

lo nascondo, ma nella grande generalità dei casi non credo sia così. Io penso che per lo più si sia trattato di un processo che ha seguito l'evoluzione dei tempi, man mano che la medicina si è specializzata, man mano che l'ospedale si è sempre più delineato come un centro nel quale si esercitano soprattutto le specializzazioni, con *équipe* altamente specialistiche, e man mano che è venuta meno — in taluni casi, secondo me, anche sbagliando — la visione generale dei problemi.

Questo con riferimento all'articolo 1: quindi, se determinato personale è stato assunto per un reparto ed è stato successivamente assegnato ad un altro, non possiamo pensare che ciò sia necessariamente avvenuto per colpa o per favoritismi; è giusto piuttosto che, dopo tanti anni, venga riconosciuta a questo personale l'esperienza conseguita nello specifico reparto. Altrimenti, cosa dovremmo fare, dovremmo cacciarlo?

Per quanto riguarda l'articolo 2 si pone un'altra questione con riferimento soprattutto a medici che sono stati assunti senza specializzazione in virtù di avvisi pubblici a tempo determinato ed hanno prestato per un certo periodo il loro servizio presso alcuni reparti. Tutti sanno che, essendo state bloccate per molto tempo le assunzioni definitive, le USL prima e le ASL poi, per coprire i posti vacanti in pianta organica, hanno dovuto fare ricorso ad assunzioni a tempo determinato, attraverso avvisi pubblici, nella maggior parte dei casi per soli titoli (come il collega Colombini sa); ebbene, per questi avvisi pubblici, fino a qualche anno fa, non era necessaria la specializzazione.

Vi sono stati quindi colleghi che, sapendo che vi erano posti liberi, hanno risposto agli avvisi pubblici, sebbene si trattasse di assunzioni a tempo determinato, ed hanno lavorato per incarichi di tre, quattro, al massimo otto mesi per ogni anno solare; in tal modo, essi partecipavano ad una graduatoria che per legge aveva una validità di quattro anni. Sapevano, quindi, che, scaduto l'incarico che aveva la durata massima di otto mesi, dopo una pausa di alcuni mesi (l'interru-

zione era necessaria per non dare continuità al rapporto di lavoro), nell'anno solare successivo potevano essere riassunti se, essendovi un posto vacante, di fronte all'impossibilità di fare concorsi per nuovi blocchi delle assunzioni, le USL avevano tale esigenza. Questo è avvenuto soprattutto negli ospedali del nord ma anche altrove e penso che il collega Colombini conosca queste situazioni.

I medici interessati a queste situazioni facevano quindi riferimento agli avvisi pubblici ed alla graduatoria valida per quattro anni; prestava servizio in alcuni periodi e la legge consentiva loro di essere assunti senza specializzazione. Quindi, professionisti di 40 anni, laureati, abilitati all'esercizio della professione medica, magari per quattro, cinque, sei anni sono rimasti in una sorta di limbo. A questo punto, mi sembra normale che quei medici, essendo impegnati in un'attività lavorativa, non si siano posti il problema di iscriversi ad una specializzazione, anche perché nel frattempo non lo si poteva più fare lavorando (da quando è entrato in vigore il nuovo sistema la specializzazione è divenuta totalizzante e a tempo pieno). Dunque, i medici che partecipavano agli avvisi pubblici non potevano iscriversi alle specializzazioni, perché era vietato; hanno quindi proseguito sulla loro strada, dal momento che vi era una graduatoria valida per quattro anni, con incarichi ottenuti di volta in volta.

Ebbene, quanto al termine di sedici mesi, presenterò un emendamento per portarlo a dodici mesi, perché, onorevole Colombini, si tratta di medici che non devono fare i primari ma gli assistenti: fino a tre anni fa, erano assunti senza specializzazione; oggi, giustamente, viene loro richiesta ma, dal momento che si sono trovati a cavallo di un periodo di transizione, cosa dobbiamo fare, dobbiamo lasciarli fuori dal sistema senza alcuna possibilità di rientrarvi? Allora, questi medici hanno lavorato per sedici mesi, il che significa che hanno avuto almeno due, ma anche tre, quattro, cinque incarichi di quattro mesi alla volta in anni successivi, e poi, come tutti sappiamo, sono spesso

rimasti negli ospedali, anche senza essere pagati, continuando a lavorare nei reparti, nella prospettiva di potervi entrare prima o poi in modo definitivo. Ebbene, agli stessi si dà la possibilità di essere considerati come se avessero la specializzazione, facendoli accedere ad una serie di posti riservati.

Questa non mi sembra una sanatoria, possiamo discutere se sia giusto — come io ritengo — abbassare quei sedici mesi a dodici o se sia più giusto — come probabilmente riterrà l'onorevole Colombini — portarli a ventiquattro, ma la logica deve essere la seguente: così come in passato i medici senza specializzazione potevano essere anche primari, ora non si può negare un'analogha opportunità a coloro che si trovano a cavallo del periodo transitorio.

Concordo, invece, in ordine a quanto previsto al comma 3 dell'articolo 2, vale a dire sulla possibilità per i medici di stare nel servizio sanitario, di poter accedere ai posti. Il lavoro, infatti, crea aspettative e diritti: a mio avviso, una persona per il solo fatto di aver lavorato in un determinato posto acquisisce diritti, professionalità ed esperienza particolari. Non ritengo giusto, tuttavia, che i privilegi siano eccessivi; mi riferisco, ad esempio, alla possibilità di iscriversi alle scuole di specializzazione in sovrannumero. A mio avviso, ciò non è corretto per una serie di motivi. Innanzitutto perché creerebbe una disparità nei confronti di altri medici, anch'essi di ruolo che, di fatto, oggi sono presenti nei reparti pur non avendo la specializzazione, in quanto la legge lo ha permesso. Dobbiamo quindi consentirlo solo ad alcuni? No, dovremmo permetterlo a tutti, anche a coloro che sono in servizio e non hanno la specializzazione. Ma ciò non è possibile perché aumenterebbero modo spropositato i posti nelle scuole di specializzazione, oberando un settore che non può più assorbire tutta questa massa di professionisti; inoltre si sguarnirebbero gli ospedali perché i medici che accedono alle scuole di specializzazione automaticamente non possono

lavorare in ospedale. Inoltre, non so se lo Stato avrebbe la copertura finanziaria necessaria per tutto ciò.

Ritengo, quindi, errata la previsione del comma 3 secondo la quale i medici, ai quali viene data l'agevolazione, possano entrare nelle scuole di specializzazione anche se in sovrannumero.

A questo punto, o aboliamo questa anomalia, e a tale fine annuncio che presenterò due emendamenti — discuteremo poi cosa sia più opportuno fare —, oppure scegliamo un'altra strada. In Italia vi sono due categorie di specialisti largamente carenti: i radiologi e gli anestesisti rianimatori, due specialità senza le quali, tra l'altro, non si può accedere ad alcuni reparti. In alcuni ospedali vi sono un primario, un ex aiuto ed un assistente senza la specializzazione, perché una volta era possibile anche diventare primario senza di essa; vi sono poi leggi che dicono che per poter fare esami contrastografici in sala operatoria occorre lo specialista radiologo. Paradossalmente, quindi, in alcuni ospedali pur essendovi il primario, l'aiuto e l'assistente radiologo, nessuno può fare un esame contrastografico in sala operatoria. Allora, limitatamente a queste due categorie, potremmo ipotizzare — invito il Governo a riflettere sul punto, quindi sul comma 3 — l'accesso in sovrannumero dei medici delle unità operative di radiologia, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, anestesia e rianimazione, prevedendo un decreto successivo del Governo che ne definisca le modalità. Dico ciò perché, anche in quel caso, occorre chiarire bene in quanto, se da un lato si dà alle suddette categorie professionali la possibilità di iscriversi in sovrannumero alla scuola di specializzazione, dall'altro non esistono le condizioni perché possano lasciare il lavoro in quanto sono già in numero esiguo. Non possiamo sguarnire i reparti ospedalieri di radiologi e anestesisti. Occorre definire, quindi, le modalità attraverso le quali consentire la specializzazione e, contemporaneamente, far sì che la parte pratica della stessa venga effettuata negli ospedali dove gli interessati prestano servizio.

