sanità, un decreto avente valore di legge ordinaria, per razionalizzare, coordinare e riunire in un testo unico le norme relative alle prestazioni di cui al precedente comma 1, al fine di garantire la loro uniforme applicazione in tutto il territorio nazionale.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

*Sopprimere l'articolo.*

2.3 GUALTIERI, ROSSI, COVI

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

*«(Obiettivi generali  
del Piano sanitario nazionale)*

1. Sono obiettivi generali del Piano sanitario nazionale la razionalizzazione, l'equili-

brata distribuzione e l'incremento dell'efficienza dei servizi sanitari sul territorio nazionale.

2. Sulla base delle risorse finanziarie all'uopo destinate in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, gli obiettivi di cui al comma 1 sono perseguiti attraverso interventi diretti in via prioritaria:

a) all'attivazione o al potenziamento dei servizi di prevenzione di utilità collettiva riguardanti il controllo sanitario dell'ambiente di vita e di lavoro, la vigilanza igienica sugli alimenti, la lotta alle sofisticazioni alimentari;

b) al potenziamento dei servizi territoriali di medicina di base, di igiene e sanità pubblica nonché dei servizi specialistici ambulatoriali intra ed extraospedalieri, anche per contenere i ricoveri nei limiti propri delle esigenze diagnostiche e curative;

c) al potenziamento ed al coordinamento dei servizi di emergenza, con riguardo anche alle esigenze del servizio nazionale di protezione civile;

d) alla tutela delle attività sportive, relativamente agli aspetti preventivi e terapeutici per la salvaguardia della salute dei giovani nell'età formativa;

e) all'attivazione e al potenziamento dei servizi sanitari finalizzati alla realizzazione di azioni programmate e di progetti-obiettivo di cui ai commi successivi.

3. Si definisce azione programmata un impegno operativo in uno specifico settore sanitario in cui debba confluire l'attività di più servizi sanitari le cui competenze sono da considerarsi interdipendenti rispetto al fine proposto.

4. Alle azioni programmate sono riservate risorse a destinazione vincolata nell'ambito del Fondo sanitario nazionale.

5. Si definisce progetto-obiettivo un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto.

6. I progetti-obiettivo sono finanziati in parte con risorse vincolate del Fondo sanitario nazionale, in parte con risorse aggiuntive di provenienza diversa da quelle del Fondo anzidetto, incluse quelle di competenza delle Regioni e degli enti locali».

2.5

IL RELATORE

*Al comma 1, sopprimere le parole da: « annualmente » sino alla fine del comma.*

2.1

IMBRIACO, PIERALLI, RANALLI,  
ROSSANDA, ALBERTI, BOTTI, CALÌ,  
BELLAFIORE

*Al comma 2, dopo la parola « ordinaria » inserire le seguenti: « che avrà effetto fino alla data indicata nel comma 1 ».*

2.4

IL RELATORE

*Aggiungere, in fine, i seguenti commi:*

« ... In deroga al disposto del precedente comma 1, a partire dal 30 giugno 1985 è soppressa ogni forma di partecipazione alla spesa per gli esami diagnostici e di laboratorio, per le prescrizioni farmaceutiche e per l'acquisto di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale.

... Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è istituito con decreto del Ministro della sanità il prontuario terapeutico nazionale sentiti il Comitato previsto dall'articolo 30 della legge n. 833 del 1978 ed il Consiglio sanitario nazionale, sulla base dei criteri dell'efficacia e dell'economicità del farmaco, in accordo alle seguenti direttive:

1) sono inclusi nel prontuario tutti i principi attivi elencati nella più recente lista di farmaci essenziali compilata dalla OMS;

2) in aggiunta a questi, sono inclusi altri farmaci menocomposti per i quali la Commissione certifichi la utilità sociale per la inclusione, purchè presentino chiari vantaggi di azione sintomatica o terapeutica rilevanti per la popolazione;

3) identificati i principi attivi selezionati, sono inclusi nel prontuario terapeutico nazionale quei prodotti farmaceutici che a

parità di dosaggio utile siano offerti al minor prezzo».

2.2 BOTTI, RANALLI, ROSSANDA, TEDESCO TATÒ, IMBRIACO, CALÌ, BELLAFFIORE

Invito i presentatori ad illustrarli.

ROSSI. Signor Presidente, poichè la materia che forma oggetto dell'attuale articolo 2 viene ora trattata nell'emendamento all'articolo 7 che il relatore ha presentato, il nostro emendamento 2.3, soppressivo dell'articolo 2, viene ritirato.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, per quanto riguarda l'emendamento 2.5, la materia trattata dall'attuale articolo 2 era contenuta nell'articolo 1 del primitivo disegno di legge licenziato dalla Commissione, quindi i colleghi hanno avuto già modo di valutarla. Vanno comunque messi in evidenza, al primo comma, alcuni punti che costituiscono il fondamento degli obiettivi generali del piano sanitario nazionale, cioè la «razionalizzazione, l'equilibrata distribuzione e l'incremento della efficienza dei servizi sanitari». Questo mi pare valga la pena di rilevarlo perchè si tratta di obiettivi concreti.

Inoltre, al secondo comma, è importante l'affermazione che questi obiettivi vengono perseguiti «attraverso interventi», cioè attraverso una programmazione mirata su atti concreti esecutivi. Questo fatto viene a dare alla materia elencata ai punti a), b), c), d) ed e) qualcosa di diverso rispetto agli obiettivi generali indicati nella legge n. 833, nella seconda parte dell'articolo 53, che quindi diventano degli obiettivi di piano sanitario nazionale per il triennio che stiamo considerando.

Questo è lo spirito che ci ha animato nel presentare l'emendamento e credo che i colleghi abbiano già potuto valutarlo nei contenuti specifici.

Ritiro infine l'emendamento 2.4.

IMBRIACO. Ritiriamo l'emendamento 2.1. Per quanto riguarda l'emendamento 2.2, i commi da noi proposti vengono trasferiti

come commi aggiuntivi all'emendamento 7.7 del relatore; l'emendamento quindi diventa subemendamento all'emendamento del relatore.

PRESIDENTE. D'accordo, senatore Imbriaco. L'emendamento 2.2 diventa pertanto subemendamento 7.7/1.

Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sull'emendamento 2.5.

DEGAN, *ministro della sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento 2.5. Si tratta della prima parte dell'articolo 1 precedentemente presentato, sul quale abbiamo discusso e sul quale abbiamo tutti convenuto.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 2.5.

IMBRIACO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

IMBRIACO. Il Gruppo comunista si astiene.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 2.5, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo.

**È approvato.**

Passiamo all'esame dell'articolo 3.

Art. 3.

*(Prestazioni erogabili in forma indiretta e prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria)*

1. Le prestazioni di cui all'articolo 2 sono erogate, di norma, in forma diretta attraverso le strutture pubbliche o convenzionate.

2. Le leggi regionali e provinciali stabiliscono quali fra dette prestazioni possono essere erogate anche in forma indiretta, nel caso in cui le strutture pubbliche o convenzionate siano nella impossibilità di erogarle tempestivamente in forma diretta.

3. Le medesime leggi stabiliscono pure le modalità per accedere alle prestazioni e per ottenere il concorso nella spesa sostenuta

4. Il concorso nella spesa non può, comunque, superare il limite massimo della tariffa prevista per la medesima prestazione dalle convenzioni vigenti.

5. Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, sono previsti i casi particolari e le modalità di fruizione, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia, per prestazioni che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico. Con lo stesso decreto sono stabiliti i limiti e le modalità per il concorso nella spesa relativa a carico dei bilanci delle singole unità sanitarie locali. Non può far carico al Fondo sanitario nazionale la concessione di concorsi nelle spese di carattere non strettamente sanitario.

6. Le Regioni sono tenute a comunicare al Ministero della sanità, ai fini della pubblicazione nella relazione annuale sullo stato sanitario del paese, l'ammontare delle erogazioni disposte in materia di assistenza indiretta suddivisa per tipologie di interventi.

7. Prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria, oltre i livelli minimi obbligatori, possono essere deliberate dalle Regioni o dalle Province autonome nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 25, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

*Sopprimere l'articolo.*

3.5 GUALTIERI, ROSSI, COVI

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

*«(Prestazioni erogabili in forma indiretta e prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria)*

1. Le prestazioni sanitarie sono erogate, di norma, in forma diretta attraverso le strutture pubbliche o convenzionate.

2. Le leggi regionali e provinciali stabiliscono quali fra dette prestazioni possono essere erogate anche in forma indiretta, nel caso in cui le strutture pubbliche o convenzionate siano nella impossibilità di erogarle tempestivamente in forma diretta.

3. Le medesime leggi stabiliscono pure le modalità per accedere alle prestazioni e per ottenere il concorso nella spesa sostenuta.

