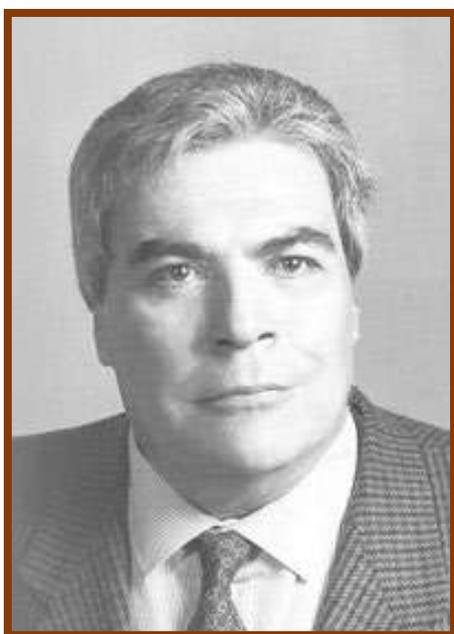


ATTIVITÀ PARLAMENTARE

**ROCCO FRANCESCO
CACCAVARI**



**XI e XII Legislatura
Volume I**



CAMERA DEI DEPUTATI

Biblioteca

La pubblicazione è stata curata dall'Ufficio Documentazione bibliografica, legislativa e parlamentare italiana del Servizio Biblioteca della Camera dei deputati.
Mail: bib_infl@camera.it

La nuova serie delle Attività parlamentari, avviata nel 2008, intende fornire una visione completa dei contributi forniti dai parlamentari nel corso dei mandati da essi espletati. A tal fine i volumi contengono, suddivise per legislatura:

- *le proposte di legge di cui il parlamentare è primo firmatario;*
- *le relazioni presentate;*
- *le interrogazioni a risposta scritta con iter concluso, comprensive delle risposte (per le legislature del Regno vengono riprodotti tutti gli atti di indirizzo e controllo presentati);*
- *le pagine dei resoconti stenografici delle sedute sia dell'Assemblea che delle Commissioni permanenti, bicamerali e d'inchiesta nelle quali sono pubblicati gli interventi del parlamentare, precedute dal frontespizio della seduta; ovvero le pagine dei resoconti sommari delle sedute delle Commissioni della XXX legislatura del Regno, della Consulta nazionale e dell'Assemblea costituente, delle quali non è stato redatto il resoconto stenografico.*

All'inizio di ciascuna legislatura viene fornito l'indice delle attività svolte, anche come membro di Governo, come presentato sulla scheda personale pubblicata sul sito <http://legislature.camera.it> o <http://storia.camera.it> integrato dai repertori cartacei e on line disponibili per la Camera e per il Senato.

Sono altresì inserite eventuali commemorazioni che hanno avuto luogo in Assemblea.

Indice generale**Volume primo**

Note biografiche sintetiche	5
<u>XI legislatura</u>	6
Progetti di legge presentati	9
Interrogazioni con risposta scritta	94
Interventi su progetti di legge in Assemblea	100
Interventi su progetti di legge in Commissione	110
Attività non legislativa in Commissione	113
<u>XII legislatura</u>	131
Progetti di legge presentati	135
Interrogazioni con risposta scritta	213
Interventi su progetti di legge in Assemblea	218
Interventi su progetti di legge in Commissione	250
Attività non legislativa in Assemblea	261
Attività non legislativa in Commissione	265

Volume secondo

<u>XIII legislatura</u>	5
Progetti di legge presentati	15
Interrogazioni con risposta scritta	128
Interventi su progetti di legge in Assemblea	134
Interventi su progetti di legge in Commissione	255
Attività non legislativa in Assemblea	340
Attività non legislativa in Commissione	360



Note biografiche sintetiche

Nato a Girifalco (Catanzaro), il 22 dicembre 1938, deceduto a Parma, il 22 gennaio 2021

Laurea in medicina e chirurgia; medico chirurgo, docente universitario a contratto di clinica e terapia delle tossicodipendenze

Deputato nelle legislature: XI, XII e XIII



[Torna all'indice](#)

XI LEGISLATURA

Eletto nel collegio di PARMA - Proclamato il 13 aprile 1992 - Elezione convalidata il 17 luglio 1992

Iscritto ai gruppi parlamentari:

COMUNISTA - PDS dal 30 aprile 1992 al 12 maggio 1992

PARTITO DEMOCRATICO DELLA SINISTRA dal 12 maggio 1992 al 14 aprile 1994

Componente di organi parlamentari:

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI) dal 9 giugno 1992 al 14 aprile 1994

Termine del mandato: 14 aprile 1994

Proposte di legge presentate come primo firmatario

Norme di riordino del settore termale (1168) (presentata il 1° luglio 1992, annunciata il 2 luglio 1992)

Rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari (1253) (presentata il 7 luglio 1992, annunciata l'8 luglio 1992)

Disciplina della produzione e della vendita dei prodotti omeopatici (1254) (presentata il 7 luglio 1992, annunciata l'8 luglio 1992)

Norme in materia di erboristeria e di piante officinali (1255) (presentata il 7 luglio 1992, annunciata l'8 luglio 1992)

Nuove norme in materia di criteri di valutazione dei titoli accademici e di studio ai fini dei concorsi per titoli ed esami per la posizione di assistente medico nel Servizio sanitario nazionale (1407) (presentata il 29 luglio 1992, annunciata il 30 luglio 1992)

Ordinamento della professione di psicomotricista (2787) (presentata il 16 giugno 1993, annunciata il 17 giugno 1993)

Norme per l'abolizione della pubblicità dei prodotti alcolici ed istituzione di un fondo nazionale per iniziative di informazione e di prevenzione dell'intossicazione alcolica (3328) (presentata il 10 novembre 1993, annunciata l'11 novembre 1993)

Interrogazioni con risposta scritta

Sul colpo di stato in Burundi (19156) (risposta annunciata nella seduta del 9-2-1994)

Sulla mancata convocazione dei gruppi di lavoro provinciali inter-istituzionali per l'integrazione scolastica degli alunni handicappati (8921) (risposta annunciata nella seduta del 22-4-1993)

Interventi su progetti di legge in Assemblea

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1993 e bilancio pluriennale per il triennio 1993-1995 (A.C. 1446 e abbinati 1650; 1684; 1446-bis); (09-11-1992 pag. 5753)

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, recante disposizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezione da HIV e di tossicodipendenti (approvato dal Senato) (S.1240) (A.C. 2876); (13-07-1993 pagg. 16033, 16044)

Interventi su progetti di legge in Commissione**XII Commissione (AFFARI SOCIALI)**

Modifiche all'articolo 1 della legge 31 marzo 1980, n. 126, recante norme di indirizzo alle regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari (A.C. 582 e dei progetti abbinati 1253 - 1898); (24-2-1993 pag. 22)

Attività non legislativa in Commissione**XII Commissione (AFFARI SOCIALI)****Interventi in indagini e udienze conoscitive**

Audizione del ministro per gli affari sociali, prof. Adriano Bompiani, sulle iniziative del Governo nel settore degli affari sociali, in particolare in ordine allo stato dei servizi sociali (5-8-1992 1992 pag. 77).

Audizione del ministro di grazia e giustizia, Claudio Martelli, sulle iniziative del Governo per la modifica della disciplina legislativa vigente in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza (9-12-1992 pagg. 123, 124).

Audizione del ministro della sanità, Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni (17-3-1993 pag. 187).

Audizione del ministro degli affari sociali, Adriano Bompiani, riguardo i provvedimenti presi dal Governo nonché le iniziative che intende prendere in attuazione della disciplina legislativa vigente sull'uso degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, per la parte relativa agli interventi preventivi, curativi e riabilitativi presso strutture terapeutiche-riabilitative e socio-assistenziali diverse dalle USSLL ed in particolare comunità terapeutiche (1-4-1993 pag. 242).

Audizione del ministro della sanità, Maria Pia Garavaglia, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni (25-5-1993 pag. 330).

Audizione del ministro per gli affari sociali, Fernanda Contri, sulle linee programmatiche del Governo nel settore degli affari sociali (9-6-1993 pag. 347).



[Torna all'indice](#)

PROGETTI DI LEGGE PRESENTATI

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1168

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CACCAVARI, ENNIO GRASSI, GRILLI, PREVOSTO, MASINI,
INNOCENTI, GUIDI, TATTARINI, CAMPATELLI, SERAFINI**

Norme di riordino del settore termale

Presentata il 1° luglio 1992

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'articolo 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, ha determinato una situazione completamente nuova per le attività e le strutture che gravitano attorno al sistema termale. Infatti con la riforma sanitaria le prestazioni termali sono entrate a far parte delle prestazioni sanitarie che, secondo i piani sanitari nazionali e regionali, devono essere erogate dal Servizio sanitario nazionale.

È stato così definito un ruolo nuovo e organico del termalismo terapeutico nell'attività di tutela globale della salute dei cittadini. Tale situazione, che ha creato per tutto il settore del termalismo condizioni completamente nuove, determina l'esigenza di un rapporto diverso tra gli stabilimenti e le aziende termali con la complessiva realtà delle strutture sanita-

rie. Il nuovo ruolo assegnato dalla legge di riforma sanitaria al termalismo terapeutico, riconosciuto quale strumento importante per l'erogazione di prestazioni sanitarie preventive, curative o riabilitative, impone una trasformazione dell'assetto delle strutture termali pubbliche e private coerente con l'assetto territoriale del Servizio sanitario nazionale.

Questa nuova situazione, in una materia già assegnata alla competenza delle regioni e dei comuni, rende necessario un intervento legislativo dello Stato che, senza intaccare le funzioni trasferite a livello locale, si ponga come punto di riferimento unitario per l'esercizio di tali funzioni e sappia delineare un disegno organico non soltanto per quanto attiene alla normativa e alla programmazione sanitaria, ma anche per altri aspetti niente affatto secondari per lo sviluppo del termalismo.

È perciò indispensabile che atti di programmazione sanitaria siano accompagnati da piani di intervento idonei a garantire la tutela ambientale dei territori termali e lo sviluppo dell'organizzazione del turismo e del tempo libero delle zone di insediamento termale.

Inoltre, l'articolo 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, prevede il trasferimento ai comuni degli stabilimenti termali pubblici, secondo l'impostazione globale delle legge di riforma sanitaria che assegna al governo dei comuni tutte le strutture sanitarie del Servizio sanitario nazionale.

Invero, il trasferimento agli enti locali delle aziende termali già controllate dal disciolto Ente autonomo di gestione per le aziende termali (EAGAT) era stato previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e successive modificazioni, e confermato dal decreto-legge 18 agosto 1978, n. 481, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 ottobre 1978, n. 641, che prevedeva le modalità di trasferimento di tali aziende rinviando alla legge di riforma sanitaria la precisazione dei tempi nei quali tale trasferimento sarebbe dovuto avvenire.

Malgrado siano passati ormai oltre dieci anni dalla data di entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale e oltre dieci anni dal termine stabilito nell'articolo 36 per il trasferimento delle aziende, non si è finora provveduto a emanare le norme previste dall'articolo 36. Al contrario, progetti di legge presentati recentemente tendono a modificare sostanzialmente le previsioni della riforma sanitaria in materia di assetto delle strutture pubbliche.