Lascio aperte queste due ipotesi ed annuncio in proposito due emendamenti, l'uno soppressivo del comma 3 e l'altro volto a limitare tale agevolazione ai soli medici che prestano servizio nelle unità di radiologia, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, anestesia e rianimazione.

Sempre a proposito dell'articolo 2, credo che vada anche meglio definita la questione del personale amministrativo che è stato assunto con il requisito della laurea e che, quindi, secondo me, al pari di altri, dovrebbe avere una considerazione maggiore. A me pare, infatti, che sia eccessivamente limitativo il modo in cui, al comma 5, viene affrontato il problema di questo personale.

Da ultimo, voglio affrontare un'altra questione: questo disegno di legge che, come ho detto prima, ha suscitato grandi aspettative e speranze, certamente non risolve tutti i problemi del personale sanitario, anzi è diventato così esiguo che rimane fuori dalla porta tutta una serie di professionalità e di situazioni che nel corso degli anni si sono accumulate e che sono dovute, appunto, a questo cambiamento, a questa rapida modifica della legislazione in campo sanitario. Vi sono persone che avevano aspettative in merito a questo disegno di legge — sappiamo che esso era atteso da circa tre anni — ed ora tali aspettative sono state deluse.

So che alcune questioni sono state affrontate in altra sede, come, ad esempio, quella relativa al personale della Croce rossa, che è stata stralciata, perché vi è una proposta di legge di iniziativa parlamentare sul sangue, che si occuperà anche della sistemazione del personale della Croce rossa.

Mi auguro che queste proposte di legge di iniziativa parlamentare proseguano il loro iter e su ciò vorrei anche fare un appunto: non capisco perché le proposte di legge di iniziativa parlamentare debbano seguire iter lunghissimi. Si tratta di una colpa che è innanzitutto di noi parlamentari e che non possiamo imputare al Governo. Dobbiamo chiederci perché noi parlamentari, se non siamo

stimolati da un Governo che ci chiede con forza l'approvazione dei disegni di legge, facciamo procedere con estrema ed eccessiva lentezza le proposte di legge di nostra iniziativa.

Vi sono poi altre questioni, come ad esempio quella dei medici odontoiatri. Anche in questo caso abbiamo operato un rinvio ed io presenterò un emendamento in proposito, perché mi sembra che la legge sull'odontoiatria abbia tempi lunghissimi, biblici: va avanti dalla scorsa legislatura ed il problema è lungi dall'essere affrontato e risolto. Questo problema rimane fuori ed anche in questo caso vi è una proposta di legge di iniziativa parlamentare, presentata da diversi parlamentari, tra i quali anch'io, che sta seguendo il suo iter e non si capisce perché subisca ritardi.

Ma vi è, soprattutto — e con ciò concludo —, un altro aspetto drammatico, che invece vorrei diventasse oggetto del provvedimento in discussione, onorevole sottosegretario, che ho già segnalato durante l'iter in Commissione e riguarda un'altra categoria di medici, anch'essi veramente disperati. Credo si tratti di un numero di medici che va dai 10 ai 20 mila, i quali si sono iscritti all'università sapendo che non si può più entrare in ospedale, perché è necessaria la specializzazione e non possono più fare i dentisti, se le cose vanno male, perché la direttiva comunitaria e la legge dello Stato che l'ha recepita prevedono che un medico laureato in medicina e chirurgia non possa più fare il dentista.

Tuttavia, fino al 1991, almeno essi sapevano che, una volta laureati in medicina, avrebbero potuto fare i medici di base. Poi nel 1994, mentre erano in fase avanzata dei loro studi, cioè al quarto anno, è stata approvata la legge che prevede la frequenza di un corso di formazione specifica in medicina generale. All'epoca vi erano 60-70 mila medici, 2 mila posti per il corso di formazione specifica in medicina generale e 6 mila posti in tutto per le specializzazioni — quindi, un imbuto di 8 mila posti — e 20-30 mila medici si sono trovati di fronte

a questo imbuto, totalmente respinti dal servizio sanitario e senza sapere più che fare.

Successivamente, è stato introdotto il numero programmato e, finalmente, ci si è decisi a trovare soluzioni al problema. Tuttavia, credo che non possiamo non tener conto della condizione di questo personale: si tratta di persone che hanno studiato fino a 27-28 anni, che per anni si sono « arrabbattate » per accumulare qualche punto, nella speranza di diventare un giorno medici di guardia o medici di base, facendo anche supplenze a medici di base a costi bassissimi o addirittura gratis per acquisire punteggio, e che oggi si trovano totalmente respinte e impossibilitate a svolgere qualunque attività.

Su questo punto presenterò un emendamento, come ho già fatto in Commissione, anche perché il Governo ha accettato un ordine del giorno e la Commissione affari sociali della Camera ha votato all'unanimità una risoluzione che auspicava che venisse data soluzione a questo annoso problema. L'emendamento prevede, per i medici iscritti fino all'anno 1991, indipendentemente dall'anno di laurea, la possibilità (con il punteggio di cui dispongono, senza i dodici punti che si acquisiscono con il corso di formazione) di iscriversi nelle graduatorie per poter fare almeno il medico di base o di guardia medica quando sarà il loro turno in base al punteggio acquisito.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Del Barone. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE DEL BARONE. Signor Presidente, onorevole sottosegretario, signor relatore, l'argomento stimola considerazioni di vario tipo ed io sento la necessità di dire, all'inizio del mio intervento, che non mi limiterò solamente al testo, nel significato pieno della parola, ma alla Pirandello affronterò « la maschera e il volto » o, se vi fa più piacere, sarò una specie di Kean: « genio e sregolatezza ».

Non ho paura di dire, e penso che il sottosegretario Bettoni Brandani (autorevole ospedaliera) non avrà alcuna diffi-

coltà ad ammettere, che la parola sanatoria non è di colore oscuro. Per chi come me ha tanti anni sul groppone è facile testimoniare che grazie a questa parola molti assistenti sono diventati aiuti e molti aiuti sono diventati primari. Un primariato su sanatoria, quindi, non mi scandalizza più di tanto ma non mi fa neppure gioire.

Ho ascoltato molto attentamente gli onorevoli Colombini e Saia, condividendo molte delle osservazioni espresse da ambedue. L'onorevole Colombini, non fosse altro che per vicinanza, si è espresso in termini molto precisi, nel senso che non si è dichiarato contro il concetto di sanatoria ma ha contestato i sedici mesi di servizio — a mio parere contestabili — il cui computo può essere posto all'inizio dell'iter ospedaliero di un medico e che quindi può automaticamente « puzzare di stantio » e — perché no? — di impreparazione, se è vero, come è vero, che la medicina negli ultimi anni ha camminato a passi normali, mentre la chirurgia a compiuto passi da gigante.

Si tratterà di verificare — ma non sarà motivo di ampio dissidio — se gli emendamenti che verranno presentati riguarderanno i dodici o i ventiquattro mesi di servizio.

Il punto sul quale dissento, se inquadrato nell'ambito di tutto ciò che dovrebbe avvenire nel settore della sanità, è quello su cui si fonda la legge delega del Governo (ho imparato a dimenticare il nome del ministro Bindi, anche se l'amico Vicepresidente ce lo ha ricordato tante volte e non so se la riforma sanitaria si rivelerà un affare per il Governo). Dicevo che anche nell'ambito di questa sanatoria il concetto economico prende il sopravvento: tutto viene fatto perché non c'è un aumento di spesa.

Mi domando se in questa sanità che fa acqua da tutte le parti — soprattutto sul versante della disoccupazione medica — sia il caso di ricordare, ogni secondo, che il lato economico non deve entrare nel ragionamento. Mi riferisco alla parte conclusiva dell'articolo 1 del testo della Commissione, dove si parla di soppressione dei

posti lasciati liberi nell'area o disciplina di provenienza. Mi sorge spontanea una domanda: le piante organiche degli ospedali italiani sono degne di questo nome? Sono esse abbondantemente coperte? Rispettano le esigenze ed i fabbisogni che si creano negli ospedali, o sono semplicemente sepolcri imbiancati in cui debbono morire gli assistiti? Non voglio proprio utilizzare il termine morire, perché ritengo che negli ospedali la manodopera laureata sia di primissimo ordine.