4. Il concorso nella spesa non può, comunque, superare il limite massimo della tariffa prevista per la medesima prestazione dalle convenzioni vigenti.

5. Con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, sono previsti i casi particolari e le modalità di fruizione, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia, per prestazioni che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico. Con lo stesso decreto sono stabiliti i limiti e le modalità per il concorso nella spesa relativa a carico dei bilanci delle singole unità sanitarie locali. Non può far carico al Fondo sanitario nazionale la concessione di concorsi nelle spese di carattere non strettamente sanitario.

6. Le Regioni sono tenute a comunicare al Ministero della sanità, ai fini della pubblicazione nella relazione annuale sullo stato sanitario del paese, l'ammontare delle erogazioni disposte in materia di assistenza indiretta suddivisa per tipologie di interventi.

7. Prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria possono essere deliberate dalle Regioni o dalle Province autonome nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 25, ultimo comma, della legge 27 dicembre 1983, n. 730».

3.6

IL RELATORE

*Al comma 1, sostituire le parole: « attraverso le strutture pubbliche o convenzionate » con le seguenti: « dalle unità sanitarie*

locali attraverso le strutture proprie o mediante convenzioni ».

- 3.1 ROSSANDA, IMBRIACO, RANALLI, BELLAFIGLIORE, BOTTI, CALÌ, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Al comma 2, sopprimere la parola « tempestivamente ».*

- 3.2 RANALLI, ONGARO BASAGLIA, CALÌ, BOTTI, ALBERTI, BELLAFIGLIORE, IMBRIACO, ROSSANDA

*Al comma 5 sostituire le parole: « i casi particolari e le modalità » con le seguenti: « i criteri ».*

- 3.3 ROSSANDA, BOTTI, CALÌ, IMBRIACO, RANALLI, BELLAFIGLIORE, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Sopprimere il comma 7.*

- 3.4 RANALLI, CALÌ, BOTTI, ROSSANDA, BELLAFIGLIORE, IMBRIACO, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI

Invito i presentatori ad illustrarli.

ROSSI. Signor Presidente, ritiro l'emendamento 3.5.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, signor Ministro, questo è praticamente lo stesso articolo contenuto nel testo originario, ha la stessa denominazione e la stessa numerazione e le variazioni sono soltanto di ordine formale. Faccio un esempio. Al primo rigo infatti si dice: « le prestazioni sanitarie », anzichè « le prestazioni di cui l'articolo 2 ». Illustro rapidamente il contenuto. Anzitutto è volto a fissare il principio secondo cui le prestazioni sanitarie sono di norma erogate in forma diretta attraverso le strutture pubbliche o quelle private convenzionate. Inoltre, si vuole fissare anche il criterio secondo cui sono le leggi regionali e, per le provincie autonome di Trento e Bolzano, le leggi provinciali a stabilire quali, tra dette prestazioni, possono essere erogate anche in forma indiretta, nel caso in cui le strutture pubbliche o convenzionate siano nella impossibilità

di erogarle in maniera tempestiva in forma diretta.

In questo articolo sono contenute anche norme per definire l'accesso alle prestazioni e per ottenere il concorso nella spesa sostenuta. In ogni caso, però, sono previsti sbarramenti circa il limite massimo dei rimborsi, costituito dalla tariffa prevista per la medesima prestazione dalle convenzioni vigenti. Esso contiene inoltre le norme volte a stabilire, previo parere del consiglio superiore di sanità e sentito il consiglio sanitario nazionale, quei casi particolari che hanno diritto ad usufruire di prestazioni in forma indiretta (e relative modalità di fruizione), presso centri assistenziali di altissima specializzazione anche all'estero, qualora le strutture nazionali non siano in grado di erogarle. Si prevede, più in generale, il diritto del cittadino di poter fruire della massima qualificazione possibile della « competenza » dei medici, eventualmente anche all'estero, ma non indiscriminatamente. Si prevede cioè a questo proposito quali di dette prestazioni possono essere erogate a carico dello Stato, con quali limiti e modalità nel concorso alla spesa.

Naturalmente, i commi 6 e 7 sono molto importanti per il controllo della spesa e della « politica sanitaria » perchè fanno obbligo alle regioni di comunicare al Ministero della sanità l'ammontare delle erogazioni che sono state previste in forma indiretta.

Mi pare quindi che questo articolo sia molto equilibrato nella sua sostanza e consenta la opzionalità della cura all'estero, però in quei casi ben definiti e assolutamente certi, nei quali ancora la struttura nazionale non è in grado di far fronte all'esigenza del cittadino di vedere puntualmente ottemperati i doveri dello Stato nella tutela della salute.

ROSSANDA. Insisto sull'emendamento 3.1 in quanto il testo dell'emendamento 3.6, presentato dal relatore, e sostitutivo dell'articolo 3, è praticamente uguale al testo precedente. Pertanto l'emendamento 3.1 vuole essere soltanto una proposta di correzione formale al fine di richiamare l'attenzione dei colleghi sul fatto che la dizione « strutture convenzionate » non sembra corretta nel

senso che, ad esempio, i medici di medicina generale non sono strutture. Quindi, proponiamo la dizione: le prestazioni sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso strutture proprie o mediante convenzioni.

Signor Presidente, voglio illustrare anche il successivo emendamento 3.4, relativo a un problema di merito e che riflette il nostro giudizio negativo sulla utilità, ai fini di una corretta gestione del servizio sanitario, di lasciare margini per la erogazione di prestazioni aggiuntive con finanziamenti propri delle regioni. Il principio in sé è costituzionalmente valido, ma riteniamo che in questo scorcio di vita italiana ammettere la erogazione di prestazioni aggiuntive a quelle già erogate dal servizio sanitario nazionale possa rappresentare un invito a non rispettare le priorità per i servizi di base, per i servizi di prevenzione, che invece noi riteniamo particolarmente importanti. Per tale motivo proponiamo la soppressione del comma 7, mentre ritiriamo gli emendamenti 3.2 e 3.3.

**PRESIDENTE.** Gli emendamenti 3.1 e 3.4 devono quindi intendersi rispettivamente come subemendamenti 3.6/1 e 3.6/2 all'emendamento 3.6.

Invito il relatore a pronunciarsi sugli emendamenti in esame.

**BOMPIANI, relatore.** Il parere è negativo sull'emendamento 3.1, ora 3.6/1, perchè credo che il piano sanitario regionale possa stabilire se operare attraverso le strutture pubbliche o quelle convenzionate. Inoltre, nell'ambito delle strutture convenzionate pubbliche, vi è una tipologia piuttosto varia che è bene richiamare: ad esempio, vi sono le strutture universitarie, gli istituti di ricovero e cura. Pertanto preferisco che venga mantenuto il testo originario.

Sono contrario poi all'emendamento 3.4, ora 3.6/2, perchè ritengo che debba esservi sempre la possibilità di iniziative locali in questo campo, mentre farei mio, perchè lo ritengo valido, l'emendamento 3.3, tendente a sostituire le parole: «casi particolari e le modalità» con le seguenti: «i criteri». Certa-

mente l'espressione in questo modo è più ampia.

**PRESIDENTE.** Do atto che l'emendamento 3.3 ritirato dai presentatori è stato fatto proprio dal relatore. Tale emendamento, diviene quindi subemendamento 3.6/3 essendo riferito all'emendamento 3.6.

Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti in esame.

**DEGAN, ministro della sanità.** Il parere del Governo è favorevole all'emendamento 3.6 del relatore. Del resto, si tratta di un testo che rispetta l'impostazione originaria del provvedimento.

Per quanto riguarda l'emendamento 3.6/1, sono contrario anche perchè mi pare che il testo proposto farebbe immaginare che ci sia bisogno di apposite convenzioni per il ricorso a questo tipo di interventi, anche indipendentemente dalla normativa in generale. Sono favorevole all'emendamento 3.6/3 e contrario all'emendamento 3.6/2 per le stesse ragioni esposte dal relatore.

**PRESIDENTE.** Metto ai voti l'emendamento 3.6/1, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 3.6/3, fatto proprio dal relatore.

**È approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 3.6/2, presentato dal senatore Ranalli e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 3.6, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo, nel testo emendato.

**È approvato.**



Passiamo all'esame dell'articolo 4:

Art. 4.

*(Osservazioni e opposizioni)*

1. Avverso gli atti dei servizi dipendenti dalle unità sanitarie locali, con cui si nega o si limita ai cittadini la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni ed opposizioni in via amministrativa redatte in carta semplice, da presentarsi, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto contro cui intende osservare od opporsi, al Comitato di gestione della unità sanitaria locale, che decide in via definitiva entro 15 giorni.

2. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce nè preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

*Sopprimere l'articolo.*

4.1

GUALTIERI, ROSSI, COVI

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

*«(Osservazioni e opposizioni)*

1. Avverso gli atti con cui si nega o si limita ai cittadini la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni ed opposizioni in via amministrativa redatte in carta semplice, da presentarsi, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto contro cui intende osservare od opporsi, al Comitato di gestione della unità sanitaria locale, che decide in via definitiva entro 15 giorni.

2. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce nè pre-

clude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale».

4.2

IL RELATORE

Invito i presentatori ad illustrarli.

ROSSI. Signor Presidente, a seguito della presentazione da parte del relatore del suo emendamento, interamente sostitutivo dell'articolo 4, ritiriamo l'emendamento 4.1 da noi proposto.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, salvo la modifica concernente la soppressione del riferimento ai servizi dipendenti dalle unità sanitarie locali, praticamente il testo è identico a quello dell'articolo 4, come proposto dalla Commissione, con la stessa denominazione, cioè «osservazioni e opposizioni».

Con questo il relatore vuole sottolineare come si tratti di un gesto molto significativo a favore del cittadino, poichè vengono recepite tante istanze sollevate in molte sedi. In fondo, non si fa altro che ripristinare una possibilità che già esisteva nell'ambito del sistema mutualistico, cioè quella di adire direttamente per via amministrativa alla verifica del motivo per cui determinate prestazioni potevano essere state negate, e così via. Pertanto, è sembrato utile ripristinare questo meccanismo che era caduto nel dimenticatoio, per così dire, del servizio sanitario nazionale.

Mi sembra quindi che tutti questi motivi possano consentire l'approvazione dell'emendamento 4.2, sostitutivo dell'articolo 4.

PRESIDENTE. Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sull'emendamento in esame.

DEGAN, *ministro della sanità*. Signor Presidente, il Governo esprime parere favorevole.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento 4.2.

IMBRIACO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

\* IMBRIACO. Signor Presidente, intervengo molto brevemente per dichiarare il nostro voto favorevole, ricordando che si tratta di uno di quei diritti soggettivi vigenti già ai tempi delle mutue, che, ovviamente, non è stato più riproposto ma che ci sembra giusto si riconfermi e si consacrino nuovamente in una legge di piano.

Pertanto, ripeto, votiamo a favore dell'emendamento 4.2, proposto dal relatore.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 4.2, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo.

**È approvato.**

Passiamo all'esame dell'articolo 5:

Art. 5.

*(Piani sanitari delle Regioni  
e delle Province autonome)*

1. Nel quadro degli interventi diretti in via prioritaria al perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 1, tenuti presenti le direttive ed i parametri tendenziali di organizzazione generale definiti nel Piano sanitario nazionale, i piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome per il triennio 1985-87 devono comunque prevedere:

a) gli impegni operativi per la realizzazione delle azioni programmate e dei progetti-obiettivo;

b) gli obiettivi e le modalità di attivazione dei distretti sanitari di base;

c) la stima del fabbisogno quantitativo e qualitativo del personale in relazione alla domanda sanitaria da soddisfare, ai connessi servizi da attivare, alle politiche di intervento definite ai sensi dell'articolo 1, nonché le misure anche poliennali di adeguamento degli organici;

d) la definizione e la localizzazione del fabbisogno di attività professionali convenzionate:

1) per le attività di igiene e sanità pubblica, per la medicina di base, per la pedia-

tria di libera scelta, per la guardia medica territoriale, con indicazioni espresse per le zone disagiate e carenti;

2) per i servizi specialistici nei poliambulatori intra ed extraospedalieri, prevedendone il necessario coordinamento;

3) per le attività specialistiche presso strutture private convenzionate, il cui apporto va programmato avendo riguardo al pieno utilizzo delle strutture pubbliche ed al raccordo con queste ultime al fine di soddisfare comunque il diritto di accesso alle prestazioni specialistiche da parte del cittadino entro il termine massimo di tre giorni dalla richiesta all'unità sanitaria locale competente, tenuto conto anche dell'esigenza della continuità diagnostico-terapeutica. Le indicazioni di cui sopra sono attuate in sede di rinnovo delle convenzioni;

e) le modalità di partecipazione del volontariato e il coordinamento delle attività che lo stesso è ammesso a svolgere nei presidi e nei servizi territoriali;

f) la distribuzione nel territorio dei presidi fissi esistenti o da istituire nel quadro del riequilibrio delle dotazioni sanitarie e la riorganizzazione delle attività interne dei presidi stessi;

g) la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radio-assistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica territoriale e ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e di trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva ed ai servizi di raccolta, conservazione e distribuzione del sangue umano ed emoderivati a lunga conservazione;

h) la indicazione del fabbisogno triennale di attrezzature per il potenziamento e l'ammodernamento dei presidi pubblici;

i) le priorità di ricerca finalizzata agli obiettivi indicati al precedente articolo 1, nonché ad eventuali altri aspetti di tutela della salute di preminente rilievo locale, da finanziare a carico della quota di Fondo sanitario nazionale;

l) l'organizzazione delle attività di rilevazione dei dati epidemiologici, statistici e finanziari necessari sia alle esigenze gestionali delle unità sanitarie locali sia alle esigenze conoscitive, di valutazione e di controllo delle Regioni, delle Province autonome e dell'Amministrazione centrale, secondo gli indirizzi metodologici forniti dal Ministero della sanità, sentita la Commissione interistituzionale per il sistema informativo sanitario di cui al decreto del Ministro della sanità del 16 novembre 1981;

m) la specificazione delle risorse finanziarie aventi un vincolo di destinazione in base ai criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale e degli interventi programmati dalla Regione o dalla Provincia autonoma, nonché i programmi delle attività da svolgere con tali fondi a destinazione vincolata.

2. Per il triennio 1985-87 i piani sanitari delle Regioni e delle Province autonome sono approvati entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e possono essere annualmente aggiornati in relazione alle verifiche di attuazione.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

*«(Presidi e servizi di alta specialità)*

1. Si definiscono di alta specialità le attività di diagnosi e cura che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato.

2. L'elenco delle alte specialità riconosciute ai fini dell'organizzazione e della fruizione dell'assistenza viene stabilito, in rapporto a bacini di utenza di larghe dimensioni, secondo i criteri del rapporto costi-benefici, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità,

entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Con lo stesso decreto il Ministro della sanità fissa:

a) i requisiti minimi di personale, attrezzature e posti letto che le singole strutture, predisposte per l'esercizio delle attività di alta specialità, debbono obbligatoriamente possedere;

b) i necessari collegamenti con le attività specialistiche affini o complementari, che debbono esistere nella medesima struttura o nel presidio nel quale si trova inserita l'alta specialità;

c) le caratteristiche di professionalità richieste per il personale.

4. Il Piano sanitario nazionale stabilisce il numero, definisce i bacini di utenza e l'attribuzione alle Regioni delle strutture preposte all'esercizio delle singole attività di alta specialità, nonché delle apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia.

5. Il Piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma stabilisce la dislocazione territoriale delle strutture sedi di attività o delle apparecchiature di cui ai precedenti commi, ovvero indica, nel caso di Regioni o di Province autonome la cui popolazione non raggiunga la dimensione di un bacino d'utenza, a quali sedi di altra Regione o Provincia sarà fatto riferimento per la detta attività e per le prestazioni strumentali ottenibili con le apparecchiature di cui sopra.

6. Sedi preferenziali di collocazione delle strutture preposte all'esercizio delle alte specialità o predisposte per l'installazione di apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia sono i presidi ospedalieri multizonali e i policlinici universitari.

7. Al fine di garantire l'efficiente gestione dei presidi e delle apparecchiature di cui ai commi precedenti, il CIPE, in sede di riparto alle singole Regioni del Fondo sanitario nazionale sia di parte corrente, sia in conto capitale, tiene conto delle loro dislocazioni facendo anche ricorso allo strumento della compensazione per la mobilità interregionale.

8. Gli elenchi di cui ai commi 2 e 5 del presente articolo possono essere aggiornati o variati con la medesima procedura anche su richiesta delle singole Regioni o Province autonome o del Consiglio universitario nazionale».