È in atto, dunque, un tentativo di modificazione e di sconvolgimento della impostazione data dalla legge di riforma al settore termale prima di darle piena attuazione.

Tale atteggiamento, per altro, non è relativo solo al settore termale, ma anche a più larghi settori di attività del Servizio sanitario nazionale.

Nello stesso settore del termalismo terapeutico si è, inoltre, recentemente prodotta da parte del Governo una costante

azione di tentativi di separazione della attività termale dal resto dell'attività sanitaria. Basti pensare alla introduzione di *tickets* sanitari che ha fortemente penalizzato il settore con risvolti negativi su tutta la economia dei centri termali. Nè tutto il complesso della normativa di indirizzo e di coordinamento per l'attività legislativa regionale che avrebbe dovuto far seguito all'articolo 36 della riforma è stato finora emanato dagli organi governativi.

Con la presente proposta di legge non si può certamente colmare tale vuoto legislativo o i ritardi che si sono avuti fino ad ora nella azione governativa, ma si vuole, nel rispetto dei principi dettati dalla legge di riforma sanitaria, delineare una normativa quadro che consenta di procedere alla riorganizzazione, alla riqualificazione e al rilancio di importanti aziende termali pubbliche e che, nello stesso tempo, avvii un processo globale e coordinato di sviluppo e di valorizzazione delle attività termali pubbliche e private.

In questo quadro, il trasferimento delle società e degli stabilimenti pubblici alle regioni per la successiva attribuzione ai comuni è anzi condizione indispensabile, da un lato, per determinare la riqualificazione sanitaria degli stabilimenti termali e, dall'altro, per realizzare il pieno interesse e l'indispensabile impegno delle comunità locali nel governare lo sviluppo delle attività turistiche connesse alle attività sanitarie.

Le regioni e i comuni sono fino in fondo consapevoli dell'importanza delle aziende termali che gravano nel territorio di loro competenza e sono in grado di dotarsi di tutti gli strumenti indispensabili al governo e allo sviluppo delle stesse. Nè, si è ricordato, una corretta applicazione dell'articolo 36 contrasta con tale obiettivo. Infatti, le leggi regionali potranno prevedere per le aziende termali le forme di gestione che riterranno più idonee al raggiungimento di obiettivi di sviluppo del termalismo, al tempo stesso individuando forme di integrazione diretta e indiretta tra l'attività delle unità sanitarie locali e le attività degli stabilimenti termali.

È indispensabile, però, che contestualmente siano fissate alcune norme di indirizzo che impegnino il Governo e le regioni, ciascuno per la propria parte di competenza, ad adottare tutti i provvedimenti necessari ad uno sviluppo coordinato e globale del termalismo. Si ritiene, pertanto, necessario che la stessa legge che disciplina il trasferimento alle regioni e ai comuni della parte più cospicua delle aziende termali pubbliche preveda anche alcune norme di riferimento per l'attività del Governo e delle regioni nel campo della emanazione dei provvedimenti interessanti il settore. I parametri di classificazione degli stabilimenti termali, le tipologie costruttive ed organizzative degli stessi, i requisiti di formazione professionale del personale addetto, la normativa di tutela ambientale e idrogeologica dei bacini termali sono punti di riferimento senza i quali è impensabile realizzare un serio e qualificato assetto degli stabilimenti termali pubblici e privati e conseguentemente un processo di corretto sviluppo delle attività termali in generale. Le

stesse valutazioni debbono farsi per quanto riguarda la non più rinviabile scelta di avviare, ai fini di ricerca e di informazione scientifica, piani di rilevazione delle informazioni relative alle patologie trattate negli stabilimenti termali e degli effetti terapeutici delle terapie termali.

Nello stesso tempo non è più rinviabile la individuazione di un momento organizzato di indagine, di coordinamento e di consulenza a livello nazionale e regionale per quanto concerne le attività di promozione e di programmazione dello sviluppo dei territori termali.

La proposta di legge tenta, pertanto, di regolamentare, nel momento in cui si procede al trasferimento di una parte importantissima del termalismo nazionale alle regioni e ai comuni, quel minimo quadro di riferimento di cui tutto il settore termale sente la necessità per realizzare la qualificazione degli stabilimenti e la valorizzazione sanitaria delle attività termali già sanciti dalla legge di riforma sanitaria.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Ruolo delle cure termali).

1. Le cure termali, per la loro riconosciuta efficacia terapeutica e per la loro duttilità di impiego che le rende idonee ad esplicare incisiva azione per la tutela globale della salute nelle fasi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione, sono da ascriversi, come prestazioni autonome o complementari di altri mezzi di cura, tra gli strumenti ordinari a disposizione della sanità pubblica per il mantenimento e il ripristino dello stato di benessere psico-fisico dei cittadini. In relazione alla crescente domanda ed alle implicazioni di carattere sociale, organizzativo ed economico-finanziario che ne derivano, rilievo particolare è da attribuirsi alla utilizzazione delle cure e delle strutture termali nel settore della riabilitazione, in alternativa agli ospedali ed ai poliambulatori pubblici.

ART. 2.

(Erogazione delle cure termali).

1. Le cure termali sono erogabili solo da parte degli stabilimenti termali, definiti dall'articolo 14, lettera a), del regio decreto 28 settembre 1919, n. 1924, in regola con gli atti di concessione mineraria, con l'atto di riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali utilizzate, ai sensi dell'articolo 6, lettera t), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e in possesso di autorizzazione all'apertura ed all'esercizio rilasciata ai sensi dell'articolo 43 della citata legge n. 833 del 1978.

2. Sono ugualmente considerati stabilimenti termali i reparti termali degli alberghi in possesso dei requisiti di cui al comma 1.

3. L'erogazione delle cure termali agli utenti del Servizio sanitario nazionale è assicurata in forma diretta attraverso le convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 44, secondo comma, lettera *b*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i cui contenuti economici sono anno per anno determinati da un apposito accordo nazionale stipulato presso il Ministero della sanità tra una delegazione pubblica costituita dai rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro e del lavoro e della previdenza sociale, i rappresentanti delle regioni e delle province autonome, dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), dell'Associazione nazionale dei comuni termali (ANCOT) e dell'Associazione nazionale dei comuni, comunità ed enti della montagna (UNCEM), e i rappresentanti delle associazioni nazionali più rappresentative delle aziende termali.

ART. 3.

(Attività di ricerca scientifica, di rilevazione statistico-epidemiologica e di educazione sanitaria).

1. Il Ministro della sanità provvede alla realizzazione, anche attraverso rapporti di collaborazione con le aziende termali, di mirati programmi di rilevazione statistico-epidemiologica, di educazione sanitaria e di ricerca scientifica, anche con obiettivi di interesse sanitario generale.

ART. 4.

(Leggi regionali).

1. La qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali, ai fini del più efficace svolgimento delle funzioni ad essi attribuite dalla presente legge e l'integrazione con le altre strutture della sanità pubblica, sono promosse con legge regionale, tenendo conto delle esigenze locali di carattere epidemiologico ed organizzativo.

ART. 5.

(Regime erogativo - Delega al Ministro della sanità).

1. La gamma dei cicli di cura termale erogabili dal Servizio sanitario nazionale, le modalità di fruizione dei singoli cicli, le modalità e le procedure di ammissione, i requisiti minimi richiesti agli stabilimenti termali per essere parti delle convenzioni con le unità sanitarie locali, i criteri per la determinazione delle tariffe agli stessi spettanti, gli indirizzi e gli schemi-tipo di convenzione con le aziende termali per lo svolgimento delle attività di cui all'articolo 3, ed ogni altro aspetto connesso con l'erogazione delle cure termali agli utenti del Servizio sanitario nazionale e con l'utilizzazione delle strutture termali per fini di sanità pubblica sono disciplinati, salvo quanto previsto dagli articoli 6, 7, 8, 9 e 10, con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

ART. 6.

(Conferma dei regimi speciali INPS e INAIL).

1. Per i fini, rispettivamente, della prevenzione primaria e secondaria degli stati di invalidità pensionabile nell'ambito delle affezioni artroreumatiche e broncoasmatiche e del trattamento terapeutico o riabilitativo delle situazioni cliniche indotte da infortunio sul lavoro o da malattia professionale, in favore dei lavoratori avviati alle cure dall'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) che ne hanno titolo secondo le norme vigenti resta confermato lo speciale regime costituito da cicli di cura termale specificamente strutturati ed integrati che sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale con oneri a carico del Fondo sanitario

nazionale e dalle prestazioni economiche accessorie che sono direttamente erogate dai due enti con oneri a carico delle rispettive gestioni previdenziali.

2. L'elenco delle prestazioni sanitarie di cui al comma 1 è indicato con decreto del Ministro della sanità. Tali prestazioni sono erogate secondo le condizioni e con le modalità vigenti presso l'INPS e l'INAIL a mezzo delle convenzioni e, relativamente agli assicurati all'INPS, prioritariamente presso gli stabilimenti termali di cui all'articolo 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

3. Tutte le operazioni e gli atti necessari all'ammissione alle prestazioni idrotermali di cui al presente articolo sono demandati all'INPS e all'INAIL che li effettuano tramite i propri organi periferici i quali, prima dell'avvio dei curandi presso la località termale di destinazione, devono darne formale comunicazione, contenente una sintesi diagnostica dei singoli casi, alla unità sanitaria locale di residenza dei curandi e alla unità sanitaria locale convenzionata.

4. La sintesi diagnostica di cui al comma 3 deve essere integrata, nei casi di concessione da parte dell'INAIL delle prestazioni idrotermali a dipendenti al di fuori delle ferie annuali, dalla motivata prescrizione di cui all'articolo 9.

ART. 7.

(Non cumulabilità delle prestazioni INPS con quelle di regime comune).

1. Chiunque abbia fruito di un ciclo di cure secondo il regime INPS non può nello stesso anno fruire anche di un altro ciclo di cure secondo il regime comune, e viceversa.

ART. 8.

(Erogabilità dei cicli di cura della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria).

1. In attesa dell'emanazione del decreto del Ministro della sanità di cui al-

l'articolo 5, a titolo di anticipazione sperimentale sono erogabili a tutti gli utenti del Servizio sanitario nazionale che se ne possano efficacemente giovare i cicli di cura termale della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria. In particolare:

a) il ciclo della riabilitazione neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso è erogabile nei soli casi di *deficit* motori secondari a:

1) lesioni midollari, cerebropatie su base vascolare, lesioni nervose periferiche;

2) reumoartropatie: artrosi, spondiloartrite anchilosante (fase iniziale e conclamata), artrite reumatoide (stadio 2° e 3°), reumatismi extra articolari (fase cronica) fibromialgie primarie;

3) malattie ortopediche: esiti della chirurgia protesica articolare, *deficit* motori secondari a traumi dell'apparato locomotore, esiti della chirurgia rachidea;

4) ustioni;

b) il ciclo della riabilitazione della funzione respiratoria è erogabile nei soli casi delle seguenti broncopneumopatie croniche aspecifiche, senza segni di insufficienza respiratoria grave e non in fase di riacutizzazione:

1) bronchiti croniche ipersecretive e bronchiectasiche;

2) enfisema polmonare tipo A e B, con dispnea di 1°, 2° e 3° grado;

3) bronchiti croniche broncospastiche e asma bronchiale (con esclusione dello stato di male asmatico);

4) sindromi miste (forme restrittive con componente ostruttiva).