Eppure, si pretende che tale manodopera sia sempre la stessa, sia pure *mutatis mutandis*; non la si può, invece, integrare con forze fresche?

Vi è poi un'altra problematica. La XII Commissione affari sociali della Camera tratta i problemi della sanità. Ebbene, il progetto di legge ha affrontato tutto ciò che veniva prospettato dalla XII Commissione, concludendo semplicemente con la formula che leggerò testualmente: « l'osservazione della XII Commissione non è stata accolta perché è stato ritenuto necessario rispettare l'autonomia contrattuale delle parti nella materia cui essa si riferiva ». Ebbene, mi sembra che sia un concetto elusivo, visto che quella Commissione tratta proprio i problemi della sanità.

Si prospetta, poi, la possibilità dell'iscrizione per gli specialisti in soprannumero; perché allora non prevediamo allargamenti per le specializzazioni ai sensi della normativa CEE? Perché non prevediamo allargamenti per le specializzazioni, pur senza conferire il contributo a chi viene ammesso alla specializzazione? Insomma, non dobbiamo fare in modo che per carenza della specializzazione in anestesologia si chiudano le sale operatorie nei mesi di luglio e di agosto, per consentire ai lavoratori di fruire delle ferie! Non dobbiamo fare in modo che l'assenza degli anestesisti crei situazioni pericolose e proibisca una vita ospedaliera nel significato pieno della parola!

Partiamo, quindi, dal presupposto che possa essere conferita la specializzazione in soprannumero, ma facciamo in modo

che, consentendo qualcosa in maniera anomala, se ne risolva qualcun'altra in maniera fisiologica.

Quando si parla di immissione in ruolo di personale con comprovata esperienza professionale, per quale motivo non si è tenuto in conto quanto prospettato dalla XII Commissione, riguardo le modalità dei rapporti con le branche della radiodiagnostica, della radioterapia e della medicina nucleare? Infatti, proprio in tali campi i colleghi medici hanno acquisito una preparazione specifica.

Sento, poi, la necessità di ribadire quanto detto dall'amico Saia: pur essendo convinto che il *pabulum* della medicina generale non possa essere il verde pascolo cui accedono tutti i medici semplicemente perché sono laureati, ritengo che il blocco — per coloro che si sono laureati entro il 31 dicembre 1994 — costituisca l'esempio patognomico che con tali intendimenti, con tale assoluto rispetto dell'economia, con tale cattiveria, ai medici italiani laureati dopo quel termine si assicurano semplicemente la laurea e la disoccupazione!

Allora, cerchiamo — e concludo — di fare in modo che nei confronti degli emendamenti che presenteremo sulle norme relative all'organizzazione del personale sanitario vi sia un'apertura che dimostri la disponibilità del Governo.

Mi permetto di rivolgere un ultimo appello al relatore, perché non ho compreso — senz'altro per mia carenza — cosa abbia inteso dire in merito all'articolo 4, che si occupa precisamente del regime previdenziale per i dirigenti della guardia medica e della medicina dei servizi. Mi rivolgo sommessamente anche al sottosegretario, perché questo è un punto per me importantissimo (e concludo, Presidente). Nel momento in cui i colleghi della guardia medica passeranno alla situazione di dipendenti penso che, dal punto di vista della previdenza, rimarranno iscritti all'ENPAM. Se dovessero infatti passare all'INPDAP, ciò costituirebbe motivo di dissenso totale da parte del mio gruppo,

in quanto si tratterebbe di una scelta che tradirebbe promesse che ci sono state fatte nel modo più solenne.

PRESIDENTE. Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

*(Repliche del relatore e del Governo
— A.C. 4932)*

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il relatore, onorevole Duilio.

LINO DUILIO, *Relatore*. Rinuncio alla replica, signor Presidente.

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il sottosegretario di Stato per la sanità.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, innanzitutto desidero ringraziare i colleghi per l'attenzione riservata al disegno di legge in esame. Sia pure tra pochi intimi, la discussione si è svolta in modo non formale, ma puntuale ed approfondito e, credo, anche utile al fine di predisporci — almeno per quanto riguarda il Governo, ma credo anche il relatore — all'approvazione del disegno di legge, con le modifiche che l'Assemblea riterrà opportuno introdurre.

Vorrei anche ringraziare il relatore e la Commissione per il lavoro svolto rispetto a questioni complesse che sono state affrontate nell'esame del disegno di legge originario del Governo e del testo oggi in discussione.

Desidero brevemente ricordare le modifiche apportate al testo originario, alcune delle quali rappresentano — e credo si debba dare atto di ciò — il recepimento delle posizioni emerse in Commissione, mentre altre sono state determinate dal fatto che è intercorso diverso tempo tra la predisposizione del disegno di legge da parte del Consiglio dei ministri e la sua discussione ed approvazione in Commissione in sede referente. Ciò ha reso consapevoli il Governo ed il relatore, ma

anche la stessa Commissione, del fatto che alcuni problemi avevano nel frattempo già trovato soluzione oppure si avviavano a soluzione nell'ambito di altri provvedimenti. Mi riferisco, per esempio, alle questioni, citate dall'onorevole Saia, relative al centro trasfusionale della Croce rossa, al personale della stessa Croce rossa e ad altri aspetti che erano stati affrontati nel testo originario e che consensualmente si è ritenuto opportuno eliminare.

Anche a me la parola « sanatoria » non piace, sebbene non mi scandalizzi, tuttavia voglio dire che concordiamo sulla necessità di mettere fine a situazioni anomale o comunque di precarietà che via via si sono determinate nel servizio sanitario nazionale. Esse si sono determinate indipendentemente dalla volontà di ciascuno di noi, a cominciare dal Governo. Infatti, abbiamo ereditato situazioni anomale che si erano create negli anni passati, ma riteniamo che sia giunto il momento di mettere la parola fine a questa situazione riguardante il personale per poter poi ripartire in coincidenza con l'approvazione dei decreti legislativi di riordino del servizio sanitario nazionale che, al di là delle questioni di merito, voltano pagina rispetto al passato. Quindi, il riassetto delle norme concernenti il personale sanitario ci consentirà di ricominciare daccapo e di non portarci dietro ancora situazioni anomale.

Quanto si è verificato in passato non è stato dovuto ad atti illeciti, ma alle modifiche intervenute nella legislazione in tale settore. L'onorevole Saia ha analiticamente ricordato le varie norme che, nel tempo, hanno regolato le modalità di assunzione dei medici nel servizio sanitario nazionale e che hanno determinato le anomalie a cui cerchiamo di porre rimedio. Il personale medico veniva assunto sulla base di alcuni requisiti stabiliti da una norma, mentre, successivamente, un'altra li modificava: tutto ciò ha causato difficoltà sia per le aziende sanitarie, sia per i professionisti. Su questo argomento, rimando all'intervento analitico svolto dall'onorevole Saia.

Vorrei altresì ricordare che l'anomalia di certe situazioni non è rapportabile agli aspetti professionali, ma a quelli giuridici: il precariato, ad esempio, non è dovuto a carenze nella professionalità degli operatori sanitari, ma alle loro modalità di assunzione. Tale questione va tenuta ben presente perché altrimenti rischieremmo di confondere le anomalie giuridiche con la carenza di requisiti professionali. Ciò non sarebbe giusto nei confronti del personale medico.