5.7

IL RELATORE

*Al comma 1, lettera a), sostituire le parole: « gli impegni operativi per la realizzazione » con le seguenti: « i piani di attuazione ».*

5.1

RANALLI, CALÌ, BOTTI, ROSSANDA, BELLAFIORE, ONGARO BASAGLIA, GROSSI, IMBRIACO

*Al comma 1, lettera d), sopprimere le parole: « e la localizzazione ».*

5.2

RANALLI, BOTTI, BELLAFIORE, CALÌ, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, ROSSANDA, IMBRIACO

*Al comma 1, lettera d), sostituire le parole: « convenzionate » con le altre: « da convenzionare ».*

5.3

CALÌ, ROSSANDA, BOTTI, BELLAFIORE, IMBRIACO, RANALLI, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI

*Al comma 1, lettera d), numero 1), sopprimere le parole: « per le attività di igiene e sanità pubblica ».*

5.4

CALÌ, BOTTI, ROSSANDA, COMASTRI, IMBRIACO, BELLAFIORE, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Al comma 1, lettera d), numero 3), sostituire le parole: « strutture private convenzionate » con le seguenti: « istituzioni private definite ai sensi dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 ».*

5.5

RANALLI, BOTTI, CALÌ, ROSSANDA, IMBRIACO, BELLAFIORE, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI

*Al comma 1, lettera l), sostituire le parole: « e dell'Amministrazione centrale » con le seguenti: « nonchè alle esigenze dell'Amministrazione centrale ».*

5.6

CALÌ, ROSSANDA, BOTTI, BELLAFIORE, IMBRIACO, RANALLI, ONGARO BASAGLIA, ALBERTI

Invito i presentatori ad illustrarli.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, questo articolo 5 si riferisce all'ex-articolo 6 del testo originario e riguarda presidi e servizi di alta specialità.

Vorrei ricordare come su questa materia la Commissione ha ampiamente dibattuto ed è arrivata in grande armonia a formulare, sia pure dopo diversi tentativi, una norma che al relatore sembra idonea a rappresentare un'esigenza particolare che si pone oggi. Infatti è necessario, al fine di evitare una proliferazione selvaggia di presidi — sia pure di alta specializzazione, ma anche di altissimo costo — che vi sia una norma che preveda un'idonea programmazione. Innanzitutto vengono definite le attività di alta specialità, attraverso quanto esplicitato nel primo comma di questo emendamento 5.7. Viene riconosciuto il carattere delle alte specialità anche in rapporto a bacini di utenza di larghe dimensioni, secondo criteri che verranno stabiliti con decreto del Ministro della sanità, sentito il consiglio sanitario nazionale, e con la collaborazione tecnica del consiglio superiore di sanità. Questo doppio riferimento ad organi consultivi, a parere del relatore, è idoneo a mettere in evidenza tutte le esigenze che stanno alla base di una classificazione così difficile come quella delle alte specialità.

Lo stesso decreto stabilisce i requisiti minimi del personale, delle attrezzature e dei posti letto, i necessari collegamenti con le attività specialistiche affini o complementari che debbono esistere nella medesima struttura e le caratteristiche di professionalità che sono richieste al personale.

Al quarto comma dell'emendamento è detto che il piano sanitario nazionale stabilisce il numero e definisce i bacini di utenza, e

fissa l'attribuzione alle regioni delle strutture preposte all'esercizio delle singole attività di alta specialità e delle apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia.

Nell'ambito di questa attribuzione, poi, il piano sanitario della regione predispone una programmazione territoriale delle strutture, delle attività, delle attrezzature e dei servizi attraverso una dislocazione territoriale idonea.

Il comma 6 è importante perchè cerca di correlare la qualificazione scientifica già esistente e l'esperienza acquisita in molti capitoli dell'alta tecnologia, presso i policlinici universitari e i presidi ospedalieri multizonali, predisponendo essi come luogo privilegiato per l'insediamento delle suddette strutture.

Vi è poi la necessità di prevedere delle norme di riparto alle singole regioni di poste del fondo sanitario nazionale, sia per la parte corrente che per quella in conto capitale, finalizzate alla gestione delle strutture e delle attività.

Infine la norma compresa nel nono comma favorisce, entro certi limiti, l'aggiornamento della programmazione, consentendo la variazione degli insediamenti dei presidi e dei servizi di alta specialità, qualora si dimostri, di piano in piano, che i servizi che erano stati riconosciuti tali non sono più idonei ad esempio in quanto sono scaduti di qualità, mentre viceversa si presentano altri servizi che lo sono maggiormente.

Questi sono i contenuti messi a punto dal lavoro della Commissione, che il relatore ha fatto propri.

**PRESIDENTE.** Onorevoli colleghi, il relatore ha spiegato molto bene che in realtà il nuovo testo dell'articolo 5 tratta una materia diversa, precedentemente contenuta nell'articolo 6, ossia si occupa dei presidi e dei servizi di alta specialità. Questo ovviamente ci impone di accertare che cosa accade degli attuali emendamenti residui presentati all'articolo 5, i quali si riferivano ad altra materia, quella appunto precedentemente contenuta nel testo originario dell'articolo 5. Prego, pertanto, il senatore Imbriaco di dire se intende ritirare gli emendamenti presentati all'articolo 5.

**IMBRIACO.** Gli emendamenti presentati dalla mia parte politica all'articolo 5 vengono tutti ritirati, ad eccezione dell'emendamento 5.4, con il quale si propone, al comma 1, lettera d), n. 1), di sopprimere le parole: «per le attività di igiene e sanità pubblica» che deve essere riferito all'articolo 9 e quindi dovrà essere esaminato in quella sede. Mi sembra che in questo modo siano facilitati, anche dal punto di vista tecnico, i lavori dell'Assemblea.

**PRESIDENTE.** A titolo di chiarimento, pertanto, resta solo l'emendamento 5.7, interamente sostitutivo dell'articolo, presentato dal relatore.

**BOMPIANI, relatore.** Domando di parlare.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

**BOMPIANI, relatore.** Signor Presidente, vorrei utilizzare il contenuto dell'emendamento 6.1 che tende ad inserire, al comma 1, dopo le parole: «e cura» le altre: «e riabilitazione». Ciò in quanto mi sembra opportuno ampliare il discorso delle altre specialità e dell'impiego di alte tecnologie anche nel campo della riabilitazione, in quanto ne abbiamo molto bisogno.

**IMBRIACO.** Domando di parlare.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

\* **IMBRIACO.** Colgo l'occasione, signor Presidente, per ricordare che questa formulazione ricorre più volte nel testo. Ove vi fosse un accordo, dovunque ricorra questa dizione si dovrebbe sempre aggiungere, quindi, la parola: «riabilitazione».

**PRESIDENTE.** L'emendamento 5.7 deve dunque essere integrato da questa modifica, vale a dire che dopo le parole: «e cura» debbono intendersi inserite le seguenti: «e riabilitazione».

Invito il rappresentante del Governo a pronunciarsi sull'emendamento in esame.

**DEGAN, ministro della sanità.** Concordo con l'emendamento 5.7, presentato dal rela-

tore. Vorrei peraltro chiedere al relatore se il contenuto dell'emendamento 6.6, presentato dallo stesso relatore, debba considerarsi assorbito nel testo dell'emendamento 5.7. Infatti, se così non fosse, esprimerei parere favorevole alla sostituzione delle parole: «di alta e sofisticata» con le altre: «di avanzata». Tutto ciò mi pare richieda un coordinamento, in quanto tale dizione è presente sia nel quarto che nel sesto comma.

BOMPIANI, *relatore*. Il rilievo sollevato dal Ministro è molto opportuno. Il relatore si è preoccupato di usare una terminologia più precisa, cioè di curare un po' la semantica. In termini medici — e quindi anche tecnici — parliamo di avanzata tecnologica, anche se poi il concetto è quello di alta e sofisticata pur non essendo, però, un concetto molto tecnico.

PRESIDENTE. Dobbiamo allora considerare l'emendamento 5.7 integrato al comma 1 con l'aggiunta delle parole: «e riabilitazione» e al comma 4 e al comma 6, come ha proposto l'onorevole Ministro, corretto nel senso di sostituire le parole: «di alta e sofisticata tecnologica», con le altre: «di avanzata tecnologia».

Passiamo alla votazione dell'emendamento 5.7.

BOTTI. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BOTTI. Signor Presidente, colleghi, pur apprezzando l'impostazione e le finalità di questo articolo sostitutivo, alla cui stesura ha contribuito in modo sostanziale il nostro Gruppo in sede di Commissione sanità, annuncio il nostro voto di astensione. Desidero indicare i motivi di questa nostra astensione in modo molto sintetico. Avremmo desiderato, in sostanza, una migliore e più incisiva definizione dei bacini di utenza; avremmo desiderato un maggiore cointeressamento delle regioni anche per quanto riguarda le loro possibilità di richiedere in un secondo tempo presidi di alta specializza-

zione, aventi ovviamente requisiti di legge, per evitare gli attuali squilibri territoriali e cioè la concentrazione di un'alta percentuale di specializzazione nel Nord e una carenza di queste specializzazioni nel Sud. Avremmo desiderato infine che fosse il piano sanitario nazionale, nella prima revisione annuale dopo l'emanazione del decreto, a stabilire il numero e l'attribuzione alle regioni delle strutture di alta specializzazione e di sofisticata o avanzata tecnologia.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 5.7, presentato dal relatore, con le modifiche indicate.

**È approvato.**

Passiamo all'esame dell'articolo 6:

Art. 6.

*(Presidi e servizi di alta specialità)*

1. Si definiscono di alta specialità le attività di diagnosi e cura che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificatamente formato.