ART. 9.

(Cure termali concesse a lavoratori dipendenti al di fuori dei congedi e delle ferie annuali).

1. Ai lavoratori dipendenti pubblici e privati, con esclusione di quelli avviati

alle cure dall'INPS ai sensi dell'articolo 6, le prestazioni idrotermali possono essere concesse anche al di fuori dei congedi ordinari e delle ferie annuali esclusivamente nei casi in cui il trattamento termale, da solo od in associazione con altre prestazioni, assuma ruolo preminente per mirati obiettivi terapeutici e riabilitativi e le condizioni cliniche del paziente suggeriscano l'opportunità di intervento precoce atto ad evitare un aggravamento della malattia o l'instaurarsi di postumi permanenti.

2. Nelle fattispecie di cui al comma 1, le prestazioni idrotermali, previi accertamenti diagnostici specifici, possono essere autorizzate dalla unità sanitaria locale solo su motivata prescrizione di un proprio medico specialista, ovvero, limitatamente ai lavoratori avviati alle cure dall'INAIL, su motivata prescrizione dei medici del predetto istituto; nella motivata prescrizione deve essere dato esplicito conto della sussistenza dei due presupposti clinici di cui al comma 1.

3. Il periodo di fruizione delle prestazioni idrotermali autorizzate ai sensi e nei modi di cui ai commi 1 e 2 è assimilato a quelli di malattia, anche agli effetti di cui all'articolo 2110 del codice civile, a condizione che il lavoratore interessato presenti alla unità sanitaria locale di residenza la prescrizione del medico di base entro cinque giorni dalla data di redazione e inizi la cura termale entro venti giorni dal rilascio della autorizzazione impegnativa.

4. Tutti i lavoratori autorizzati a fruire delle prestazioni idrotermali ai sensi del presente articolo sono inoltre tenuti, entro i termini di cui all'articolo 2, secondo comma, del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, come modificato dall'articolo 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, a trasmettere al proprio datore di lavoro copia della credenziale-impegnativa rilasciata dalla unità sanitaria locale ai sensi del presente articolo. Il medesimo documento, con acclusa copia della motivata prescrizione di cui al comma 2, deve essere trasmesso all'INPS

dai lavoratori aventi diritto alla indennità economica.

5. Tutti i lavoratori autorizzati a fruire delle prestazioni idrotermali ai sensi del presente articolo debbono essere sottoposti almeno una volta a controllo in corso di cura presso lo stabilimento termale da parte dei competenti organi sanitari della unità sanitaria locale convenzionata, o, relativamente agli aventi diritto all'indennità economica, dell'INPS, su tempestiva segnalazione della unità sanitaria locale di residenza, effettuata d'ufficio o su richiesta del datore di lavoro ai sensi dell'articolo 5 della legge 20 maggio 1970, n. 300.

6. I congedi straordinari, le aspettative per infermità, i permessi per malattia comunque denominati, concessi per fruire delle prestazioni termali ai sensi del presente articolo, non possono superare il periodo di quindici giorni l'anno anche per i soggetti di cui all'articolo 57, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, salvo i casi di riabilitazione di cui all'articolo 8.

7. Tra il periodo di fruizione delle prestazioni termali ed i congedi ordinari o le ferie annuali deve intercorrere un intervallo di almeno trenta giorni.

ART. 10.

(Valutazione dell'attività termale ai fini dei concorsi pubblici).

1. Ai fini della valutazione nei concorsi pubblici, il servizio prestato dai medici presso aziende termali convenzionate, con rapporto continuativo, è equiparato a quello prestato presso case di cura convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

ART. 11.

(Destinazione delle aziende termali a partecipazione statale già controllate dall'EAGAT).

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il comitato di cui all'articolo 1-*quinquies* del

decreto-legge 18 agosto 1978, n. 481, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 ottobre 1979, n. 641, trasferisce le società termali a partecipazione statale già facenti capo all'Ente autonomo di gestione per le aziende termali (EAGAT), alla regione o provincia autonoma ed al comune nel cui territorio le società stesse sono ubicate, rispettivamente nelle misure del 51 e 49 per cento del capitale azionario, previa acquisizione delle azioni possedute dalle Terme di Agnano S.p.A. e dalle Terme Sibarite S.p.A. nelle società di cui sopra.

2. Il trasferimento delle partecipazioni azionarie è attuato a titolo gratuito, previo ripianamento delle perdite eventualmente risultanti dalla situazione patrimoniale e previa acquisizione delle eventuali plusvalenze al capitale sociale delle società interessate.

3. Le regioni e i comuni possono cedere anche a terzi privati, a prezzo di mercato, quote delle rispettive partecipazioni azionarie alle società di cui al comma 1; tale facoltà deve essere esercitata di concerto tra la regione e il comune in modo che, pur consentendosi cessioni di entità variabile, la partecipazione complessiva del comune e della regione non sia in nessun caso inferiore al 51 per cento dell'intero pacchetto azionario.

ART. 12.

(Gestione delle aziende).

1. Per assicurare la massima economicità, la gestione delle aziende termali di proprietà delle società di cui all'articolo 11, comma 1, può essere affidata, previa stipula di contratto di affitto di azienda ai sensi dell'articolo 2562 del codice civile, a società per azioni costituite tra privati, persone fisiche o giuridiche, di provata disponibilità finanziaria e in grado di offrire garanzie di professionalità riscontrabili in rapporti con il Servizio sanitario nazionale o in obiettive situazioni di interesse per l'economia indotta dall'attività termale.

2. Il capitale sociale minimo della società di gestione, all'atto della costituzione, non può essere di norma inferiore al 10 per cento del volume del ricavo complessivamente annuo medio dell'ultimo triennio dell'azienda da gestire.

ART. 13.

(Reimpiego dei ricavi societari delle regioni e dei comuni).

1. Le somme ricavate dalle regioni e dai comuni dalle cessioni di parte del loro pacchetto azionario della società proprietaria delle aziende termali nonché a titolo di canone di affitto delle aziende medesime, sono destinate a: accantonamenti per eventuale rimborso parziale di investimenti alla società di gestione, finanziamento di iniziative di rilevazione statistico-epidemiologica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria nell'ambito delle aziende termali affittate, sostegno finanziario alla gestione ed agli investimenti in fattispecie di particolare pregnanza economico-sociale.

ART. 14.

(Proroga degli organi di amministrazione, destinazione del personale EAGAT).

1. Fino all'attuazione delle modalità di gestione di cui all'articolo 12, le società termali a partecipazione statale già controllate dall'EAGAT sono gestite dagli organi di amministrazione in carica alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il personale in forza presso il disciolto EAGAT alla data del trasferimento delle aziende ai sensi dell'articolo 11, è trasferito alle società dei gruppi Ente partecipazioni e finanziamento industria manifatturiera (EFIM), Ente nazionale idrocarburi (ENI), Istituto per la ricostruzione industriale (IRI) in base ad esigenze funzionali e tenuto conto delle preferenze degli interessati.

3. Al personale di cui al comma 2 si applica il contratto di lavoro in vigore nelle società di destinazione e sono garantiti i diritti acquisiti.

ART. 15.

(Destinazione del Centro ittico tarantino-campano S.p.A.).

1. Per le partecipazioni azionarie relative al Centro ittico-tarantino-campano S.p.A., il comitato di liquidazione di cui all'articolo 1-*quinquies* del decreto-legge 18 agosto 1978, n. 481, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 ottobre 1978, n. 641, provvede al loro trasferimento, senza corrispettivo, alla regione Campania, previo scorporo dei beni, con i relativi rapporti giuridici ed economici, che si trovano ubicati nella regione Puglia.

2. I beni scorporati e il personale che vi è addetto sono, rispettivamente, conferiti e inquadrati in una società azionaria di nuova costituzione, le cui partecipazioni vanno trasferite, senza corrispettivo, alla regione Puglia.

3. Il comitato di liquidazione provvede alle operazioni di cui al presente articolo entro il termine di novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa acquisizione delle azioni possedute dalle Terme di Agnano S.p.A. nel Centro ittico tarantino-campano S.p.A.

ART. 16.

(Formazione professionale).

1. In relazione alle esigenze di maggiore qualificazione tecnico-professionali degli operatori termali indotte dalla crescita qualitativa della domanda termale nonché dal maggiore spessore sanitario del ruolo assegnato alle cure ed alle strutture termali dalla presente legge, il Ministro della sanità disciplina, con proprio decreto, sentito il Consiglio sanitario nazionale, la formazione professionale del personale parasanitario addetto ai profili professionali degli operatori impiegati

nella riabilitazione termale ed in atti ed operazioni connesse con iniziative di educazione sanitaria, di rilevazione epidemiologica e di ricerca scientifica.

2. Per le esigenze peculiari dei reparti cura annessi agli alberghi e dei reparti cura degli stabilimenti termali, con decreto del Ministro della pubblica istruzione di concerto con il Ministro della sanità, sono istituiti, presso gli Istituti professionali alberghieri, corsi abilitanti per la professione di tecnico addetto ai servizi di cure termali. Ai corsi, della durata di un anno, sono ammessi tutti i diplomati degli istituti alberghieri.

ART. 17.

(Commissione di monitoraggio e studio del termalismo).

1. Per il monitoraggio e lo studio del termalismo ai fini della sua più proficua integrazione con gli altri interventi di tutela globale della salute, con decreto del Ministro della sanità è istituita presso il Ministero della sanità una commissione permanente così composta:

a) da un sottosegretario di Stato alla sanità delegato per la materia, che esercita le funzioni di presidente;

b) da un funzionario amministrativo del Ministero della sanità di qualifica non inferiore a dirigente superiore, che esercita le funzioni di vicepresidente;

c) da un rappresentante per ciascuno designato dai Ministeri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, dell'ambiente e del turismo e dello spettacolo;

d) da sei rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281;

e) da un rappresentante per ciascuno designato dall'ANCI, dall'ANCOT e dall'UNCEM;

f) da un rappresentante per ciascuno designato dall'INPS e dall'INAIL;

g) da tre rappresentanti designati dalle associazioni delle aziende termali più rappresentative sul piano azionario;

h) da cinque rappresentanti del Ministero della sanità.

2. La commissione di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:

a) avviare specifiche rilevazioni e indagini statistico-epidemiologiche ed economico-sociali, anche periodiche;

b) alla stregua dei dati acquisiti, valutare:

1) il costo-beneficio dei cicli di cura termale erogati;

2) la congruità e le ulteriori possibilità del proficuo impiego delle cure termali, anche tramite protocolli sperimentali, con particolare riguardo al settore della riabilitazione;

3) ipotesi di collegamenti sistematici, anche per mirati obiettivi di interesse sanitario generale, tra la pubblica amministrazione della sanità e le aziende termali convenzionate per la realizzazione di programmi di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;

c) formulare conseguenti proposte — nella prima fase di attuazione della presente legge anche ai fini dell'emanazione delle norme di cui all'articolo 5 — al Ministro della sanità.