L'altra questione di cui vorrei occuparmi e che è stata oggetto di discussione è quella concernente la riserva dei posti. Quando si parla di riserva di posti nella misura del 50 per cento non si fa riferimento ad un'immissione automatica di medici incaricati provvisoriamente (l'Assemblea sarà libera di decidere se mantenere o meno il limite dei sedici mesi: il Governo è disponibile a discuterne, anche se vi sarà bisogno di trovare un accordo tra le varie posizioni), perché l'assunzione sarà decisa da un concorso. Con il meccanismo concorsuale si entra nel merito dell'analisi della professionalità di chi è ammesso a concorso. Il candidato può essere, ovviamente, escluso e non considerato idoneo alla copertura del posto, qualora manchino i requisiti di professionalità. Credo che la norma debba essere interpretata in questo senso. Del resto, ricordo che, per i dirigenti di primo livello, il procedimento è analogo, nel senso che esiste un meccanismo concorsuale in base al quale viene giudicata la professionalità necessaria per la loro determinazione. In questo caso, è prevista una riserva di posti all'interno, comunque, di un meccanismo concorsuale basato sul merito.

Per quanto riguarda le osservazioni rispetto all'immissione in soprannumero alle scuole di specializzazione, vorrei far presente che il Governo e la Commissione hanno discusso su questo punto proprio in relazione ad alcune situazioni particolari determinatesi negli ospedali per alcuni specialisti, in modo particolare, anestesisti rianimatori e radiologi. Da parte del Governo vi è tutta la disponibilità ad

individuare una soluzione che consenta di trovare un giusto equilibrio all'interno di questo disegno di legge. Si potrebbe ammettere l'esercizio delle funzioni della specializzazione, ferma restando la necessità di conseguirla, in quanto ciò è obbligatorio per legge; non è possibile, infatti, per tali soggetti esercitare queste funzioni, se non per legge. Ciò consentirebbe a questi specialisti di svolgere la pratica cui l'onorevole Saia faceva riferimento.

Per quanto riguarda i chiarimenti richiesti sull'articolo 6 da parte dell'onorevole Del Barone, vorrei far presente che, per i medici appartenenti alla convenzione della medicina dei servizi e della guardia medica, se inquadrati in ruolo con la qualifica di dirigenti sanitari di primo livello, vale l'opzione per il trattamento previdenziale in godimento che è l'estensione della normativa della finanziaria del 1993.

Concludo ribadendo che, da parte del Governo, vi è tutta la disponibilità a misurarsi con le varie opinioni che quest'Assemblea riterrà opportuno manifestare. Faccio, inoltre, un appello per trovare tutti gli elementi di equilibrio per varare il disegno di legge che è, comunque, atteso dal personale sanitario.

PRESIDENTE. Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Svolgimento di interpellanze e di interrogazioni (ore 17,30).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interpellanze e di interrogazioni.

(Modalità di svolgimento dell'elezione del presidente della Croce rossa italiana nell'aprile 1998)

PRESIDENTE. Cominciamo con l'interpellanza Taradash n. 2-01158 e con le interrogazioni Taradash n. 3-03172 e Selva n. 3-02419 (vedi l'allegato A — Interpellanze ed interrogazioni sezione 1).

Questa interpellanza e queste interrogazioni, che vertono sullo stesso argomento, saranno svolte congiuntamente.

L'onorevole Taradash ha facoltà di illustrare la sua interpellanza n. 2-01158.

MARCO TARADASH. Signor Presidente, intervengo brevemente per ricordare il tema oggetto della mia interpellanza e della mia interrogazione. La prima era stata presentata il 28 maggio 1998; la seconda, considerato che non avevo ricevuto risposta, il 16 dicembre 1998: solo oggi arrivano le risposte. Il loro tema è l'elezione della presidente della Croce rossa, avvenuta il 4 aprile 1998.

È stata eletta presidente della Croce rossa il commissario straordinario, cioè la dottoressa Maria Pia Garavaglia (faccio presente che non è in discussione la persona, ma la procedura), la quale nel maggio 1995 era stata nominata dal Governo appunto commissario straordinario dell'ente. Lo statuto della Croce rossa prevede che il presidente possa essere eletto tra i membri dell'assemblea generale. In questo caso, invece, è avvenuto un fatto nuovo, cioè che il candidato eletto presidente della Croce rossa è stato il commissario straordinario precedentemente scelto dal Governo. Questo rappresenta una violazione grave delle regole all'interno di una associazione che è un ente di diritto pubblico e che dovrebbe essere sottratta ad un condizionamento così forte, come quello che è venuto da parte dello stesso esecutivo.

Il consiglio nazionale dei volontari del soccorso della Croce rossa, che raccoglie circa 60 mila iscritti e che è di gran lunga la maggiore tra le componenti dell'ente, il 25 aprile 1998 — pochi giorni dopo l'elezione del nuovo presidente — approvò all'unanimità una mozione in cui denunciava il fatto che, nel corso dell'assemblea che avrebbe portato all'elezione del presidente, era stato reso impossibile discutere di una mozione che denunciava l'ineleggibilità dello stesso candidato, in quanto commissario straordinario.

Successivamente, sono stati presentati dei ricorsi (un ricorso straordinario al

Presidente della Repubblica, nonché ricorsi di altro genere) e, tra l'altro, si è denunciata la gestione fallimentare, con un deficit di 80 miliardi di lire l'anno, dei comitati di Roma, Napoli e Palermo. A questo riguardo, vista l'occasione odierna, chiedo al sottosegretario per la sanità se sia possibile avere anche una risposta in relazione alla questione che sollevavo, secondaria ma significativa, circa la gestione del bilancio da parte della Croce rossa. Vorrei però soprattutto avere una risposta in merito alla questione fondamentale, ossia come sia stato possibile che il commissario straordinario nominato dal Governo potesse poi candidarsi, in violazione dello statuto della Croce rossa, ed essere eletto alla presidenza dell'associazione stessa.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Per quanto riguarda il merito della prima questione, l'articolo 41 dello statuto della Croce rossa, approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del marzo 1997, n. 910, prevede l'indizione delle elezioni e l'emanazione del regolamento elettorale. Il regolamento per le prime elezioni dei componenti degli organi centrali e periferici è stato approvato nel luglio 1997 e, sulla sua base, il 4 aprile 1998 si sono tenute le elezioni.

Ai sensi degli articoli 17 e 26 del predetto regolamento, la dottoressa Garavaglia, nella sua qualità di commissario straordinario, aveva convocato l'assemblea generale ed aveva limitato le sue funzioni alla presidenza dell'assemblea stessa, fino alla data di insediamento del presidente generale eletto. Pertanto, le procedure elettorali si sono svolte con l'osservanza della normativa citata e sono da considerarsi legittime.

Per quanto attiene al diritto, messo in discussione, del commissario straordinario a presentare la propria candidatura alla carica di presidente generale dell'ente,

non sussistono, a nostro avviso, problemi di interpretazione della normativa vigente, perché l'articolo 41, comma 3, dello statuto prevede che anche il commissario straordinario sia socio a tutti gli effetti e goda dell'elettorato attivo e passivo. Pertanto, come tale, la dottoressa Garavaglia poteva presentare la sua candidatura alla carica di presidente generale della Croce rossa.

L'onorevole Taradash fa inoltre presente, nella sua interrogazione n. 3-03172, che il dottor Massimo Barra, ispettore nazionale dei volontari del soccorso e responsabile di Villa Maraini, ha denunciato la gestione fallimentare, con un deficit di 80 miliardi di lire l'anno, dei comitati di Roma, Napoli e Palermo. Al riguardo, l'ente interpellato ha segnalato che ciò non risponderebbe a verità in quanto i disavanzi presentati nell'anno 1998 dalle predette unità ammontano ad un quarto dell'importo indicato dal dottor Barra; il disavanzo esposto dai comitati in questione troverebbe giustificazione sia nelle numerose, complesse, delicate attività svolte, sia nella consistenza della dotazione organica che dette unità presentano al fine di perseguire i fini istituzionali. D'altra parte, i comitati stessi svolgono i compiti loro assegnati (pronto soccorso, trasporto infermi, pronto soccorso aeroportuale e autostradale, centri di educazione motoria, assistenza alle persone indigenti, eccetera) ad un costo politico e, quindi, senza la possibilità di conseguire un profitto che concorra al ripianamento dei deficit registrati.