2. L'elenco delle alte specialità riconosciute ai fini dell'organizzazione e della fruizione dell'assistenza viene stabilito, in rapporto a bacini di utenza di larghe dimensioni, secondo i criteri del rapporto costi-benefici, con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, previo parere del Consiglio superiore di sanità, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Con lo stesso decreto il Ministro della sanità fissa:

a) i requisiti minimi di personale, attrezzature e posti letto che le singole strutture, predisposte per l'esercizio delle attività di alta specialità, debbono obbligatoriamente possedere;

b) i necessari collegamenti con le attività specialistiche affini o complementari, che

debbono esistere nella medesima struttura o nel presidio nel quale si trova inserita l'alta specialità;

c) le caratteristiche di professionalità richieste per il personale.

4. Con lo stesso decreto sono altresì definiti il bacino d'utenza per l'utilizzo di apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia e le linee guida, elaborate dal Consiglio superiore di sanità e sottoposte a parere del Consiglio sanitario nazionale, per la razionale utilizzazione delle predette apparecchiature.

5. Il Piano sanitario nazionale stabilisce il numero e l'attribuzione alle Regioni delle strutture preposte all'esercizio delle singole attività di alta specialità, nonché delle apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia.

6. Il Piano sanitario della Regione o della Provincia autonoma stabilisce la dislocazione territoriale delle strutture sedi di attività o delle apparecchiature di cui ai precedenti commi, ovvero indica, nel caso di Regioni o di Province autonome la cui popolazione non raggiunga la dimensione di un bacino d'utenza, a quali sedi di altra Regione o Provincia sarà fatto riferimento per la detta attività e per le prestazioni strumentali ottenibili con le apparecchiature di cui sopra.

7. Sedi preferenziali di collocazione delle strutture preposte all'esercizio delle alte specialità o predisposte per l'installazione di apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia sono i presidi ospedalieri multizonali e i policlinici universitari

8. Al fine di garantire l'efficiente gestione dei presidi e delle apparecchiature di cui ai commi precedenti, il CIPE, in sede di riparto alle singole Regioni del Fondo sanitario nazionale sia di parte corrente sia in conto capitale, tiene conto delle loro dislocazioni facendo anche ricorso allo strumento della compensazione per la mobilità interregionale.

9. Gli elenchi di cui ai commi 2, 4 e 5 del presente articolo possono essere aggiornati o variati con la medesima procedura anche su richiesta delle singole Regioni o Province autonome o del Consiglio universitario nazionale.

Su questo articolo sono stati presentati i seguenti emendamenti:

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

*«(Interventi in casi di inadempienza)*

1. A partire dal centovesimo giorno successivo all'entrata in vigore della presente legge l'erogazione alle regioni e alle province autonome dei fondi vincolati per le azioni programmate e per i progetti-obiettivo e dei fondi in conto capitale, con esclusione dei soli fondi destinati alle spese di manutenzione, è sospesa fino all'approvazione da parte delle regioni e delle province autonome della legge di piano sanitario.

2. In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni in materia sanitaria, qualora si tratti di adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti da leggi o risultanti dalla natura degli interventi da realizzare, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

3. In caso di omissione da parte delle unità sanitarie locali di adempimenti amministrativi concernenti la pianificazione sanitaria regionale, previsti entro termini tassativi, si applicano le misure sostitutive stabilite dall'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, come modificato dall'articolo 11, comma 10, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638».

6.7

IL RELATORE

*Al comma 1, dopo le parole: « e cura » inserire le seguenti: « e riabilitazione ».*

6.1

ALBERTI, BOTTI, BELLAFFIORE, CALÌ,  
IMBRIACO, RANALLI, ONGARO BASAGLIA, ROSSANDA

*Al comma 3, dopo la parola: « decreto » inserire le altre: « di intesa con le Regioni ».*

6.2 BOTTI, ALBERTI, RANALLI, ROSSANDA, IMBRIACO, CALÌ, BELLAFIGLIORE, ONGARO BASAGLIA

*Dopo il comma 4, inserire il seguente:*

« ... Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del decreto ministeriale le Regioni che ritengono di poter disporre di una o più alte specialità presentano domanda al Ministro della sanità accompagnata da dettagliata relazione dimostrando di possedere tutti i requisiti di cui ai commi 3 e 4 ».

6.3 BOTTI, ALBERTI, RANALLI, ROSSANDA, IMBRIACO, CALÌ, BELLAFIGLIORE, ONGARO BASAGLIA

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

« 5. Il Piano sanitario nazionale nella prima revisione annuale successiva all'emanazione del decreto di cui al comma 2 stabilisce il numero e l'attribuzione alle Regioni delle strutture preposte all'esercizio delle singole attività di alta specialità nonché delle apparecchiature di alta e sofisticata tecnologia ».

6.4 BOTTI, ALBERTI, ROSSANDA, CALÌ, IMBRIACO, BELLAFIGLIORE, ONGARO BASAGLIA, RANALLI

*Al comma 9, sopprimere le parole da: « anche su richiesta » alla fine del comma.*

6.5 BOTTI, IMBRIACO, RANALLI, ROSSANDA, CALÌ, BELLAFIGLIORE, ALBERTI, ONGARO BASAGLIA

*Al comma 5, sostituire le parole « di alta e sofisticata » con le seguenti: « ad avanzata ».*

6.6 IL RELATORE

Ricordo che gli emendamenti 6.1 e 6.6 devono intendersi ritirati in quanto il loro contenuto è stato trasfuso nell'emendamento 5.7.

Invito i presentatori ad illustrare i restanti emendamenti.

IMBRIACO. Ritiriamo gli emendamenti 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5

BOMPIANI, *relatore*. Si tratta della materia contenuta nell'articolo 8 del testo originario che non ha subito sostanziali modificazioni, salvo l'accoglimento di una modifica che è stato recepita al primo comma. In base ad essa, all'emendamento 8.1, la parola: « subordinata », è sostituita dalle parole: « sospesa fino ». Questa modifica è sembrata opportuna al relatore poichè non si tratta di eliminare il diritto ad acquisire dei fondi, ma si tratta solo di un provvedimento di sospensione che dovrebbe sollecitare il porre in essere di tutti quegli adempimenti che sbloccheranno la sospensione stessa e consentiranno l'erogazione vera e propria delle risorse.

È indubbiamente una materia difficile, nel rapporto Stato-regioni, ma da parte della Commissione si è ritenuto necessario dire qualcosa in proposito. Si è deciso che l'unico meccanismo costituzionalmente valido e praticabile fosse quello della sospensione dell'erogazione di fondi particolari collegati con azioni che richiedono di per se stesse una pianificazione: non evidentemente quelli della gestione ordinaria per la copertura delle spese sanitarie correnti. Questo è il significato dell'articolo che va sotto il titolo: « Interventi in casi di inadempienza ».

PRESIDENTE. Faccio presente — e del resto già il relatore nel corso del suo intervento ha esplicitato questo punto — che l'emendamento 6.7 in esame è relativo alla materia « Interventi in casi di inadempienza », materia che, nel testo originario della Commissione, è trattata all'articolo 8. Ora, l'emendamento 8.1 deve intendersi assorbito in quanto accolto nel testo dell'emendamento 6.7 del relatore. Credo che il senatore Rossi ritenga l'emendamento soppressivo 8.3 superato dall'emendamento 6.7.

ROSSI. Sì, signor Presidente. Ritiriamo l'emendamento 8.3.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori dell'emendamento 8.2 se lo matengono come subemendamento all'emendamento interamente sostitutivo 6.7.



ROSSANDA. Noi avevamo sostenuto, sia durante la discussione in comitato ristretto che in Commissione, che le norme del piano sanitario non costituivano la sede più adatta per modificare il sistema dei controlli e degli atti sostitutivi, sistema che forma oggetto di trattazione in altra sede.

Riteniamo che le disposizioni inserite nel secondo e terzo comma dell'articolo 8 siano in parte semplicemente ripetitive di altre già esistenti e che pertanto non sia necessario ripeterle. Esse inoltre, specialmente per la parte contenuta nell'articolo 3, rientrano nella tematica dei controlli delle unità sanitarie locali, che richiede una trattazione particolare, la cui esatta sede di discussione individuiamo nel corso dell'esame sul disegno di legge di riforma delle autonomie locali.

Per tali motivi proponiamo di sopprimere questi due commi dal testo: manteniamo dunque l'emendamento.

PRESIDENTE. D'accordo, l'emendamento 8.2 diventa pertanto subemendamento 6.7/1 riferito all'emendamento 6.7.

MELOTTO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MELOTTO. Nel testo dell'emendamento 6.7 il termine «subordinata» è stato sostituito con l'espressione «sospesa fino» proprio perchè temevamo che la precedente formulazione potesse mettere in discussione la assegnazione. Su questo particolare punto mi sembra quindi che non ci siano problemi.