3. Tutte le amministrazioni pubbliche, tutte le aziende termali convenzionate con il Servizio sanitario nazionale sono tenute a fornire, a richiesta del Ministero della sanità, ogni notizia utile alla commissione per lo svolgimento dei propri compiti.

ART. 18.

(Talassoterapia).

1. La commissione di cui all'articolo 17 è anche incaricata di definire i fondamenti scientifici e gli aspetti giuridico-

economici delle prestazioni erogate dagli stabilimenti talassoterapici ai fini di un loro eventuale inserimento nella gamma delle prestazioni convenzionalmente erogabili dal Servizio sanitario nazionale; in attesa della conseguente disciplina della specifica materia, è prorogata la validità delle convenzioni in vigore.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1253**PROPOSTA DI LEGGE**

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, AUGUSTO BATTAGLIA, BEEBE TARANTELLI, GIANNOTTI, JANNELLI, POLLASTRINI MODIANO, TRUPIA ABATE

Rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari

Presentata il 7 luglio 1992

ONOREVOLI COLLEGHI! — Come è noto l'assistenza agli hanseniani e loro familiari prevede un sussidio fisso che dovrebbe consentire ai cittadini affetti dal morbo di Hansen di condurre anche nel proprio ambiente familiare una vita autonoma e dignitosa.

È noto infatti che gli hanseniani e familiari sono di fatto emarginati dal contesto sociale a causa dell'irrazionale ed emotivo timore di un contagio.

La legge 24 maggio 1986, n. 31, ha aumentato la provvidenza, ma a quota fissa, per cui l'aumento costante del costo della vita ha di fatto annullato in questi anni i pur modesti aumenti previsti dalla legge stessa.

La proposta di legge propone a partire dal gennaio 1993, oltre all'aumento del sussidio del 30 per cento, l'adeguamento automatico legato al tasso programmato di inflazione annuale.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. A decorrere dal 1° gennaio 1993, il sussidio spettante ai cittadini affetti dal morbo di Hansen e loro familiari secondo quanto previsto dal primo e dal secondo comma dell'articolo 1 della legge 31 marzo 1980, n. 126, come sostituito dall'articolo 1 della legge 24 gennaio 1986, n. 31, è rivalutato del 30 per cento.

ART. 2.

1. Il sussidio di cui all'articolo 1 è adeguato ogni anno automaticamente al tasso programmato di inflazione.

ART. 3.

1. Al maggior onere recato dalla presente legge a decorrere dall'anno 1993 si provvede a carico dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro.

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 1254}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CACCAVARI, AUGUSTO BATTAGLIA, TRUPIA ABATE,
GIANNOTTI, JANNELLI, POLLASTRINI MODIANO, BEEBE
TARANTELLI, PERINEI**

Disciplina della produzione e della vendita
dei prodotti omeopatici

Presentata il 7 luglio 1992

ONOREVOLI COLLEGHI! — Due grandi leggi terapeutiche dominano la medicina fin dall'antichità: la legge dei contrari e la legge dei simili. La prima è divenuta la base concettuale della medicina cosiddetta « ufficiale », l'allopatia, che nell'ambito di questa legge opera somministrando farmaci da opporre alla malattia o ai sintomi, quali gli analgesici per combattere alcuni dolori o gli antipiretici per abbassare la febbre. La legge dei simili viene così ignorata, salvo l'uso sporadico di sieri e vaccini.

Il suo promotore, il medico tedesco S. C. Hahnemann, partendo dal rifiuto della medicina del suo tempo, elaborò un costrutto dottrinario, tra la fine del XVIII secolo e l'inizio del XIX secolo, tutt'ora

vitale e ben articolato, che poggia su tre capisaldi essenziali:

- la legge di similitudine;
- la sperimentazione delle sostanze medicamentose sul soggetto sano;
- la somministrazione dei rimedi a dosi deboli o infinitesimali.

I dati storici riguardanti l'omeopatia rivelano come la metodica, sviluppatasi dapprima in Germania, si diffuse ben presto nelle altre nazioni europee e poco dopo nei paesi del nuovo mondo.

Essa trovò credito e applicazione puntuale ben prima che il pasteurismo e le nuove metodiche di indagine biologico-funzionali fossero codificate dall'iniziatore

della fisiologia moderna, il francese Claude Bernard.

La legge dei simili è alla base dell'omeopatia, che intende guarire somministrando in dosi infinitesimali quelle sostanze che, sperimentate a forti dosi su uomini sani, hanno provocato sintomi identici a quelli rilevabili nella malattia in atto.

Le due leggi sono apparentemente in contrasto, divergendo concettualmente nel considerare la malattia ed il suo portatore. In realtà non debbono considerarsi in opposizione, anzi spesso si possono ottimamente integrare.

La medicina ufficiale si pone come scopo la diagnosi della malattia, per trarne poi prognosi e trattamento. Per conseguire questo risultato deve individuare la sede delle alterazioni, determinarne l'estensione e la gravità e identificarne la causa precisa e presunta. Quando la diagnosi permette la prescrizione di un farmaco specifico, la terapia risulta in pratica standardizzata, cioè diviene la stessa per tutti i casi ed è applicata da tutti i medici.

Anche l'omeopatia persegue gli stessi scopi della medicina ufficiale: determinare una diagnosi precisa grazie alle conoscenze proprie del medico. Ma la sua ricerca diagnostica non si ferma qui. Alla diagnosi di malattia aggiunge lo studio della personalità del malato e quindi la ricerca del rimedio omeopatico, come si dice, simillimo. Questo rimedio deve essere specifico al malato e non alla malattia, così che il medico omeopatico può guarire anche se non è possibile stabilire una causa ben precisa della malattia, perché egli usa rimedi specifici per il malato in quanto soggetto dotato di una irripetibile individualità, e non per la malattia. Ne consegue che in omeopatia il rapporto fra diagnosi e terapia si libera dalla rigida causalità propria della medicina ufficiale, così che dieci casi di ulcera duodenale possono essere trattati con dieci rimedi omeopatici diversi.

I rimedi omeopatici vengono preparati a partire da sostanze naturali di origine vegetale, animale e minerale; queste, dopo una accurata verifica, vengono sottoposte

ad estrazione mediante alcool diluito con acqua distillata o triturate finemente insieme a lattosio, in modo da raggiungere una forma che consenta loro di essere sottoposte alle due operazioni peculiari della tecnica di preparazione omeopatica: la diluizione e la dinamizzazione.

La diluizione consente, grazie ad una serie di diluizioni successive, di raggiungere e superare i limiti di probabilità di presenza nella soluzione omeopatica anche di una sola molecola di partenza.

La dinamizzazione consiste nel sottoporre ciascuna soluzione diluita ad una serie di violente scosse prima di operarne un'ulteriore diluizione. In virtù di tale processo, la preparazione omeopatica perde il contenuto materiale della sostanza di partenza ed acquista un *quid* che conferisce proprietà terapeutiche.

Ciò premesso, appare chiaro come si sia in presenza di un metodo terapeutico tutto particolare che si avvale di rimedi che non hanno riscontro in nessun altro dei prodotti già governati da disposizioni in materia sanitaria.

Negli Stati Uniti d'America, la *Food and Drug Administration* (FDA) riconosce ufficialmente i rimedi omeopatici sulla base di una farmacopea omeopatica (HPUS - *Homeopathic Pharmacopeia of United States*), ufficiale ed integrata nella farmacopea ufficiale (USP). I prodotti compresi in questa farmacopea (circa 800 monografie) possono essere commercializzati liberamente e sono registrati presso la FDA.

In Europa l'atteggiamento nei confronti dell'omeopatia è caratterizzato dal fatto che i Paesi socialmente più avanzati (Germania, Francia, Gran Bretagna) hanno riconosciuto e regolamentato sotto forme diverse i rimedi omeopatici, mentre altri (Italia, Spagna, Portogallo) non ancora, pur accettando sul loro territorio la prescrizione e la commercializzazione di detti rimedi.

Si riporta una breve descrizione su come si effettua in Europa la regolamentazione dei rimedi omeopatici.

Germania: nel 1978 è stata pubblicata una farmacopea omeopatica tedesca, elaborata da un gruppo di esperti che

operano in seno alla commissione della farmacopea tedesca; a questa sono seguiti una serie di aggiornamenti, il cui ultimo risale al 1985. L'insieme comprende circa 400 monografie ed una monografia generale sulle tecniche di fabbricazione e di controllo. I rimedi omeopatici sono fabbricati in stabilimenti che sono sottoposti agli stessi controlli delle officine farmaceutiche. I rimedi sono generalmente rimborsati attraverso il sistema mutualistico nazionale;

Francia: nel 1982 è stata pubblicata una farmacopea omeopatica francese, elaborata dall'insieme delle aziende produttrici, il cui ultimo aggiornamento risale al 1988. Quest'opera è riconosciuta dal Ministero della sanità francese come testo di riferimento in materia. Esiste inoltre una monografia generale, inserita nella farmacopea francese ed aggiornata nel 1983, che codifica i metodi generali di fabbricazione e di controllo, nonché una guida pratica di buona fabbricazione in omeopatia, pubblicata nel 1986 nell'ambito della farmacopea francese come complemento alla guida generale allopatica. Tutti gli stabilimenti di produzione sono autorizzati come officine farmaceutiche dal Ministero della sanità. I rimedi sono generalmente rimborsati attraverso il sistema mutualistico nazionale;

Gran Bretagna: esistono qui due categorie di rimedi omeopatici; la prima raggruppa i prodotti la cui vendita viene effettuata su presentazione di ricetta medica; la seconda i prodotti vendibili senza ricetta. Tutti i rimedi inclusi nella prima e nella seconda categoria sono vendibili senza prescrizione medica se presentano una diluizione maggiore della sesta decimale (6 DH);

Belgio: tutti i prodotti presenti sul mercato al 1960 sono stati registrati presso il Ministero della sanità; con una serie di provvedimenti successivi a questa data, sono state date le direttive da rispettare per l'introduzione sul mercato di nuovi prodotti. Le opere di riferimento accettate dal Ministero della sanità belga

sono la farmacopea omeopatica tedesca e la farmacopea francese X edizione (1983), capitolo « Preparazioni omeopatiche ». Le ditte produttrici hanno lo statuto di officina farmaceutica. I prodotti omeopatici non sono rimborsati dagli organismi di assicurazione per le malattie;

Paesi Bassi: i prodotti omeopatici, rimborsati dal sistema mutualistico nazionale, sono preparati da stabilimenti che hanno lo statuto di officina farmaceutica. Esistono, da un punto di vista regolamentare, due categorie di prodotti omeopatici: quelli non registrati, con indicazioni terapeutiche non riferite a patologie imponenti, e quelli registrati, a fronte di una lista emessa dal Ministero della sanità, da vendere unicamente in farmacia.

In Italia, l'omeopatia è entrata da alcuni anni nella struttura sociale ed economica del nostro paese e, benché non sia ancora regolamentata da leggi adeguate, è di fatto ormai largamente praticata e riconosciuta come valida da medici e pazienti. Sono centinaia i medici che ogni anno frequentano corsi di medicina omeopatica, mentre sono circa 3500 i medici che attualmente curano con tale metodica; il numero di pazienti solo in Italia si aggira intorno ai quattro milioni. Nel ciclo produttivo trovano impiego circa 300 persone e le farmacie che trattano i prodotti omeopatici sono circa 3000, per un fatturato annuo che stime recenti pongono intorno ai 120 miliardi di lire.