L'associazione ha sempre svolto e svolge precisi compiti di protezione civile, intesi nel senso più ampio del termine, senza essere venuta meno al proprio impegno e senza aver fatto mancare il proprio sostegno alle emergenze nazionali e internazionali; del resto, ciò è avvenuto anche in occasione della recente crisi kosovara, conseguendo un apprezzamento dalle popolazioni assistite e dalle autorità governative.

Quanto, poi, al richiamo alle emergenze sociali, come droga e AIDS, la Croce rossa fa presente che il dottor Barra si

riferisce alla fondazione Villa Maraini, da lui stesso diretta. A tal riguardo, l'associazione precisa che fin dalla costituzione di detta fondazione, nel 1976, non ha fatto mai mancare alla struttura il proprio sostegno, supportando nel tempo, con la cessione in comodato gratuito di un immobile di proprietà della Croce rossa e con mezzi strumentali e finanziari, l'opera di assistenza svolta in favore dei tossicodipendenti e per la prevenzione e la cura dell'AIDS, aderendo così alla risoluzione del 1985 della Conferenza internazionale della Croce rossa, che ha richiesto alle società nazionali di sviluppare azioni nel campo delle citate emergenze sociali.

Colgo l'occasione per dire, inoltre, che il Governo è impegnato in un'opera di riordino della Croce rossa secondo le indicazioni emerse in Parlamento, cioè sulla base dell'indagine svolta dalla Commissione affari sociali della Camera dei deputati.

PRESIDENTE. L'onorevole Taradash ha facoltà di replicare per la sua interpellanza n. 2-01158 e per la sua interrogazione n. 3-03172.

MARCO TARADASH. Signor Presidente, anzitutto ringrazio il sottosegretario.

Per quanto riguarda gli aspetti di bilancio, valuterò la risposta confrontandola con dati di fatto.

Per quanto concerne, invece, la questione di fondo, francamente non sono per nulla soddisfatto, perché mi si dice che vi è un regolamento che consente al commissario straordinario di candidarsi; sta di fatto che tale regolamento è stato varato dallo stesso commissario straordinario e credo che ciò sia una novità. Francamente vorrei avere alcuni termini di paragone e capire se sia mai accaduto che un commissario straordinario nominato da un Governo (evidentemente perché si è creata una situazione di crisi o di irregolarità o di incertezza all'interno di un ente) possa poi considerarsi membro dello stesso ente. Francamente mi sembra una cosa assolutamente anomala.

Capisco che questa è stata una scappatoia per consentire la candidatura della dottoressa Garavaglia, ma mi sembra che la pura e semplice ripetizione burocratica della notizia secondo cui il regolamento consente questo non è sufficiente a dirci se il comportamento che è stato tenuto in questa occasione sia un comportamento che viene ritenuto regolare dal Governo.

Francamente, d'ora in avanti guardiamoci dai commissari straordinari perché, se possono creare le condizioni per diventare presidenti degli enti per i quali è stata decisa *pro tempore* il loro utilizzo con la funzione di rimettere ordine negli enti stessi (e non per una gestione definitiva), allora si crea una figura che mi sembra rischiosa per la pubblica amministrazione.

PRESIDENTE. L'onorevole Carlo Pace, cofirmatario della interrogazione Selva n. 3-02419, ha facoltà di replicare.

CARLO PACE. Signor Presidente, purtroppo non posso che dichiararmi insoddisfatto e vorrei anche accennarne le ragioni.

Come ha già detto il collega Taradash, qui non si tratta di fatti o di valutazioni relative alla persona del commissario straordinario, poi eletta presidente, dottoressa Garavaglia, ma si tratta del metodo e del rispetto degli statuti.

Innanzitutto, per quanto riguarda il metodo, l'onorevole sottosegretario non ha risposto ad una parte del nostro quesito che poneva in rilievo quanto già fatto rilevare dal comitato esecutivo dell'associazione volontari del soccorso, vale a dire l'impossibilità di sviluppare gli interventi di tutti coloro che desideravano intervenire prima della votazione che ha eletto la nuova presidentessa della Croce rossa.

La cosa che più sorprende è che ci sia un'associazione nella quale è eletto, o può essere eletto, un presidente tra i non soci mentre per statuto è previsto che il presidente sia scelto tra i soci (e quindi come tale partecipi all'Assemblea) e che, nel caso specifico, ha nominato presidente il commissario straordinario. La cosa sin-

golare è questa: il Governo nomina un qualunque personaggio commissario straordinario; il commissario straordinario crea un regolamento che lo rende eleggibile a presidente.

Questo è un fatto straordinario! Ma non mi sorprende, perché non più tardi di oggi si è consumato un fatto di una straordinaria gravità, proprio in tema di nomine.

Come voi sapete, è entrata in vigore una legge sulle fondazioni bancarie che le definisce associazioni private, enti privati. Oggi il ministro del tesoro invia alla Commissione la richiesta di un parere, affinché possa nominare il presidente di una fondazione bancaria. La prima nomina che viene fatta dopo l'approvazione della legge che riconosce personalità privata alle fondazioni bancarie è una nomina a presidente effettuata dal ministro del tesoro sulla base di vecchi statuti. Si voleva per di più, da parte della maggioranza, distinguere tra banchieri, attività bancaria e attività sociale delle fondazioni, e chi si prende? Un direttore centrale della banca conferitaria della fondazione conferente nella quale è stato nominato il presidente!

Cosa si può dire? Che il lupo perde il pelo ma non il vizio. Questa è buona e vera occupazione del potere da parte di un Governo che approva le leggi ma non se ne cura. Fa le leggi e poi le utilizza a proprio uso e consumo tirando la coperta dal lato che di volta in volta gli conviene.

(Impiego di antibiotici come additivi nei mangimi animali)

PRESIDENTE. Passiamo all'interpellanza Galletti n. 2-01677 (*vedi l'allegato A - Interpellanze ed interrogazioni sezione 2*).

L'onorevole Procacci, cofirmataria dell'interpellanza, ha facoltà di illustrarla.

ANNAMARIA PROCACCI. Desidero illustrare questa interpellanza, che è stata presentata dal collega Galletti all'inizio del

marzo scorso e che pure è terribilmente, potrei dire, attuale dal momento che riguarda la questione dell'alimentazione degli animali da allevamento, più specificamente gli antibiotici che in grande quantità vengono aggiunti al mangime degli animali allevati e che poi ovviamente arrivano nell'organismo degli umani che li consumano. L'uomo è al vertice della catena alimentare e distilla, concentra in sé tutte le sostanze di cui vengono nutriti gli animali da allevamento. Naturalmente, mi riferisco ad un tipo di allevamento che per noi verdi è sbagliato, è perverso, sia nei riguardi degli animali sia nei riguardi dei consumatori.

Per entrare un po' più nei particolari ed aggiungere qualche cifra, che a volte non è inopportuna, vorrei ricordare che ogni anno nei paesi dell'Unione europea vengono prodotte 10 mila tonnellate di antibiotici, e che il 15 per cento di questa produzione è destinato a finire negli allevamenti degli animali da consumo. Con il passare del tempo, indubbiamente, l'Unione europea ha deciso una riduzione degli antibiotici usati per gli allevamenti e diversi di questi prodotti sono stati eliminati.

Vorrei sottolineare che la funzione attribuita agli antibiotici nell'alimentazione degli animali dovrebbe essere quella di agevolare l'assimilazione, di farli crescere di più e quindi farli rendere di più dal punto di vista produttivo e finanziario. C'è un rovescio della medaglia: il consumo di carne di animali allevati ad antibiotici produce resistenza agli antibiotici in chi si nutre di questi animali. Ormai questo è un dato ufficiale, che ha gettato un grande allarme a livello internazionale, tant'è vero che l'Organizzazione mondiale della sanità si è pronunciata più volte, con molta chiarezza, con molta decisione, raccomandando di evitare nel modo più assoluto sovrapposizioni tra gli antibiotici usati come additivi nei mangimi destinati agli animali e quelli in commercio per le terapie umane.