Per quanto riguarda i successivi due commi dell'emendamento insistiamo invece nel voto, proprio perchè ci sembra che la sistematica di tutto il disegno di legge consenta che, in caso di inadempienza, sia precisato e definito un potere sostitutivo atto a garantire a tutti i cittadini le prestazioni previste dal servizio sanitario.

È inoltre finalmente ricondotto in un unico testo, e non in una miriade di leggi e di provvedimenti, il problema degli interventi sostitutivi in caso di inadempienza. Insistiamo su questo proprio per la razionalità dell'articolo.

PRESIDENTE. Invito il relatore e il rappresentante del Governo a pronunciarsi sugli emendamenti in esame.

BOMPIANI, *relatore*. Signor Presidente, la materia è stata ampiamente discussa in Commissione ed ha anche dei precedenti normativi in altre leggi sanitarie. Il relatore, tuttavia, ritiene che sia necessario mantenere il secondo ed il terzo comma, anche se si augura che non vi sia mai ragione ed occasione di utilizzare gli strumenti in essi contemplati. Siamo tutti d'accordo nell'auspicare che non debba verificarsi mai la necessità, da parte del Governo, di sostituirsi a compiti regionali. L'esperienza ha però dimostrato — cito per tutti il caso dell'attivazione dei collegi dei revisori delle USL — che talvolta è necessario avere un meccanismo di stimolo importante da parte del Governo per ottenere certi adempimenti che erano già stati fissati dalla legge e non ancora ossequiati da parte delle regioni.

Mi rendo conto che la materia può sembrare difficile anche dal punto di vista costituzionale; ma mi sembra che la formulazione adottata costituisca una norma di salvaguardia affinché la pianificazione sanitaria possa funzionare a tutti i livelli, nazionale prima e regionale poi. Quindi è una «opzione» che viene lasciata aperta: augurandoci tutti che non sia necessario farne uso!

Sono pertanto contrario all'accettazione dell'emendamento della senatrice Rossanda e di altri senatori proprio per questi motivi.

DEGAN, *ministro della sanità*. Concordo con le osservazioni del relatore.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento 6.7/1, presentato dal senatore Rossanda e da altri senatori.

**Non è approvato.**

Metto ai voti l'emendamento 6.7, presentato dal relatore, interamente sostitutivo dell'articolo.

**È approvato.**

Rinvio il seguito della discussione alla prossima seduta.

### **Calendario dei lavori dell'Assemblea, variazioni**

**PRESIDENTE.** Avverto che, ai sensi dell'articolo 55, terzo comma, del Regolamento, si rende necessario modificare il calendario dei lavori per la corrente settimana per inserirvi la deliberazione sulle conclusioni adottate dalla 1ª Commissione, ai sensi dell'articolo 78 del Regolamento, in ordine al disegno di legge n. 1390.

Tale deliberazione verrà inserita al primo punto dell'ordine del giorno della seduta notturna.

### **Interpellanze, annunzio**

**PRESIDENTE.** Invito il senatore segretario a dare annunzio delle interpellanze pervenute alla Presidenza.

**SCLAVI, segretario:**

**FIOCCHI, BASTIANINI.** — *Ai Ministri dell'agricoltura e delle foreste, del commercio con l'estero, dell'industria, del commercio e dell'artigianato e della sanità.* — In considerazione dell'importanza che in una situazione agricola come quella italiana assume l'olivicoltura;

tenendo conto dell'accentuarsi della concorrenza che in materia di olio di oliva è già in atto nella CEE dopo l'ingresso della Grecia, concorrenza destinata a crescere a partire dal prossimo anno per il previsto ingresso nella Comunità di Spagna e Portogallo;

in presenza di notevoli danni che agli impianti olivicoli, specie nell'Italia centrale, sono stati causati dal gelo dello scorso inverno,

gli interpellanti chiedono di conoscere l'impostazione del Governo per l'ottenimento di una organica politica olivicola che, nel quadro della normativa comunitaria e con criterio di priorità, si basi:

a) sulla rapida ricostruzione degli oliveti distrutti o danneggiati dalle avversità atmosferiche;

b) sulla definizione della classificazione degli olii, in modo da assicurare la massima

tutela del produttore e del consumatore per la genuinità dell'olio di oliva;

c) su una incentivazione sempre più accentuata dalla qualificazione del prodotto;

d) su una azione promozionale mediante un collegamento con un diverso impegno dell'ICE, da realizzare con le associazioni dei produttori olivicoli, per capillarizzare la conoscenza delle caratteristiche dietetiche e terapeutiche dell'olio di oliva, secondo l'insegnamento della più qualificata scienza medica;

e) sul finanziamento di prodotti per il trattamento delle acque reflue, in vista della campagna olearia 1985-86, per ottenere la disciplina «ecologica» dei frantoi, sulla base delle indicazioni che convegni e studi compiuti anche con l'ausilio del Ministro senza portafoglio per l'ecologia hanno evidenziato;

f) sulla correlazione stretta che in materia olivicola esiste tra l'aspetto economico e tecnico e quello sociale, ecologico e ambientale, tenuto conto che la maggior parte degli oliveti sono ubicati in Italia in zone difficili non altrimenti sfruttabili se non con l'olivo.

(2-00331)

### **Interrogazioni, annunzio**

**PRESIDENTE.** Invito il senatore segretario a dare annunzio delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

**SCLAVI, segretario:**

**CAROLLO, SPITELLA, SAPORITO, JANNELLI, TAMBRONI ARMAROLI, DE CINCQUE, BEORCHIA, NEPI, CODAZZI, CECCATELLI, JERVOLINO RUSSO, BUTINI, BOMBARDIERI, COLOMBO SVEVO, RUFFINO.**

— *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere con urgenza quali valutazioni e quali conseguenti misure intenda adottare il Ministro in relazione al disgustoso episodio di cui si è reso autore l'insegnante Glauco Casarico, in servizio presso la scuola media «Buonarroti» di Corsico, in provincia di Milano.

Il docente (nella fattispecie l'uso di questo termine è quanto mai improprio per la mor-

tificazione resa alla qualifica), in base a quanto ampiamente riferisce un autorevole quotidiano di Milano, ha schernito un allievo di prima media, già bocciato, costringendolo a stare in classe l'ultimo giorno di scuola, di fronte ai propri compagni, con in testa un cappellino con le orecchie d'asino recante la scritta «mongolino d'oro».

Il fatto si commenta da sè, anche se qui interessa chiedersi come sia possibile che in una sede scolastica possano, in primo luogo, verificarsi siffatti episodi, e, in secondo luogo, essere assunti, proprio nell'ambiente preposto alla educazione e alla promozione sociale dei cittadini ancorchè handicappati, gli *handicaps* psichici, quali il cosiddetto «mongolismo», come metro di scherno del prosimo.

Si deve dunque rilevare come sia penosamente grave che in un luogo di educazione, per di più pubblico, sussistano tanta abissale ignoranza in materia di *handicaps*, così tetra sordità rispetto ai nuovi orizzonti della attività educativa, tale brutale dispregio di valori morali e di solidarietà umana.

È necessario a questo punto rilevare che l'espressione «mongolismo» venne usata nel 1866 dal medico inglese Langdon Down che tra i primi descrisse le caratteristiche esterne di questa sindrome: la rotondità del viso ed il particolare taglio degli occhi facevano apparire i soggetti colpiti da trisomia 21 molto somiglianti agli abitanti della Mongolia.

La «sindrome di Down» è appunto una anomalia genetica, non ereditaria, caratterizzata dalla presenza di un cromosoma in più, di solito il numero 21, da cui anche il nome di «trisomia 21». A questa condizione genetica si associano un variabile grado di *handicap* mentale e di anomalie fisiche, specie cardiache. Con il termine «mongolismo» si è continuato a descrivere per circa un secolo una realtà a lungo considerata triste e penosa.

Ma col progredire della medicina anche questa realtà è cambiata, come pure hanno fatto passi avanti anche molti valori che hanno affermato la necessità di un più vivo senso di solidarietà sociale. Così, nella celebrazione del centenario delle scoperte su questa malattia, fu deciso di adottare l'espressione

«sindrome di Down» in sostituzione del termine «mongolismo», che peraltro — contrariamente a quanto avviene in Italia — da gran tempo non figura più nel linguaggio, nei dizionari e nelle pubblicazioni del mondo anglosassone. Una terminologia siffatta non solo è razzista e poco rispettosa di altri popoli (mongoli, giapponesi, eccetera), ma suggerisce un falso ritratto della realtà, ancorato ad un passato in cui si credeva che i «mongoloidi» fossero ritardati senza speranza, sicchè veniva loro negata quella educazione e quella cura necessarie allo sviluppo di tutti i bambini.

Per circa un secolo si è rimasti molto incerti sull'origine della malattia. Finalmente, e solo nel 1957, il professor Jérôme Lejeune, dell'Università di Parigi, scoprì la genesi della trisomia 21.