Alla base di questo complessivo riconoscimento sta senza dubbio la crescente domanda di medici e di pubblico desiderosi di poter ricorrere ad una terapia efficace, non iatrogena e con un indice terapeutico particolarmente positivo.

Fin dal 1979, il Ministero della sanità, con i suoi organi tecnico e consultivo, ha emesso una serie di pareri con i quali ha inizialmente equiparato i prodotti omeopatici a quelli galenici officinali, regolamentandone quindi la produzione e l'importazione in base al testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1263. Successiva-

mente, con la presentazione di una proposta di legge di regolamentazione di questo settore avvenuta nella IX legislatura, il Ministero della sanità ha assunto una posizione di « tolleranza », continuando ad ammettere la commercializzazione di prodotti omeopatici.

Torna quindi a presentarsi il problema di una situazione di sostanziale carenza normativa carica di rischi, poiché da un lato lascia la porta aperta ad ogni abuso,

permettendo a chiunque di fabbricare sotto il nome di omeopatia qualsiasi cosa, in qualsiasi luogo, in qualunque modo, dall'altro non assicura al medico e al malato, in caso di interventi restrittivi da parte del Ministero della sanità, il diritto di accedere ad un tipo di medicina naturale, affidabile e non iatrogena, nonché riconosciuta ufficialmente dalla maggioranza dei Paesi che aderiscono alla Comunità economica europea.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge disciplina la fabbricazione, il commercio, la vendita al pubblico, la presentazione, l'informazione ai medici e la pubblicità dei prodotti omeopatici, e detta norme per garantire la sicurezza e la qualità dei preparati usati nel metodo omeopatico.

ART. 2.

(Preparati omeopatici).

1. Si intendono per « preparati omeopatici » i prodotti ottenuti diluendo con il metodo delle diluizioni successive i materiali di base omeopatici di origine minerale, di estrazione o elaborazione chimica, vegetale o animale, usati come tali o preparati sotto forma di « tintura madre », destinati nelle diverse forme di somministrazione ad essere usati nei diversi gradi di « diluizione », compresa la « tintura madre », come preparato semplice (preparati unitari) o come miscele di preparati semplici (preparati composti o complessi).

ART. 3.

(Indicazioni obbligatorie, pubblicità).

1. I preparati omeopatici possono essere venduti esclusivamente in farmacia su presentazione di ricetta medica.

2. La vendita è consentita soltanto se la confezione reca:

a) la denominazione secondo la comune terminologia omeopatica;

b) il grado di diluizione e la metodica seguita nella preparazione;

- c) la dicitura « preparato omeopatico » o « prodotto omeopatico »;
- d) la forma di somministrazione;
- e) la misura del contenuto;
- f) il nome del responsabile per l'immissione in commercio;
- g) il numero di lotto e il periodo entro il quale il prodotto va preferibilmente usato;
- h) il prezzo al pubblico.

3. La vendita è vietata per i prodotti che riportino sulla confezione, nella denominazione, su foglietti illustrativi o testi promozionali riferimenti a indicazioni terapeutiche.

ART. 4.

(Sistema autorizzativo).

1. Le attività di produzione a scopo di vendita e di distribuzione intermedia, nonché di importazione o esportazione dei prodotti omeopatici sono soggette all'autorizzazione preventiva del Ministro della sanità che la concede dopo aver verificato i requisiti igienico-sanitari, le caratteristiche dei locali, la validità delle attrezzature e dei processi di lavorazione e l'idoneità del personale addetto.

2. L'autorizzazione di cui al comma 1 può essere sospesa o revocata, ed è soggetta alle tasse sulle concessioni governative.

3. Quando le attività di cui al comma 1 sono esercitate contemporaneamente a quelle che si riferiscono ai medicinali, esse devono essere esplicitamente autorizzate e devono essere svolte separatamente per quanto attiene i locali, le attrezzature, i processi di fabbricazione e di deposito delle materie prime e dei prodotti finiti.

ART. 5.

(Norme di attuazione).

1. Con proprio decreto da emanarsi entro sei mesi dalla data di entrata in

vigore della presente legge e rivedibile periodicamente secondo le acquisizioni tecnico-scientifiche, il Ministro della sanità disciplina le modalità, i limiti e gli adempimenti per la fabbricazione, la distribuzione intermedia, la presentazione e l'importazione dei prodotti omeopatici.

2. La vigilanza destinata ad assicurare l'applicazione delle disposizioni contenute nella presente legge è attribuita al Ministero della sanità che delega alle unità sanitarie locali la vigilanza sulla distribuzione al pubblico.

3. Nessuna forma di pubblicità è consentita per i prodotti omeopatici come rimedi per la cura di condizioni patologiche.

4. L'informazione ai medici è limitata all'illustrazione della qualità controllata dei prodotti e dei fondamenti teorici del metodo omeopatico e delle ricerche sperimentali, se già pubblicate in giornali scientifici.

ART. 6.

(Norme transitorie).

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità adotta, con proprio decreto, il regolamento per l'esecuzione della presente legge.

2. Fino alla data di entrata in vigore del regolamento di cui al comma 1, possono essere mantenuti in commercio i prodotti omeopatici che non indichino, in etichetta o in qualsiasi altro modo, la posologia o le proprietà terapeutiche.

3. Entro il termine previsto dal comma 2 i prodotti omeopatici non conformi a quanto stabilito dalla presente legge debbono essere ritirati dal commercio. In caso di commercio, e comunque di detenzione per la vendita al pubblico oltre i termini fissati di prodotti omeopatici non conformi alle disposizioni della presente legge, si applica la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire 1.000.000 a lire 10.000.000 ed il Ministero della sanità può procedere al sequestro dei prodotti.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1255

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, TURCI

Norme in materia di erboristeria e di piante officinali

Presentata il 7 luglio 1992

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le ragioni che ci hanno indotto a ripresentare una proposta di legge in materia di piante officinali per uso erboristico, aggiornata rispetto a quelle presentate nell'VIII, nella IX e nella X legislatura, sono diverse. Le più importanti sono quelle riguardanti: la crescente diffusione dell'automedicazione — che pone una problematica anche di ordine sanitario — e il conseguente attuale incremento del commercio (già oltre 2.000 esercizi di vendita) e dell'uso di tali piante; la necessità di modificare profondamente la normativa nazionale vigente nel settore e in primo luogo la legge 6 gennaio 1931, n. 99, che, oltre ad essere obsoleta e fortemente inadeguata rispetto alle novità intervenute e alle nuove conoscenze tossicofarmacologiche, è anche fonte di continui

equivoci e contrastanti pareri; la mancanza di una definizione legislativa chiara dei profili e delle competenze delle figure professionali operanti nel settore dell'erboristeria. Al riguardo va rilevato che i ruoli dell'erboristeria e dell'erborista discendono soltanto dalla tradizione e dall'esperienza, sono giuridicamente incerti, sono oggetto di ricorrenti interpretazioni controverse e vi è dunque bisogno di ricercare una loro adeguata collocazione e definizione.

La stessa definizione e classificazione delle piante officinali per uso erboristico richiede aggiornamenti e precisazioni.

Secondo la legislazione vigente « per piante officinali si intendono le piante medicinali, aromatiche e da profumo ». Il regio decreto 26 maggio 1932, n. 772, in-

dica 57 piante officinali spontanee che sono in grado, a seconda della specie, di esplicitare determinate azioni terapeutiche, salutari, aromatizzanti e cosmetiche.

Tutta la normativa esistente in materia è comunque imperniata sulla legge 6 gennaio 1931, n. 99, a cui fecero seguito, nel 1932, il regolamento applicativo e il già ricordato elenco delle piante dichiarate officinali. Da allora sono passati 60 anni; la realtà è *profondamente mutata*, ma le leggi sono ancora le stesse ad eccezione di qualche vago punto di riferimento offerto da alcune direttive CEE.

Sarà bene affermare che non è nostra intenzione né sopravvalutare né sminuire il ruolo dell'erboristeria. C'è qualche volta il rischio di una interpretazione di tipo magico o superstizioso che va combattuta. Così come va combattuto e scoraggiato ogni uso non corretto e non responsabile dell'erboristeria, cui si deve guardare senza atteggiamenti fideistici. Al tempo stesso va respinta ogni posizione preconcetta o intento derisorio, nel rispetto di una tradizione che ha le sue radici in una consolidata cultura popolare.

Va ricordato che un'alta percentuale di piante officinali consumate in Italia viene attualmente importata dall'estero, anche se quelle estere, si sostiene da più parti, non sempre eguagliano per qualità quelle nazionali, aggravando di varie decine di miliardi il saldo negativo della nostra bilancia agro-alimentare. Per converso sono sempre più numerosi gli studiosi e gli esperti che ritengono che il nostro paese possieda forti potenzialità nel campo della coltivazione di dette piante. Un incremento di tale produzione, a cui mira, assieme ad altre finalità, la presente proposta di legge, consentirebbe, tra l'altro (come dimostrano alcune significative esperienze in atto in Toscana ed in altre regioni), il recupero di terre incolte e l'aumento dell'occupazione giovanile, e potrebbe altresì consentire nell'avvenire un apprezzabile incremento dell'esportazione di buone qualità nazionali di piante officinali.

Inoltre, sia sulla base di ben note passate esperienze (vedasi il largo contributo che le sostanze di origine vegetale hanno dato e danno alla moderna farmacologia), sia per gli orientamenti attuali derivanti, talvolta, dall'isterilirsi della ricerca di composti sintetici, un impulso alla attività di ricerca fitoterapica determinerebbe nuovi stimoli anche alla ricerca farmaceutica.

La presente proposta di legge, volendo ricercare risposte positive alle esigenze sopradette e ad altre ancora, ha lo scopo di giungere ad una normativa moderna ed equilibrata che disciplini la coltivazione, la raccolta, la trasformazione, il commercio e la promozione della produzione e della ricerca nel settore delle piante officinali utilizzabili in erboristeria e, parzialmente, in farmaceutica. Costituendo la erboristeria un'attività che incide positivamente o negativamente, anche a seconda della correttezza della sua applicazione, sullo stato di salute dei cittadini si intende altresì promuovere l'educazione igienica e sanitaria particolarmente dei giovani attorno a questa materia.

La proposta di legge ha tenuto conto e si è avvalsa degli importanti risultati a cui sono pervenuti il dibattito e l'elaborazione compiuti dalle associazioni professionali degli erboristi e da altre associazioni, da esperti e studiosi della materia, da amministratori locali e regionali. I presentatori della proposta non hanno l'ambizione di prospettare soluzioni interamente rispondenti a tutta la problematica del settore — la disputa tra studiosi, operatori e cittadini attorno alla erboristeria è tuttora assai viva e ben lungi da far prevedere una conclusione a breve termine — ma si propongono più realisticamente di fornire le risposte che sono oggi possibili e di compiere un passo avanti essenziale per l'adeguamento e lo sviluppo della normativa esistente, in modo da tutelare gli acquirenti e dare tranquillità e sicurezza agli operatori erboristici. La proposta di legge è dunque aperta a tutti i contributi

e a tutti i possibili miglioramenti, non avendo noi la pretesa di avere risolto tutti i complessi problemi che abbiamo incontrato nel corso della sua elaborazione.