Il problema della presenza di questi antibiotici sembra ormai destinato a portare conseguenze assai gravi. La diffusione

di ceppi sempre più forti di microorganismi resistenti porta, secondo molti studiosi, al rischio di veder ricomparire malattie che si pensava debellate per sempre, come ad esempio il colera, o addirittura alla comparsa di nuove malattie.

La domanda ovvia che noi verdi poniamo al Governo, che abbiamo già avuto modo di porre nel tempo e su cui mi auguro di avere una risposta soddisfacente è assai semplice: il Governo non ritiene opportuno vietare nel nostro paese la commercializzazione e l'impiego di antibiotici come additivi nei mangimi animali? La Svezia lo ha già fatto — certamente, portiamo spesso la Svezia come esempio — da dieci anni, non negli ultimi tempi, perché, come dicono altri studiosi, è assai facile ottenere altrimenti il risultato che dovrebbe conseguire l'antibiotico nel mangime destinato agli animali, anche con una maggiore igiene degli allevamenti stessi. Insomma, sottosegretario, è un po' lo stesso discorso che abbiamo proposto per le farine animali e che, a nostro parere, deve essere svolto complessivamente sulle condizioni in cui vengono allevati gli animali negli allevamenti intensivi, con particolare attenzione a certi aspetti, come quello che sto qui esponendo.

Credo che ormai non ci si possa più trincerare né dietro ai dati della produzione, né dietro ad eventuali contraccolpi del mercato, perché elementi come la salute dei consumatori ed il loro diritto a nutrirsi bene (quantomeno senza conseguenze pericolose per il loro benessere) devono essere assolutamente prioritari.

Mi fermo qui nell'illustrazione dell'interpellanza, che ritengo sia abbastanza chiara; del resto, siamo forse ripetitivi ma nel tempo, almeno negli ultimi dodici anni, abbiamo affrontato tante volte in questa sede la materia e mi dispiace che debbano essere le emergenze della biosicurezza a dare più forza ad argomentazioni che di per sé sono già estremamente valide.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. L'utilizzo degli antibiotici nei mangimi può avere un duplice scopo: terapeutico o auxinico. Nel primo, quello terapeutico, vengono utilizzati per curare le malattie batteriche degli animali e rientrano quindi nell'ambito dei medicinali veterinari; nel secondo, quello auxinico, vengono utilizzati per favorire il benessere e la produttività degli animali.

L'utilizzo degli antibiotici nei mangimi con questi due scopi è disciplinato da specifiche norme giuridiche di impiego, finalizzate a garantire che gli alimenti di origine animale destinati all'alimentazione umana siano privi di rischi per la salute del consumatore. È opportuno sottolineare che gli antibiotici utilizzati come additivi sono diversi da quelli utilizzati in terapia umana; infatti, il decreto del Presidente della Repubblica 1° marzo 1992, n. 228, dispone che l'iscrizione di un additivo nell'allegato I (che elenca gli additivi che possono essere commercializzati nell'ambito dell'alimentazione animale) è consentita solo quando l'additivo, per seri motivi attinenti alla salute umana o animale, non debba essere riservato a terapia medica o medico-veterinaria.

Pur non essendo disponibili, al momento attuale, dati scientifici definitivi per poter stabilire in modo conclusivo l'esistenza del rischio di trasferimento di resistenza agli antibiotici utilizzati in medicina umana causato dall'impiego di antibiotici utilizzati a scopo auxinico nell'alimentazione animale, comunque, l'Italia per prima e l'Unione europea hanno deciso di adottare una posizione di massima prudenza, vietando l'impiego dei seguenti antibiotici, utilizzati come additivi nell'alimentazione degli animali: avoparcina, zinco-bacitracina, spiramicina, virginamicina e fosfato di tilosina.

Il divieto di utilizzare taluni additivi a base di antibiotici nell'alimentazione degli animali entrerà in vigore in Italia il 30 giugno 1999, come stabilito dal regola-

mento comunitario n. 2821/1998 del 17 dicembre 1998. Per quanto riguarda l'avoparcina, invece, il divieto di utilizzarla nell'alimentazione degli animali come additivo è vigente dal 1° aprile 1997. Inoltre, il regolamento suddetto e la direttiva n. 97/6/CE relativa all'avoparcina vietano l'utilizzo di alcuni antibiotici a scopo auxinico il cui impiego nei mangimi non persegua obiettivi terapeutici di cura delle malattie degli animali.

L'insorgenza di resistenze agli antibiotici è studiata con molta attenzione sia dalle istituzioni europee, sia dai Governi nazionali dei paesi membri dell'Unione europea. Si tratta di un problema determinato da molte concause, da ricercarsi sia nell'assunzione di antibiotici da parte dell'uomo sia nella somministrazione di questi agli animali.

Per quanto riguarda la somministrazione agli animali ed, in particolare, l'impiego in zootecnia di antibiotici somministrati come additivi, una misura cautelativa adottata da tempo a livello comunitario consiste nel non autorizzare come additivi gli antibiotici già autorizzati in terapia umana o noti per il fatto di selezionare una « resistenza crociata » ad antibiotici utilizzati in terapia umana, riservando tali farmaci alla sola medicina umana.

Inoltre, sempre a livello comunitario, è in fase di definizione un piano di monitoraggio che individuerà, tra l'altro, delle linee guida per la raccolta di informazioni approfondite ed aggiornate negli Stati membri dell'Unione europea.

Per quanto riguarda la specifica opinione italiana sull'argomento in questione, occorre ricordare che da circa venti anni i rappresentanti del Ministero della sanità in seno agli organi europei sostengono la necessità di trasferire gli antibiotici dalla normativa in materia di additivi a quella relativa ai medicinali veterinari, molto più restrittiva rispetto alla precedente.

Questa posizione, sostenuta in tutte le sedi comunitarie in cui in passato si discuteva di additivi, non è mai stata

condivisa dagli altri paesi membri e, pertanto, misure conseguenti non sono state a tutt'oggi adottate.

Sembra, tuttavia, che nella situazione attuale i tempi siano maturi perché la proposta italiana possa essere riconsiderata con maggiore attenzione e condivisa anche da altri paesi dell'Unione europea.

PRESIDENTE. L'onorevole Procacci, cofirmataria dell'interpellanza, ha facoltà di replicare.

ANNAMARIA PROCACCI. Signor Presidente, signor sottosegretario la ringrazio per le informazioni che mi ha fornito, ma non mi posso ritenere soddisfatta. Desidero partire dall'ultima considerazione che lei ha svolto, cioè che i tempi sono ormai maturi. Condivido fino in fondo tale affermazione, ma i tempi sono maturi perché ormai il sistema così assurdo della zootecnia comincia ad esplodere e, quindi, siamo costretti a correre ai ripari. I tempi sono maturi per questo, purtroppo! Indubbiamente avrei voluto un atteggiamento di impegno da parte del Governo a esprimere posizioni più forti in sede di Unione europea. Per carità, la vecchia battaglia sul trasferimento degli antibiotici dalla categoria degli additivi a quella dei medicinali veterinari è apprezzabile ed anche lapalissiana, in un certo senso (anche questo dimostra il carattere perverso degli allevamenti intensivi), tuttavia ritengo che tale misura — ripeto di per sé apprezzabile — sia assolutamente insufficiente.

Signor Presidente, signor sottosegretario, oggi ci troviamo in un momento assolutamente cruciale, siamo ad una svolta del sistema zootecnico, di tutto il sistema della produzione alimentare e della biosicurezza. Occorre operare alcune scelte e, quindi, dobbiamo portare con forza posizioni coraggiose in sede di Unione europea. Ho apprezzato la decisione con la quale il ministro della sanità si è posto nei confronti dell'importazione delle carni dal Belgio, come ha difeso con rigore i diritti dei cittadini italiani, la tutela alla salute. Tuttavia, penso che

siano mancati elementi strettamente legati a questo aspetto, come il « no » da esprimere in Europa alle farine animali e il « no », almeno da parte nostra, agli antibiotici.