Se è stata fatta luce sulla natura della «sindrome di Down» e se è stato elaborato un quadro abbastanza preciso del variabile grado di ritardo nello sviluppo mentale, fisico e motorio che essa procura nei soggetti colpiti, le cause precise che determinano l'insorgenza di questo «errore» genetico sono ancora sconosciute. Esso compare in ogni comunità, in ogni gruppo razziale ed etnico, fra ricchi e poveri, fra persone colte e incolte.

Ciò che occorre puntualizzare, sfatando molti luoghi comuni, è che per un bambino «Down» si possono fare, con ottimi risultati, molte cose che vanno da un precoce intervento sulla famiglia alla stimolazione psicomotoria del bambino stesso fin dal momento della nascita, alla educazione del linguaggio e all'insegnamento della scrittura, a vari interventi di socializzazione e di addestramento nei periodi pre-scolastico, scolastico e post-scolastico, fino ad un inserimento positivo nel lavoro; il tutto nel convincimento di ottenere, come da più parti dimostrato, un più completo sviluppo delle potenzialità insite nel bambino colpito da tale malattia.

Attualmente, infatti, ottimi risultati sono stati raggiunti specialmente all'estero. In Italia, invece, nonostante una moderna legislazione, esiste una diffusa carenza di strutture e di servizi, un'ignoranza vasta su questo specifico tipo di *handicap* e una mancanza di punti di riferimento specializzati e qualificati per le famiglie.

In questo settore ha peraltro molto operato l'«Associazione nazionale bambini Down», in raccordo anche con il Ministero della pubblica istruzione. Ma si tratta pur sempre di iniziative di volontariato le quali, pur sostenute anche da specifici contributi finanziari dello Stato, disposti con apposite leggi, non possono coprire le vaste esigenze connesse alla diffusione di aggiornate notizie in questo settore.

D'altra parte una maggiore sensibilizzazione in direzione della promozione sociale e del rispetto della dignità dei cittadini handicappati deve trovare nella scuola il suo punto più alto di spinta e di verifica morale e sociale.

Dal disgustoso episodio di Corsico non deve giungere dunque solo uno stimolo per misure amministrative e giudiziarie nei riguardi di chi con comportamenti attivi, ed anche per omessa vigilanza, ha violato la legge e ferito le coscienze civili, ma anche la sollecitazione per il Ministero della pubblica istruzione ad intensificare gli sforzi per accrescere le conoscenze e la sensibilità sociale del corpo docente e degli allievi.

(3-00956)

*Interrogazioni  
con richiesta di risposta scritta*

GARIBALDI. — *Al Ministro dell'interno.* — Premesso:

che sul quotidiano «Il Giornale Nuovo» del 25 marzo 1985 una lettrice «denunciava» un presunto patente comportamento «abusivo» del sindaco di Villa Minozzo di Reggio Emilia il quale, in spregio — a detta della «denunciante» — di elementari norme igienico-sanitarie avrebbe autorizzato la costruzione di edificio adibito a stalla nonostante — sempre a detta della «denunciante» — due annullamenti della relativa concessione da parte del Tribunale Amministrativo Regionale competente;

che, ad oggi, non risultano smentite da parte degli interessati nè fatti a ripristino della denunciata violazione della legalità,

l'interrogante chiede di conoscere come effettivamente stiano le cose e, ove queste stia-

no come riportato, quali provvedimenti il Ministro intenda adottare.

(4-01981)

BAIARDI. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere:

se sia informato che, per la carenza di personale in cui si trova la Pretura di Santhià, il consigliere dirigente sia stato costretto a rinviare all'autunno l'istruttoria di tutte le cause civili, con le comprensibili gravi ripercussioni sugli operatori e sui cittadini;

se, al fine di un rapido superamento di tale situazione, da tempo evidenziata ed ulteriormente aggravatasi con l'attribuzione di nuove competenze alle Preture, si siano poste in essere le misure atte a consentire la ripresa di un regolare funzionamento degli uffici della Pretura di Santhià.

(4-01982)

BUFFONI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere:

se il Ministro è a conoscenza delle varie denunce inoltrate in numerose città italiane per presunte gravi irregolarità nell'ammissione degli studenti alle prove di esame, legate al blocco degli scrutini provocati da uno sciopero dei docenti cosiddetti precari;

se corrisponde al vero che sia stato il Ministro interrogato ad impartire tale disposizione ai Provveditorati degli studi e ciò anche in relazione al fatto che appare all'interrogante improbabile che così numerosi provveditori abbiano inviato ai presidi ed ai presidenti delle commissioni fonogrammi dello stesso identico tenore, senza una precisa direttiva.

In caso affermativo si chiede se il Ministro si renda conto della gravissima irregolarità che un simile provvedimento è venuto a creare, censurabile sotto il piano politico, ma ancor più suscettibile, oltre che di gravi discriminazioni, di impugnazione, con conseguenze destabilizzanti, di fronte alla autorità giudiziaria.

(4-01983)

ULIANICH, ANDERLINI, NAPOLEONI, BERLINGUER, MASCAGNI. — *Ai Ministri della pubblica istruzione e dei beni culturali e ambientali.* — (Già 3-00623).

(4-01984)

PINTO Michele. — *Al Ministro dei trasporti.*  
— Per conoscere:

a) in che cosa consistono i lavori di ristrutturazione e rinnovamento della linea ferroviaria statale Sicignano-Lagonegro;

b) la programmazione dei lavori sulle singole tratte e la realistica previsione di ultimazione degli stessi;

c) se è vero che, a fronte dei lavori in parola, sarebbe stato rivolto invito, a tutti gli agenti operanti nelle tratte impegnate dai lavori, a formulare istanza «per una utilizzazione e sistemazione confacente» alle proprie aspirazioni;

d) se tale invito che, oltretutto, prevederebbe anche trasferimenti definitivi e passaggi di personale ed altri servizi, sia considerato compatibile con la natura, l'entità e la temporaneità dei lavori.

L'interrogante chiede, in sostanza, di conoscere se si è in grado di smentire le voci che hanno diffuso nei cittadini e negli Enti locali del Vallo di Diano la preoccupazione secondo cui la strategia delle Ferrovie dello Stato potrebbe nascondere, nel caso, una vera e propria programmazione di ulteriore declassamento della linea Sicignano-Lagonegro, proprio quando le aspirazioni prima e gli impegni poi andavano in direzione, non solo di un potenziamento e di una valorizzazione, ma anche di una protrazione della linea stessa sino alla costa tirrenica della Calabria (Lagonegro-Praia a Mare).

(4-01985)

DI CORATO, PETRARA, BOLDRINI, IANNONE. — *Ai Ministri della difesa e dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere:

se risulti a verità che il Ministro della difesa ha commissionato alla Superga di Triggiano (BA), del gruppo Pirelli, una fornitura di scarpe ginniche per l'esercito e per l'aeronautica e che la stessa azienda non ha provveduto ad evadere l'ordine, mentre è stata attuata una vera e propria serrata, con gravissime conseguenze per gli oltre 700 lavoratori espulsi dalla fabbrica, adducendo da parte della società motivazioni pretestuose relative a difficoltà di mercato;

se risulti al Ministro dell'industria che la società Superga si è sempre avvalsa e continua a farlo, nonostante la serrata, dell'opera di alcuni lavoratori esterni per eseguire lavori di cucitura di alcuni tipi di calzature prodotte nello stabilimento di Triggiano;

se non si consideri l'operato dei dirigenti della Superga un comportamento antisindacale, tale da appalesare una aperta violazione alla legge n. 1369 del 1960 in materia di intermediazione di manodopera.

(4-01986)

FRANZA. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per conoscere:

se risulta vero che a distanza di oltre sei anni i Ministri del tesoro e del lavoro, pur essendosi impegnati a farlo, non hanno dato alcun chiarimento in ordine all'applicabilità, o meno, dell'articolo 19 della legge n. 845 del 1978 (legge finanziaria) relativo ai fondi integrativi aziendali non gestiti per legge dall'INPS, contribuendo in tal modo a determinare, in molti casi, grave nocumento ai trattamenti pensionistici degli ex pubblici dipendenti;

se il Presidente del Consiglio è al corrente che tale atteggiamento dei suddetti Ministri ha determinato negli organi responsabili dell'INPS un grave stato di incertezza nell'interpretazione del suddetto articolo 19 della citata legge, invalidando il contenuto di una delibera adottata in precedenza dallo stesso Ente che aveva escluso l'applicabilità dell'articolo in questione ai fondi aziendali;

se è al corrente, inoltre, che il comportamento degli indicati Ministri ha indotto l'INPS ad emettere altra delibera in data 22 luglio 1983, n. 152, con la conseguenza di pesanti provvedimenti amministrativi che in taluni casi hanno visto operare notevoli tagli a titolo di recupero di somme che si dicono essere state percepite indebitamente;

se non ritiene infine che sia indispensabile ed urgente, mercè il necessario chiarimento, giungere ad una corretta applicazione dell'articolo 19 suddetto ed al rispetto del sesto comma dell'articolo 75 del decreto del Presidente della Repubblica n. 671 del 1979, il quale dispone che soltanto dalla data di trasferimento all'INPS del fondo ex INAM (1

luglio 1981) le quote aggiuntive della scala mobile non devono essere più detratte dalla pensione integrativa del fondo aziendale, restando comunque non dovuto l'incremento dell'indennità integrativa speciale.