Non è qui il caso di fare la storia, suggestiva e antichissima, della coltivazione e dell'uso delle piante officinali. Una storia che si perde nella leggenda, secondo la quale il primo a seminare, in Tessaglia, tali piante sarebbe stato il centauro Chirone, maestro di Esculapio.

È comunque certo che delle loro virtù si trovano tracce tra i cinesi 8.000 anni avanti Cristo. Così come è certo che varie piante medicinali trattate dagli antichi studiosi del mondo etrusco, egiziano e greco-romano, figurano ancora oggi nelle farmacopee di diversi Paesi.

Dopo la caduta dell'impero romano furono gli arabi a salvare e riscoprire l'uso delle piante nel campo della terapeutica, perfezionando le tecniche della distillazione, della cristallizzazione e della filtrazione.

Più tardi furono i grandi navigatori, con i loro arditi viaggi e la scoperta di nuove terre — particolarmente delle Americhe, che condussero alla importazione in Europa di nuove specie di piante — ad allargare ed intensificare il commercio delle droghe e a stimolare il risorgere, nell'Europa occidentale, dello studio sistematico e approfondito delle piante medicinali, indigene ed esotiche. Le farmacopee tedesche, nel XVI secolo, citano e descrivono la preparazione di 24 olii essenziali per la cura delle diverse malattie. In Italia l'erboristeria raggiunge il massimo sviluppo nei secoli XVI (è in tale secolo che sorgono in varie città gli « Orti dei semplici », anticipatori degli attuali orti botanici), XVII e XVIII. Dopo un periodo di oblio le piante medicinali sono oggi in netta riscoperta in tutto il mondo, ed è indubbio che più volte si sono avute conferme sperimentali di quanto era stato empiricamente osservato nel passato con la terapia vegetale e la medicina popolare.

Nell'esercizio di antiche pratiche e nell'uso di antiche ricette è prevalsa a lungo l'influenza della superstizione e dei riti della magia. Ciò era inevitabile. Però, con

il passare del tempo, la fitoterapia è andata acquistando, in alcuni paesi europei, un rigore scientifico pari a quello della medicina ufficiale, anche se non è ancora riuscita a riscattarsi pienamente da una condizione di emarginazione e di subordinazione; mentre nell'ambito comunitario la Gran Bretagna e la Germania si sono già date una normativa riguardante la erboristeria.

La chimica moderna ha portato, nella farmacoterapia, il trionfo dei prodotti sintetici e ha ridotto drasticamente l'uso di preparati a base di vegetali. Le preparazioni magistrali a base di piante sono quasi scomparse nelle prescrizioni mediche. Non sono invece diminuiti l'uso e la produzione di preparati galenici a base di erbe medicinali quali le tisane, le polveri, gli sciroppi, eccetera.

È indubbio che il farmaco di sintesi chimica ha costituito e costituisce ancora una conquista essenziale nella battaglia per il miglioramento dello stato di salute degli individui e della collettività e per l'innalzamento dell'età media delle popolazioni. È però altresì vero che mentre la legge di riforma sanitaria ha voluto affermare la funzione sociale e la prevalente finalità pubblica della produzione dei farmaci e ha voluto prescrivere il ricorso ad una specifica legge dello Stato per rinnovare profondamente la politica e la regolamentazione del settore farmaceutico, i Governi succedutisi negli ultimi anni quasi nulla hanno fatto per creare le condizioni per giungere prima possibile alla qualificazione della produzione e alla distribuzione di farmaci di comprovata efficacia, riducendo all'essenziale il campo di quelli prescrivibili. Cosicché, nonostante l'efficacia e la indispensabilità dei farmaci, dall'eccesso del loro uso (che è spesso causa di malattie iatrogene) (1) derivano danni crescenti alla salute dei cittadini e un continuo appesantimento della spesa sanitaria.

(1) Vedi anche il giudizio espresso dal CNEL nella sua assemblea del 20-21 maggio 1980, che ha avanzato varie proposte per non lasciare un settore così delicato alla spinta consumistica.

Non è facile individuare le varie cause che hanno concorso a determinare la diffusione dell'autoterapia ed il crescente ricorso all'uso dei prodotti naturali con il conseguente *boom* dell'erboristeria. Molto probabilmente ciò è dovuto alla crescente convinzione dei limiti della farmacoterapia nei confronti della patologia oggi prevalente, dominata da malattie degenerative di origine ambientale e sociale, nonché dai danni crescenti alla salute umana derivanti dall'uso eccessivo e improprio dei farmaci. Va inoltre tenuta presente la tendenza a riscoprire e a ricercare un più equilibrato rapporto con la natura, anche per sfuggire alla spinta consumistica e alle suggestioni di campagne pubblicitarie poco scrupolose che stanno investendo anche il settore delle piante officinali per uso erboristico.

Questo atteggiamento, accompagnato talvolta da una infatuazione acritica verso i prodotti erboristici, parte dalla convinzione che la sostanza naturale sia una garanzia di salute o, quanto meno, non esponga ai rischi indotti dall'assunzione di medicinali.

A fronte di tale realtà, sembra in certi casi auspicabile la sostituzione parziale dei medicinali sintetici con piante officinali, anche per ovviare al consumismo farmaceutico, adeguandosi così ad altri paesi europei tra cui la Gran Bretagna e la Repubblica federale di Germania. Ciò anche in considerazione del fatto che non sembra dimostrato che un principio attivo riprodotto per sintesi svolga lo stesso effetto terapeutico del medesimo principio attivo presente in medicinali vegetali. Attualmente un terzo di tutti i prodotti farmaceutici presenti nel mondo deriva da piante, e con i miceti ed i batteri si supera il 60 per cento, ma in tale derivazione è possibile e necessario andare ben oltre.

Ci pare comunque opportuno osservare che il fenomeno del ritorno alla natura viene più volte utilizzato da varie iniziative pubblicitarie che, avvalendosi della buona fede dell'erborista, mirano alla ricerca di facili guadagni. Si rende perciò

ancora più necessaria un'azione dei poteri pubblici per tutelare efficacemente gli interessi dei consumatori e la salute dei cittadini. Al riguardo è bene ricordare che il disposto, scarsamente attuato, dell'articolo 13 della legge 30 aprile 1962, n. 283, relativa alla disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande, afferma quanto segue: « è vietato offrire in vendita o propagandare a mezzo della stampa e in qualsiasi altro modo, sostanze alimentari, adottando denominazioni o nomi impropri, frasi pubblicitarie, marchi o attestati di qualità o genuinità da chiunque rilasciati, nonché disegni illustrativi tali da sorprendere la buona fede o da indurre in errore gli acquirenti circa la natura, la sostanza, la qualità e le proprietà nutritive delle sostanze alimentari stesse o vantando particolari azioni medicamentose ». Tutelare il consumatore vuol dire anche informarlo che può incorrere in conseguenze dannose per la salute quando egli faccia ricorso ad un uso eccessivo e prolungato di piante officinali vendibili in erboristeria.

Pur essendo noto che i pericoli derivanti dall'uso dei prodotti erboristici paiono essere sensibilmente ridotti rispetto a quelli provenienti dal consumo di farmaci sintetici è comunque necessario — anche perché l'erborista, per quanto esperto, non è un farmacista o un fitoterapista — considerare l'autoterapia nei suoi risvolti sanitari ed adeguare le norme legislative in modo da sottrarre i consumatori da eventuali possibili pericoli, da inganni mercantili e tutelare la loro salute.

All'erboristeria fa ricorso da sempre una fascia non secondaria di cittadini tendone, in presenza di lievi disfunzioni fisiologiche dell'organismo, a cui sono soggetti anche gli individui sani, vari vantaggi e benefici.

Del resto che l'erboristeria occupi uno spazio ed eserciti un proprio ruolo è testimoniato anche dal fatto che l'Organizzazione mondiale della sanità ha creato un proprio centro di ricerche che sta lavorando alla individuazione delle piante offi-

ciniali utilizzabili in erboristeria. In ogni caso l'automedicazione e l'erboristeria sono diventate delle realtà consistenti con le quali anche il legislatore è chiamato a misurarsi, cercando di disciplinarle in maniera corretta, obiettiva e moderna.

Da quanto esposto finora — su cui è sicuramente utile un ulteriore confronto — emerge la necessità di sancire mediante norme legislative che le piante officinali e i loro derivati e le preparazioni erboristiche utilizzabili e vendibili in erboristeria sono quelli non configurabili come specialità medicinali, in grado di manifestare, anche a fini preventivi, generici effetti benefici e salutari che favoriscono funzioni fisiologiche e stimolano fisiologicamente organi ed apparati dell'organismo, o che esercitano un effetto igienico sul corpo mediante uso cosmetico, e che sono comunque inoffensivi; e cioè prodotti suscettibili di impieghi diversi da quello terapeutico. Al tempo stesso si tratta, in buona parte, di piante e derivati che sono ormai da tempo largamente acquisiti nell'uso comune, sia familiare, per l'alimentazione e la correzione organolettica dei cibi, che artigianale ed industriale a scopo aromatizzante, cosmetico, liquoristico, essenziero, enologico. Per tali impieghi — non specificatamente erboristici — essi non sono oggetto della presente proposta di legge e rimangono pertanto regolati da altre specifiche vigenti norme.

L'erboristeria, così concepita e disciplinata, viene ad avere un ruolo ed uno spazio propri, senza gli sconfinamenti e i conseguenti conflitti, altrimenti inevitabili, con la farmaceutica. I ruoli restano e devono restare ben diversi e distinti, anche se può esservi, entro certi ambiti, una determinata integrazione.

Rispetto alla normativa, la proposta di legge innova fortemente anche per quanto concerne la formazione professionale e le competenze degli operatori del settore erboristico. Ciò accresce la responsabilità ed eleva la professionalità degli erboristi rispetto a quanto è sancito nella legge 6 gennaio 1931, n. 99.

Infatti, oltre alle modifiche relative ai criteri dell'insegnamento e alla durata dei

corsi per il conseguimento del diploma di erborista, viene stabilito che per l'accesso a detti corsi è richiesto il diploma di scuola media superiore.

Sappiamo che alcuni ritenevano auspicabile una ulteriore qualificazione degli erboristi e ne prospettavano il conseguimento tramite un corso di laurea analogo a quello delle discipline scientifiche e biologiche, in modo da garantire al massimo la professionalità di operatori che sarebbero diventati così fitoterapisti o « specialisti delle piante officinali ».

Si tratta di un auspicio e come tale non ci sentiamo di escluderlo. Può darsi che, nell'avvenire, il legislatore possa e debba riprenderlo nella dovuta considerazione.

Con l'attuale proposta di legge dobbiamo invece muovere dalla realtà odierna e, tenendo conto di tutti i suoi aspetti, anche di ordine culturale, tendere a dare una risposta concreta e praticabile alle esigenze immediate e a quelle di un futuro prevedibile. Sarà soprattutto l'esperienza a suggerire gli adeguamenti e i cambiamenti che si renderanno successivamente necessari.