Desidero fare una precisazione, perché giustamente la rappresentante del Governo ha ricordato che vi sono due tipi di destinazione degli antibiotici per gli animali da allevamento: il primo è quello terapeutico, il secondo è quello auxinico. Anche per quanto riguarda il primo, però, desidero sottolineare che gli animali hanno bisogno — tra molte virgolette — di antibiotici perché sono animali particolari, sono assolutamente fragili, sono animali insani. Pensiamo alla cosiddetta carne di vitello, quella bianca e delicata, che è carne di animale immunodepresso, con una fortissima anemia e, quindi, assolutamente al di fuori di ciò che la sua richiesta in natura vorrebbe.

Abbiamo violato tutte le regole dell'etologia con questo tipo di sistema produttivo nella zootecnia. Oggi stiamo purtroppo pagando sulla nostra pelle le conseguenze: c'è un effetto *boomerang* — lo abbiamo sempre sottolineato — nella condizione degli animali. Se si spezza la naturalità della condizione biologica, se si violano continuamente e pesantemente le regole dell'etologia, vi è una ricaduta pesante su chi consuma questo tipo di carne.

Già dopo l'esperienza della cosiddetta « mucca pazza » — l'encefalopatia bovina spongiforme — avremmo dovuto virare con decisione in questo sistema. Non sapremo farlo neppure con l'emergenza del cosiddetto « pollo alla diossina »? Assicuro alla sottosegretaria che saremo un po' i grilli parlanti e serviremo da pungolo e da sprone al Governo perché porti con sempre maggiore decisione in sede di Unione europea una richiesta di cambiamento del sistema di produzione.

Si può cambiare ed alcuni paesi lo hanno fatto: lo ha fatto la Svizzera per molti versi, lo ha fatto la Svezia e l'Olanda sta per farlo in altri settori. Perché noi non possiamo farci promotori di questo cambiamento? La Francia stessa, con la quale per molti versi potremmo polemiz-

zare, sul problema delle farine animali ha detto «basta» e che, se al riguardo non provvederà l'Unione europea, sarà la Francia stessa a farlo sul suo territorio. Quindi siamo al di là — lo spero bene — di ogni tentazione di demagogia.

Vi è un'altra considerazione che vorrei fare a proposito della linea della massima prudenza in sede di Unione Europea sulla non sovrapposizione degli antibiotici destinati agli umani con quelli destinati agli animali. Che io sappia, i prodotti antibiotici in commercio — circa 250 — non sono nuovi, nel senso che sono quasi esclusivamente ricomposizioni e ricombinazioni di vecchie molecole. Se è così, ciò significa che la sovrapposizione, bene o male, esiste. Quindi, ritengo che la linea di massima prudenza sia vanificata dal fatto che vi possa essere una resistenza generalizzata.

Credo che stiamo pagando anche prezzi molto alti: il tempo a mia disposizione mi impedisce di leggermi dati interessanti anche sui costi sanitari. Infatti, se gli ospedali divengono vittime di questi focolai di microrganismi così resistenti e così pericolosi per la vita delle persone — voglio ricordare solo i casi di influenza mortale che si sono verificati lo scorso gennaio nel nostro paese —, se negli ospedali questi ceppi diventano sempre più forti, perché si verificano modifiche nel loro DNA, vi è una selezione e si creano organismi sempre più ribelli; se non abbiamo strumenti, allora significa davvero che non si deve incidere solo sull'elemento terminale della situazione, ma su quello originario, andando alla fonte. Non bisogna dimenticare poi le sofferenze delle persone, che, soprattutto in un campo come questo, considero inaccettabili. Non si può continuare a lasciare un sistema con una configurazione di questo tipo, che colpisce gli animali e le persone che consumano quel tipo di carne.

Spero che durante l'indagine che compiremo in Commissione affari sociali sia possibile approfondire tali argomenti con grande partecipazione di tutti i gruppi politici e che questa indagine ci porti a

decisioni e a norme nuove, facendo assumere anche all'Italia — non vedo perché non si debba fare — posizioni più coraggiose a livello europeo.

(Brevetto per la produzione di somatostatina da parte della ditta Therapicon).

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Volontè n. 3-01875 (*vedi l'allegato A — Interpellanze ed interrogazioni sezione 3*).

Constato l'assenza del presentatore: si intende che vi abbia rinunciato.

(Prestazioni mediche a pazienti sieropositivi).

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Ruzzante n. 3-02167 (*vedi l'allegato A — Interpellanze ed interrogazioni sezione 4*).

Constato l'assenza dei presentatori: si intende che vi abbiano rinunciato.

(Organizzazione delle ASL e delle aziende ospedaliere nel Lazio).

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Gramazio n. 3-02607 (*vedi l'allegato A — Interpellanze ed interrogazioni sezione 5*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Si risponde per delega della Presidenza del Consiglio dei ministri sui dati acquisiti dal commissario di Governo nella regione Lazio.

Il competente assessore regionale per la salvaguardia e cura della salute ha ricordato che la legge regionale n. 18 del 16 giugno 1994 ha stabilito all'articolo 20, in via generale e in armonia con la vigente normativa nazionale, che l'organizzazione ed il funzionamento delle ASL e delle

aziende ospedaliere regionali debbano rispondere ai seguenti requisiti: che i servizi siano organizzati in dipartimenti e che l'articolazione dei servizi all'interno dei dipartimenti debba avvenire per funzioni omogenee. Detti servizi espletano un insieme di attività in funzione dell'erogazione di una prestazione o di una pluralità di prestazioni.

A loro volta i dipartimenti forniscono le linee guida e le consulenze tecniche necessarie per le attività territoriali, in modo che vengano armonizzate in tutti i distretti della stessa azienda. I distretti, quindi, costituiscono le articolazioni territoriali organizzative e funzionali delle ASL e presentano le caratteristiche di autonomia economica, finanziaria, contabile e gestionale. Essi erogano prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e medicina legale nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base e specialistica.

Una volta richiamate le varie e differenti funzioni che la citata normativa ha attribuito ai distretti e ai dipartimenti, l'assessorato regionale ha garantito l'espletamento di un costante monitoraggio volto a verificare che i dipartimenti aziendali assicurino in ogni circostanza le finalità per cui sono stati istituiti, in armonia con le precise competenze distrettuali.

Aggiungo che comunque con l'approvazione del decreto legislativo di revisione delle leggi nn. 502 e 517 si disciplinano in maniera omogenea per tutto il territorio nazionale le linee del distretto, soprattutto per quanto riguarda le afferenze dei vari servizi. Questo a garanzia che su tutto il territorio nazionale non ci siano estreme disomogeneità relativamente ai servizi territoriali.

PRESIDENTE. L'onorevole Gramazio ha facoltà di replicare.

DOMENICO GRAMAZIO. Mi ritengo parzialmente soddisfatto della risposta che la Presidenza del Consiglio, attraverso il sottosegretario per la sanità, ha dato alla mia interrogazione che era volta a puntualizzare alcuni aspetti caratteristici

della divisione territoriale che le ASL hanno operato nella regione Lazio.

La verità è (il sottosegretario conoscerà molto meglio di me la situazione) che si tratta di un problema da affrontare non a livello verticistico, come avviene nelle ASL della regione Lazio, alle quali faccio riferimento, perché appena effettuata la ripartizione si è passati non ad una ristrutturazione capillare sul territorio ma alla corsa alle nomine a direttore generale.

La questione deve essere certamente affrontata in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale (come si è detto nella risposta) e non con sfasature differenziate, come avviene oggi per le ASL di competenza dell'assessorato della sanità alla regione Lazio.

Questa corsa alla ripartizione territoriale — e, quindi, al dipartimento — è servita soltanto a dare la possibilità ai direttori generali di nominare tanti piccoli — mi si permetta l'espressione — capetti territoriali, che non hanno avvicinato al cittadino il servizio sanitario, come invece era l'obiettivo del decreto-legge n. 502 del 1992.

Il problema, dunque, rimane a livello territoriale, di aziende ospedaliere, di strutture sanitarie di base nel territorio della nostra regione.