(4-01987)

ANGELONI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Premesso:

che il traffico automobilistico sulla strada statale della Cisa, comprendente gli automezzi pesanti e di grosse dimensioni, continua ad essere molto intenso nella zona della Lunigiana (prov. di Massa Carrara) pur in presenza dell'autostrada «camionale della Cisa» che scorre quasi parallela;

che molto spesso sulla citata strada statale della Cisa si verificano incidenti anche assai gravi, a causa di una carreggiata stretta, di curve molto pericolose, di un fondo stradale in più punti cedevole, di mancanza di *guard-rail* o di parapetti;

che tutto ciò provoca frequenti ingorghi ed è, comunque, causa di un lento deflusso del traffico automobilistico con tutti gli inconvenienti — di varia natura — che il fatto comporta,

l'interrogante chiede se non si ritenga opportuno intervenire presso l'ANAS perchè si faccia carico di porre in essere tutti i provvedimenti necessari per eliminare le cause dei lamentati inconvenienti.

(4-01988)

BAIARDI. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per conoscere il parere e le determinazioni adottate in merito all'esposto del 3 aprile 1985 con il quale le organizzazioni sindacali di Vercelli segnalavano al Ministro interrogato le lamentele, pervenute da parte di numerosi iscritti, relative alle procedure seguite in alcune scuole della città e della provincia di Vercelli per l'organizzazione dei viaggi d'istruzione. In tali istituti infatti si sarebbe instaurata la tendenza a disattendere, senza plausibile motivo, i suggerimenti contenuti nell'articolo 3, primo e secondo comma, della circolare ministeriale n. 214 del 13 luglio 1982 con l'organizzazione di visite d'istruzione non sempre legate chiaramente ai criteri della programmazione didattica e senza tener conto del gruppo classe.

Risulterebbe inoltre che alcune sezioni del turismo scolastico abbiano organizzato in proprio viaggi e manifestazioni di vario tipo in giorni di scuola, utilizzando per l'assistenza agli alunni personale insegnante e non insegnante in orario di servizio.

Tali iniziative, oltre a produrre disfunzioni e discontinuità nella frequenza delle lezioni, avrebbero creato discriminazioni tra gli alunni sul piano economico e del diritto allo studio.

(4-01989)

SEGA. — *Ai Ministri dell'industria, del commercio e dell'artigianato, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale.* — Premesso e considerato:

che il CIPI nella seduta del 6 marzo 1985 ha deliberato la concessione alla acciaieria Sider Adria s.p.a. di Adria (Rovigo) i contributi di cui all'articolo 2 della legge n. 193 del 1984 per un totale di 10,2 miliardi di lire;

che nel frattempo sono risultati non sostenibili i programmi, i dati e gli impegni assunti dalla richiedente;

che la Sider Adria s.p.a. si trova notoriamente in stato fallimentare a causa di una passività di circa 20 miliardi nei confronti dell'INPS, della SNAM e dell'Enel (nei suoi confronti sarebbe in corso un procedimento per furto di energia ai danni dell'Enel);

accertato infine che il Comune di Adria, creditore per forniture di acqua potabile, ha inoltrato formale ricorso per decreto ingiuntivo e conseguente richiesta di sequestro cautelativo,

l'interrogante chiede di sapere se non si ritenga indispensabile disporre l'immediata sospensione delle procedure in atto per la concessione dei contributi di cui all'articolo 2 della legge n. 193 del 1984 ed accogliere invece la pressante richiesta della Amministrazione provinciale di Rovigo, del Comune di Adria, delle organizzazioni sindacali e della Regione Veneto per un incontro urgente al fine di concordare a livello governativo interventi alternativi in grado di assicurare l'occupazione ai 130 lavoratori licenziati e privati persino della possibilità di far ricorso alla cassa integrazione guadagni straordinaria.

(4-01990)

SCLAVI. — *Al Ministro dell'interno.* — Con riferimento alla legge n. 818 del 7 dicembre 1984 e al decreto ministeriale dell'8 marzo 1985 relativi alle direttive sulle misure più urgenti ed essenziali da adottare in materia di prevenzione degli incendi ai fini dell'ottenimento del nulla osta provvisorio, constatato che larga parte delle imprese artigiane, agricole, degli esercenti e dei piccoli imprenditori è tenuta agli adempimenti previsti dalla normativa suddetta e tenuto conto che le scadenze incombenti hanno impedito una adeguata informazione tra le categorie, l'interrogante chiede di sapere se non si ritenga indispensabile una ragionevole proroga dei termini per la presentazione delle domande di richiesta dei certificati di prevenzione incendi e del nulla osta provvisorio.

(4-01991)

SIGNORELLI. — *Al Ministro della sanità.* — Si fa presente che da parte del direttore del servizio assistenza della Unità sanitaria locale di Viterbo 1 è stata predisposta la chiusura del servizio di pronto soccorso della struttura ospedaliera di Bagnoregio, determinando di conseguenza la cessazione della stessa attività ospedaliera.

Tale decisione è stata trasmessa alle autorità interessate con fonogramma datato 17 giugno 1985 e con ordine di attuazione immediato; si è giunti anche a richiedere al sindaco, ai carabinieri ed al direttore sanitario di dare immediata pubblicizzazione di tale fatto alle popolazioni mediante l'affissione di manifesti in tutto il territorio interessato e di provvedere ad eliminare tutte le segnalazioni stradali indicanti la presenza dell'ospedale in Bagnoregio.

Tale provvedimento, unilaterale, non è giustificato da nessun atto deliberativo che lo abbia preceduto e pertanto è da ritenersi illegittimo.

L'interrogante chiede pertanto al Ministro quali misure urgenti intenda prendere, a tutti i livelli di competenza, nei riguardi di chi ha emesso tali irresponsabili oltre che rozze decisioni che hanno tra l'altro provocato uno stato di notevole preoccupazione negli operatori sanitari della struttura, praticamente assoggettati ad improvvisi trasferi-

menti in altre strutture ospedaliere della USL Viterbo 1 e nelle popolazioni interessate, innestando reazioni emotive capaci oltretutto di creare una turbativa dell'ordine pubblico, e se non ritiene che tali misure non siano da concretizzarsi con la adozione di una immediata disposizione per ripristinare nell'ospedale di Bagnoregio il servizio di pronto soccorso, fino a quando non verranno attivate in un quadro organico le ventilate promesse di strutture alternative.

(4-01992)

### Interrogazioni, da svolgere in Commissione

PRESIDENTE. A norma dell'articolo 147 del Regolamento, la seguente interrogazione sarà svolta presso la Commissione permanente:

10<sup>a</sup> Commissione permanente (Industria, commercio turismo):

n. 3-00954, del senatore Signorino, sui rischi derivanti alla popolazione di Genova Multedo dalla installazione nel locale porto petroli di una stazione di pompaggio di GPL.

### Ordine del giorno per la seduta notturna di mercoledì 19 giugno 1985

PRESIDENTE. Ricordo che il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica questa sera, alle ore 21, con il seguente ordine del giorno:

I. Deliberazione sulle conclusioni adottate dalla 1<sup>a</sup> Commissione permanente, ai sensi dell'articolo 78, terzo comma, del Regolamento, in ordine al disegno di legge:

«Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, recante norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonché per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate» (*Approvato dalla Camera dei deputati*) (1390)

II. Seguito della discussione dei disegni di legge:

«Determinazione delle priorità del piano sanitario nazionale per il triennio 1984-1986 e altre disposizioni in materia sanitaria» (*Stralcio degli articoli 22, 24, 27, 30 e 31 del testo del Governo, e dell'articolo 24 del testo della 5<sup>a</sup> Commissione, del disegno di legge n. 195 deliberato dall'Assemblea nella seduta antimeridiana del 22 novembre 1983*) (195-quater);

«Norme transitorie in materia di strutture ospedaliere» (*Stralcio dell'articolo 10-bis di cui all'articolo unico del disegno di legge n. 256, deliberato dall'Assemblea nella seduta pomeridiana del 4 novembre 1983*) (256-bis).

La seduta è tolta (ore 19,55).

Dott. FRANCESCO CASABIANCA  
Consigliere preposto alla direzione del  
Servizio dei resoconti parlamentari