Con la normativa proposta l'erborista viene autorizzato a fornire ai clienti informazioni e consigli pratici, in definitiva, le avvertenze e le modalità sull'uso dei prodotti in vendita. Poiché gli effetti desiderati possono essere commisurati anche alla quantità, alla durata dell'impiego e al tipo di uso degli erborati, la norma è rivolta in primo luogo a tutelare la salute del consumatore. Tale tutela dovrà essere perseguita anche tramite la fissazione dei requisiti e delle caratteristiche del prodotto erboristico: la buona qualità delle merci poste in vendita (ossia assicurando l'identità botanica, la provenienza delle piante); il rispetto del tempo balsamico (e dunque della data della raccolta delle erbe in modo da garantirne le caratteristiche ottimali che ne giustificano l'impiego); la cura nella raccolta, conservazione ed etichettatura delle droghe; la loro genuinità — assicurata anche per le piante officinali di importazione — in relazione ai

residui di sostanze chimiche eventualmente impiegate nelle colture e comunque inquinanti. Al medesimo fine — di informazione e, altresì, di controllo da parte del pubblico — è tesa la norma che prevede sulle etichette delle confezioni delle piante la indicazione delle attività biologiche essenziali notoriamente riconosciute, espresse secondo una terminologia elaborata e proposta dalla Commissione tecnica consultiva prevista dalla legge.

A coloro che ne fanno richiesta, l'erborista, in virtù della sua accresciuta e più elevata formazione professionale e delle sue competenze ed esperienze, può altresì fornire miscele estemporanee dei prodotti ammessi alla utilizzazione e alla vendita nelle erboristerie per gli usi previsti dalla legge.

Agli erboristi non sono invece consentite la miscelazione e la vendita delle piante e dei prodotti erboristici preconfezionati per qualsiasi finalità terapeutica. Essi non possono utilizzare e vendere gli erborati in forza dei loro principi attivi e delle loro proprietà terapeutiche.

Gli erboristi sono dunque operatori che intervengono in un settore di « confine » delicato, che richiede una piena consapevolezza della propria funzione e responsabilità.

La tabella negativa A, la tabella positiva B e la tabella C, che il Ministero della sanità approverà entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge e che abbiamo definito nella presente proposta in via provvisoria, contribuiranno a facilitare l'opera degli operatori erboristici e a garantire i consumatori, in primo luogo sotto il profilo sanitario. La disputa, che continua tuttora, sul carattere e sul merito di tali tabelle, ricollega immediatamente ad alcuni quesiti essenziali riguardanti il ruolo e i compiti attuali dell'erboristeria, dei quali si è già parlato. Sicuramente tutte o quasi tutte le piante incluse nella tabella B sono potenzialmente suscettibili anche d'impiego terapeutico (così come di impiego terapeutico sono suscettibili diversi prodotti utilizzati nella liquoreria, nella cosmetica, in profumeria,

nell'alimentazione, eccetera), ma ciò non significa affatto che debbano essere necessariamente usate solo a tale, fine. L'esperienza, comunque, dimostra che usi diversi, anche benefici e salutari, di prodotti erboristici, che non presentano oltre misura un determinato potere tossico ed altri rischi, sono possibili ed avvengono quotidianamente e liberamente: ed è, ci pare, quanto la proposta di legge tende ad assicurare e disciplinare.

Questa, coerente con le proprie finalità, rivolge una particolare attenzione anche agli importanti punti concernenti l'incentivazione, tramite le regioni, della coltivazione e della ricerca scientifica sulle piante officinali. L'incremento della produzione dovrà rispondere anche ad esigenze di ordine economico e sociale; mentre lo sviluppo della ricerca, sia pubblica sia privata, potrà contribuire ad elevare il livello dell'erboristeria e a ridurre o contenere l'uso dei farmaci di sintesi chimica.

Come abbiamo già avuto occasione di osservare, una serie di problemi connessi all'impiego delle piante officinali per uso erboristico presenta implicazioni di ordine igienico e sanitario. Di essi non potrà fare a meno di occuparsi il Servizio sanitario nazionale — e, particolarmente, le unità sanitarie locali — secondo lo spirito della riforma sanitaria.

L'erboristeria è una realtà che fa parte degli usi e della cultura del nostro e di molti altri popoli, e come tale va seguita, regolata e controllata.

La proposta di legge tende a rispondere a queste e ad altre esigenze.

Sostanzialmente essa prevede:

- 1) il netto superamento delle attuali norme legislative e regolamentari di settore, ormai inadeguate e insufficienti;
- 2) la collocazione delle nuove proposte nell'ambito dello spirito e delle finalità della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di riforma sanitaria;
- 3) la regolamentazione organica della materia sotto i vari profili: da quello igienico e sanitario a quelli relativi ai requisiti e alle caratteristiche dei prodotti erbo-

ristici, alla promozione della produzione, della ricerca e dell'impiego diretto e indiretto delle piante officinali e dei loro derivati, anche nel campo farmaceutico;

4) l'elevazione della formazione professionale e la qualificazione della figura dell'erborista, quali condizioni per elevare altresì il livello e la funzione dell'erboristeria.

La proposta di legge in esame è composta da otto capi e da quarantuno articoli.

Il capo I (articoli 1-4) definisce le disposizioni generali. In tale capo come in altri successivi, abbiamo adoperato la accezione di « piante officinali per uso erboristico ». Con essa si intendono le piante e i prodotti utilizzabili e vendibili in erboristeria. La proposta di legge, pur riguardando prevalentemente quelle medicamentose, si riferisce anche, in una certa misura, a piante con altra destinazione.

L'articolo 1 definisce le finalità della legge.

L'articolo 2 sancisce i limiti entro i quali deve esercitarsi l'attività di erboristeria, stabilendo che essa non può in alcun modo riguardare la utilizzazione e la vendita di prodotti a scopo terapeutico.

L'articolo 3 riguarda la fase di preliminare preparazione e trasformazione delle piante officinali a cui corrisponde l'opera del fitotrasformatore.

L'articolo 4 indica le preparazioni erboristiche utilizzabili e vendibili al pubblico in erboristeria in base alla tabella B (positiva) e all'allegato C e l'area di quelle (tabella A, negativa) di cui sono assolutamente vietati la tenuta, l'uso e la vendita nei negozi erboristici. L'allegato C, che ci è sembrato opportuno e necessario per dettagliare i prodotti, per uso erboristico e non, vendibili in erboristeria, è motivato anche dalla attuale eterogeneità del contenuto delle autorizzazioni amministrative rilasciate alle erboristerie e ha l'intento di omogeneizzare ed unificare tali autorizzazioni, per evitare quindi contraddizioni e disuguaglianze, a miglior servizio per il consumatore.

Il capo II (articoli 5-9) riguarda la qualità, la disciplina del confezionamento e la etichettatura dei prodotti erboristici, al fine di garantire una migliore tutela dei consumatori. Gli articoli corrispondenti rinviano in particolar modo alla legge 30 aprile 1962, n. 283, e al relativo regolamento sull'igiene degli alimenti e delle bevande, anche per quanto concerne la qualità, la genuinità e la scadenza di utilizzazione dei prodotti, nonché al decreto del Presidente della Repubblica 18 maggio 1982, n. 322, relativo alla etichettatura dei prodotti alimentari.

In particolare, l'articolo 8 stabilisce, tra l'altro, che sulle confezioni della pianta ad uso erboristico siano segnalate le attribuzioni regolarmente autorizzate in merito alle sue proprietà naturali, nonché gli avvertimenti relativi alle modalità del suo impiego.

L'articolo 9 dispone la costituzione e la composizione di una commissione tecnica con funzioni consultive nella intera materia oggetto della legge.

Il capo III (articoli 10-14) definisce le condizioni (autorizzazioni, requisiti, eccetera) richieste per il commercio, la produzione e la trasformazione delle piante officinali.

In particolare, l'articolo 12 fa obbligo di possedere una specifica autorizzazione per la coltivazione di quelle (venefiche) elencate nella tabella A e sancisce la libertà nella coltivazione delle piante di cui alla tabella B; mentre gli articoli 13 e 14 indicano i vincoli ai quali devono sottostare i coltivatori delle piante della predetta tabella A e la possibilità di revoca o di sospensione dell'autorizzazione alla loro coltivazione in caso di accertate irregolarità.

Il capo IV (articoli 15-21) tratta della formazione e dei profili delle figure professionali operanti nel settore erboristico. Le norme relative modificano, rispetto a quelle vigenti, i requisiti per l'accesso, la organizzazione, la struttura, i criteri per la definizione delle materie e dei programmi d'insegnamento e la durata dei corsi per conseguire i titoli di erborista (assicurandone una più adeguata forma-

zione professionale) e di fitotrasformatore (figura da tempo esistente, cui la proposta di legge vuole dare riconoscimento formale, definendone anche le competenze). Il capo IV tratta altresì dell'esercizio delle attività consentite dal diploma di erborista e dal titolo di fitotrasformatore, prevedendo, tra quelle consentite all'erborista, anche la possibile miscelazione estemporanea di piante officinali e la fornitura ai clienti di informazioni e consigli pratici sull'uso dei prodotti in vendita.

Il capo V (articoli 22-25) prevede e disciplina la incentivazione della coltivazione e della produzione delle piante officinali e della ricerca sulle stesse, la educazione sanitaria e la difesa del patrimonio naturale.

In esso sono previste norme relative alla salvaguardia della flora spontanea e all'incremento della produzione di piante officinali, assegnando alle regioni le relative funzioni di attuazione. Le regioni e le province autonome possono altresì sviluppare la ricerca, anche al fine del miglioramento delle predette piante a scopo erboristico e farmaceutico e della riduzione del ricorso ai farmaci di sintesi chimica, garantendo al riguardo una corretta informazione sull'utilizzazione dei prodotti erboristici e sulla sua distinzione dalla terapia farmacologica.

A tal proposito l'articolo 23 detta le norme per la incentivazione, la programmazione e il finanziamento della ricerca sulle piante officinali, per la realizzazione degli scopi suddetti.

I capi VI, VII e VIII (articoli 26-41) riguardano: le sanzioni penali e amministrative da prevedere per l'inosservanza delle disposizioni contemplate dalla legge; le norme transitorie e le disposizioni finali, comprese quelle del finanziamento delle spese previste; l'abrogazione della legge 6 gennaio 1931, n. 99, e delle altre norme e disposizioni in contrasto con la legge proposta.

Il Servizio sanitario nazionale, e in primo luogo le unità sanitarie locali, sono sensibilizzati e responsabilizzati nella legge in compiti di vigilanza igienica e sanitaria e in compiti di informazione e di educazione dei giovani e dei cittadini relativamente all'uso dei prodotti erboristici e alla protezione e sviluppo del patrimonio naturale vegetale quale risorsa biologica utilizzabile anche per la cura e la salute dell'uomo.

In coerenza con ciò, nella scuola e nella società si dovrà promuovere — così come indica anche l'articolo 25 — una corretta educazione naturalistica volta a realizzare una valida appropriazione da parte del cittadino di una cultura ecologica e sanitaria di base.