Richiamiamo, quindi, l'attenzione del ministero competente e della Presidenza del Consiglio dei ministri, affinché vi sia omogeneità su tutto il territorio nazionale e perché non vi sia la corsa — come è avvenuto nel Lazio — a nominare tanti responsabili senza poi avvicinare la sanità alle esigenze del cittadino.

Rimane, quindi, in piedi una grande struttura verticistica, che non è riuscita ad assicurare quel rapporto diretto con il cittadino la cui realizzazione il decreto-legge n. 502 del 1992, nonché le leggi regionali successive, avrebbero dovuto favorire.

Concludiamo, dunque, con un richiamo ai direttori generali della sanità ed all'assessorato alla sanità, affinché si proceda con maggiore attenzione al controllo dei dati e delle strutture; strutture che non siano semplicemente un affare a livello

dirigenziale, ma che funzionino e che siano avvicinate al cittadino e all'utenza del Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. È così esaurito lo svolgimento delle interpellanze e delle interrogazioni all'ordine del giorno.

Modifica ed integrazione del calendario dei lavori dell'Assemblea.

PRESIDENTE. Comunico che, a seguito della odierna riunione della Conferenza dei presidenti di gruppo, è stata stabilita, ai sensi dell'articolo 24, commi 3 e 6, del regolamento, la seguente modifica del calendario dei lavori per il periodo 28 giugno-2 luglio 1999:

Lunedì 28 giugno (pomeridiana, con eventuale prosecuzione notturna):

Discussione sulle linee generali dei seguenti disegni di legge:

Disegno di legge n. 6069 — Decreto-legge n. 148 — Interventi di sostegno pubblico alle imprese (*scadenza 24 luglio — da inviare al Senato*);

Disegno di legge n. 5664 — Ratifica statuto istitutivo della Corte penale internazionale (*approvato dal Senato*).

Martedì 29 giugno (antimeridiana):

Svolgimento di interpellanze e di interrogazioni;

(ore 15-20):

Seguito dell'esame con votazioni degli argomenti previsti in calendario e non conclusi:

Disegno di legge n. 6069 — Decreto-legge n. 148 — Interventi di sostegno pubblico alle imprese (*scadenza 24 luglio — da inviare al Senato*);

Proposta di legge costituzionale numero 5186-B — Voto degli italiani all'estero (*approvata, in prima deliberazione, dalla Camera e dal Senato*);

Disegno di legge n. 4493 — Autonomia e ordinamento enti locali;

Disegno di legge n. 5664 — Ratifica statuto istitutivo della Corte penale internazionale (*approvato dal Senato*);

Progetti di legge n. 259 ed abbinati — Sostegno della maternità;

Disegno di legge n. 5687 ed abbinate proposte di legge — Settore lattiero-caseario (*deliberata l'urgenza il 16 febbraio 1999*);

Mozione Comino n. 1-00350 — Ordigni nucleari presenti sul territorio nazionale;

Proposta di legge n. 136 ed abbinate — Rappresentanza sindacale;

Disegno di legge n. 4860 — Ordinamento dei consorzi agrari (*approvato dal Senato*) ed abbinate proposte di legge;

Disegno di legge n. 4932 — Personale settore sanitario.

Mercoledì 30 giugno (ore 9-14):

Seguito dell'esame, con votazioni, degli argomenti previsti in calendario e non conclusi;

(ore 15-16):

Svolgimento di interrogazioni a risposta immediata;

(pomeridiana):

Svolgimento di interpellanze ed interrogazioni.

Giovedì 1° luglio (ore 9-14):

Seguito dell'esame, con votazioni, degli argomenti previsti in calendario e non conclusi;

(pomeridiana):

Svolgimento di interpellanze urgenti.

Venerdì 2 luglio (antimeridiana):

Discussione dei seguenti progetti di legge:

Disegno di legge n. 5422 — Proroga termini Ministero affari esteri;

Disegno di legge di ratifica n. 5652 — Accordo euromediterraneo Marocco.

A seguito della medesima riunione della Conferenza dei presidenti di gruppo è stata altresì stabilita dal Presidente l'articolazione di seguito riportata dei lavori per la prima settimana di luglio. In tale settimana, dopo la conclusione del dibattito sulle comunicazioni del Governo, la Conferenza dei presidenti di gruppo sarà convocata per la definizione del prossimo programma e calendario dei lavori; in quella sede sarà stabilita la data per la discussione in Assemblea delle proposte di legge di revisione costituzionale riguardanti l'ordinamento federale della Repubblica e il giusto processo.

Lunedì 5 luglio (pomeridiana, con eventuale prosecuzione notturna):

Discussione sulle linee generali della proposta di legge n. 354 ed abbinata — Riforma dell'assistenza.

Martedì 6 luglio (ore 12):

Comunicazioni del Governo sulla situazione politica, economica e sociale;

(ore 16-21,30):

Dibattito sulle comunicazioni del Governo.

Mercoledì 7 luglio (ore 9,30):

Replica del Presidente del Consiglio dei ministri e votazione di eventuali documenti conclusivi, preve dichiarazioni di voto;

(ore 15-16):

Svolgimento di interrogazioni a risposta immediata;

(ore 16):

Svolgimento di interpellanze ed interrogazioni.

Giovedì 8 luglio (ore 9-14):

Seguito dell'esame degli argomenti previsti nel precedente calendario e non conclusi (ivi compreso il seguito dell'esame della proposta di legge n. 244-bis-B — Misure per la prevenzione dei fenomeni di corruzione);

(pomeridiana):

Svolgimento di interpellanze ed interrogazioni.

Venerdì 9 luglio (antimeridiana):

Discussione sulle linee generali di argomenti che saranno iscritti nel calendario di luglio.

Il Presidente si riserva di inserire all'ordine del giorno documenti in materia di insindacabilità il cui esame sia stato concluso dalla Giunta per le autorizzazioni a procedere.

L'organizzazione dei tempi relativi all'esame degli argomenti inseriti in calendario sarà pubblicata in calce al resoconto stenografico della seduta odierna.

Annunzio di petizioni.

PRESIDENTE. Sono pervenute alla Presidenza le seguenti petizioni, che saranno trasmesse alle sottoindicate Commissioni:

Andrea Signorini ed altri cittadini, da Porretta Terme (Bologna), espongono la necessità di verificare l'osservanza della Costituzione da parte del Governo in relazione alla crisi del Kosovo (*n. 1104 — alle Commissioni III e IV*);

Daniele Puliserpi, da Ponderano (Biella), chiede l'adozione di misure contro il randagismo (*n. 1105 — alla XII Commissione*);

chiede che i procedimenti relativi ai brevetti siano meno costosi per il cittadino (*n. 1106 — alla X Commissione*);

Gianfranco Consoli, da Asti, chiede la modifica delle norme in materia di reati commessi all'estero, nel senso di estendere il principio del *favor rei* (*n. 1107 — alla II Commissione*);

chiede la modifica dell'articolo 25 della Costituzione, nel senso di estendere il principio di irretroattività della legge penale a tutte le norme che comportino effetti più sfavorevoli per il reo (*n. 1108 — alla I Commissione*);

Rocco Paolicchio, da Adelfia (Bari), espone la necessità di interventi in mate-

ria di consorzi di bonifica, al fine di evitare oneri a carico dei cittadini che non traggono beneficio dalle relative attività (*n. 1109 — alla XIII Commissione*).

Ordine del giorno della prossima seduta.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della prossima seduta.

Lunedì 28 giugno 1999, alle 16:

1. — *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge del decreto-legge 24 maggio 1999, n. 148, recante differimento dei termini per l'applicazione delle disposizioni del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 123, in materia di interventi di sostegno pubblico alle imprese, nonché per la regolarizzazione contributiva in agricoltura (6069).

— *Relatore:* Saonara.

2. — *Discussione del disegno di legge:*

S. 3594 — Ratifica ed esecuzione dello Statuto istitutivo della Corte penale internazionale, con Atto finale ed allegati, adottato dalla Conferenza diplomatica delle Nazioni Unite a Roma il 17 luglio 1998 (*Approvato dal Senato*) (5664).

— *Relatore:* Pezzoni.

La seduta termina alle 18,15.