PROPOSTA DI LEGGE

—

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. I.

1. La presente legge disciplina la commercializzazione delle piante officinali per uso erboristico, la formazione professionale e l'ordinamento degli operatori del settore erboristico e detta norme per garantire la sicurezza, la genuinità e la buona qualità dei prodotti usati in erboristeria.

2. La presente legge disciplina altresì: la coltivazione, la raccolta, la preparazione e la conservazione delle piante officinali e loro parti per uso erboristico; la promozione della educazione sanitaria dei cittadini in materia di piante officinali, della ricerca scientifica sulle piante e dell'impiego diretto e indiretto di vegetali e loro derivati in erboristica e in farmacologia.

ART. 2.

1. Per piante e droghe per uso erboristico, si intendono le piante e le loro parti d'uso comprese nella tabella *B* allegata alla presente legge; per preparazioni erboristiche si intendono i derivati e le preparazioni previsti dalla tabella *C* allegata alla presente legge, ottenuti da piante e droghe per uso erboristico.

2. Per uso erboristico si intende l'utilizzazione delle piante e droghe di cui al comma 1, in grado di manifestare, anche a fini preventivi, effetti benefici e salutari favorendo fisiologicamente le funzioni dell'organismo.

3. I prodotti di cui ai commi 1 e 2 sono utilizzabili e vendibili in erboristeria, purché non si configurino come specialità medicinali.

4. Restano disciplinati dalle vigenti norme le piante e droghe incluse nella tabella *B* allegata alla presente legge, e relativi derivati e preparazioni, destinati ad uso diverso da quello erboristico e largamente acquisiti nell'uso comune, nell'alimentazione, nella correzione organolettica dei cibi, nei settori produttivi.

ART. 3.

1. L'attività di preparazione e trasformazione preliminare delle piante per uso erboristico consiste nei trattamenti idonei a predisporre le piante o loro parti alla elaborazione erboristica, alla lavorazione industriale e alla conservazione.

2. L'attività di elaborazione consiste nelle trasformazioni idonee ad ottenere i prodotti indicati nella tabella *C* allegata alla presente legge.

ART. 4.

1. Le piante officinali, loro parti e derivati, il cui impiego è riservato agli stabilimenti chimici, farmaceutici o chimico-farmaceutici, alle officine farmaceutiche, ai laboratori artigiani per la trasformazione preliminare appositamente autorizzati a norma dell'articolo 12, ai laboratori di ricerca e alla vendita al pubblico nelle farmacie come sostanze medicinali sono elencati nella tabella *A* allegata alla presente legge.

2. Le piante officinali per uso erboristico di cui all'articolo 2 sono quelle incluse nell'elenco di cui alla tabella *B* allegata alla presente legge.

3. La tabella *C* allegata alla presente legge è equiparata e sostituisce, nella domanda e nell'autorizzazione amministrativa, la specificazione prevista per la tabella merceologica XIV di cui al decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato 4 agosto 1988, n. 375,

pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* n. 204 del 31 agosto 1988, ed è comprensiva dei prodotti per uso erboristico e non.

4. Il Ministro della sanità, sentiti l'Istituto superiore di sanità e la commissione di cui all'articolo 9, provvede ogni cinque anni con proprio decreto ad aggiornare le tabelle A, B e C allegate alla presente legge, sulla base dei risultati della ricerca e della sperimentazione nazionale ed estera.

CAPO II

QUALITÀ, CONSERVAZIONE, ETICHETTATURA DEI PRODOTTI ERBORISTICI

ART. 5.

1. La vigilanza igienico-sanitaria sulle piante, sulle droghe e sui prodotti disciplinati dalla presente legge all'atto dell'importazione dall'estero compete al Ministero della sanità.

2. La vigilanza igienico-sanitaria sugli esercizi di vendita all'ingrosso e al minuto delle piante, delle droghe e dei prodotti di cui alla presente legge spetta ai comuni che la esercitano mediante le unità sanitarie locali, a norma dell'articolo 13 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

3. Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente nei confronti di prodotti la cui vendita ed impiego risultino pericolosi per la salute pubblica.

ART. 6.

1. I prodotti preconfezionati venduti in erboristeria, ancorché non destinati ad essere ingeriti, devono corrispondere, anche per quanto concerne la qualità, la genuinità, le modalità di conservazione ed esposizione al pubblico, alle disposizioni e ai

requisiti previsti dalla legge 30 aprile 1962, n. 283, e successive modificazioni, dai regolamenti in materia di sostanze alimentari e di bevande, dai decreti ministeriali emanati in attuazione delle predette disposizioni legislative, in quanto applicabili, nonché per la parte concernente l'etichettatura, dal decreto del Presidente della Repubblica 18 maggio 1982, n. 322.

ART. 7.

1. Le piante disciplinate dalla presente legge e le loro parti devono essere vendute da produttori, importatori e grossisti in contenitori recanti in etichetta le seguenti indicazioni:

a) nome comune e nome botanico della pianta secondo la denominazione botanica internazionale, seguito dalla indicazione della parte di pianta impiegata;

b) natura della pianta (spontanea o coltivata);

c) luogo di origine;

d) data della raccolta effettuata dal raccoglitore;

e) metodo di preparazione (essiccamento, stabilizzazione, o altri), trattamento eventuale con agenti conservanti, prodotti disinfestanti;

f) data di confezionamento;

g) modalità di conservazione;

h) data fino alla quale il prodotto è in grado di conservare le sue proprietà specifiche in adeguate condizioni di conservazione (periodo di validità di impiego).

2. In caso di impossibilità di indicare o di documentare la natura della pianta, il luogo di origine, la data di raccolta, l'etichetta dovrà recare, in corrispondenza di tali voci, a seconda dei casi, la specificazione: « dato non conosciuto » o « dato non documentato ».

3. Il prodotto sfuso venduto in erboristeria deve recare in etichetta almeno gli elementi previsti dalla lettere *a)*, *g)*, *h)* del comma 1.

4. La disposizione del comma 3 si applica anche al prodotto sfuso venduto in farmacia non su presentazione di ricetta medica.

5. I contenitori devono corrispondere ai requisiti previsti dalla legge 30 aprile 1962, n. 283, come modificata dalla legge 26 febbraio 1963, n. 441, e successive modificazioni, nonché dai relativi decreti di attuazione.

ART. 8.

1. Le confezioni delle piante singole o miscelate per uso erboristico devono recare, oltre a quelle previste dall'articolo 7, le indicazioni terminologiche regolarmente riconosciute in relazione alle proprietà naturali del prodotto, nonché le indicazioni e gli avvertimenti sulle modalità di utilizzazione.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alla camomilla, alla quale si applica la disciplina prevista dalla legge 30 ottobre 1940, n. 1724.

3. Le piante, loro parti, derivati e preparazioni per uso erboristico, di cui sia scaduta la validità, non possono essere vendute al pubblico, come prodotto erboristico.

4. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità, e previo parere della commissione prevista dall'articolo 9, è definita la terminologia relativa alle proprietà possedute naturalmente dalle piante usate in erboristeria.

ART. 9.

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della agricoltura e delle foreste, dell'industria, del commercio e dell'artigianato e

della pubblica istruzione, sentito il Consiglio sanitario nazionale, con proprio decreto, costituisce una commissione per l'erboristeria e le piante officinali avente funzioni di consulenza tecnica, nella materia di cui alla presente legge, in particolare per:

a) la definizione e revisione delle tabelle A, B e C;

b) la definizione della terminologia da usare nell'elencazione delle proprietà o aggettivazioni delle piante di cui alla tabella B;

c) la definizione delle scadenze di utilizzazione delle piante di cui alla tabella B;

d) la codificazione della nomenclatura botanica da utilizzare mediante la pubblicazione di un tabulato erboristico, con corrispondenze botaniche e linguistiche;

e) la determinazione delle materie d'insegnamento obbligatorio per i corsi da frequentare per il conseguimento dell'attestato di qualifica di fitotrasformatore e del diploma di erborista.

2. La commissione, che è presieduta dal direttore dell'Istituto superiore di sanità e di cui è segretario un funzionario del medesimo Istituto, è composta dai seguenti membri di nomina diretta del Ministro della sanità: un funzionario del Ministero della sanità; un funzionario del Ministero dell'agricoltura e delle foreste; un funzionario di un servizio multizonale di prevenzione delle unità sanitarie locali, che sia in possesso del diploma di erborista e dell'aggiornamento *post lauream* in piante officinali; un clinico medico scelto e nominato tra una terna di professori ordinari proposta dal Consiglio sanitario nazionale; un clinico medico scelto e nominato tra una terna di professori ordinari proposta dal Consiglio universitario nazionale (CUN); un farmacognosta scelto e nominato tra una terna di professori ordinari proposta dalla Società italiana di farmacognosia; un fitochimico scelto e nominato fra una terna di professori ordinari proposta dalla Società italiana di fitochimica; un botanico farmaceutico scelto e nominato fra una terna di profes-

sori ordinari proposta dalla Società botanica italiana (gruppo di lavoro piante officinali); un erborista diplomato titolare o collaboratore di un esercizio commerciale di erboristeria al dettaglio con almeno dieci anni di attività professionale; un fitotrasformatore abilitato, titolare o collaboratore di una impresa artigiana di trasformazione preliminare di piante officinali con almeno cinque anni di attività professionale; tre esperti su designazione delle regioni.

3. Fanno inoltre parte della commissione quali membri aggiunti di nomina indiretta su designazione delle associazioni professionali: un medico specializzato in fitoterapia designato dal Consiglio sanitario nazionale; un farmacista designato dalla Unione tecnica italiana farmacisti (UTIFAR); un dirigente tecnico esperto nel condizionamento delle piante officinali designato dalle associazioni dei produttori; un dirigente tecnico esperto nella conservazione delle piante officinali designato dalle associazioni dei commercianti all'ingrosso di piante officinali; un dirigente tecnico esperto nella manipolazione e conservazione dei derivati delle piante officinali designato dalle associazioni industriali; due esperti designati dalle associazioni professionali dei fitotrasformatori; due esperti designati dalle associazioni professionali degli erboristi; due esperti designati dalle associazioni più rappresentative dei consumatori.

4. La commissione è rinnovata ogni cinque anni e deve essere convocata almeno due volte l'anno.

CAPO III

AUTORIZZAZIONI E REQUISITI NECESSARI PER IL COMMERCIO, LA PRODUZIONE, LA PREPARAZIONE E LA TRASFORMAZIONE DELLE PIANTE OFFICINALI PER USO ERBORISTICO

ART. 10.

1. Per svolgere l'attività di preparazione e trasformazione preliminare delle

piante officinali utilizzabili in erboristeria è necessario il possesso degli attestati di qualifica di cui all'articolo 17.

2. Per svolgere l'attività di commercio all'ingrosso e al dettaglio delle piante officinali per uso erboristico è necessario il possesso del diploma di cui all'articolo 18.

ART. 11.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle loro competenze previste dalla legge 11 giugno 1971, n. 426, e dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, in materia di commercio, dettano i criteri ai quali i comuni devono attenersi per il rilascio dell'autorizzazione amministrativa per l'esercizio del commercio all'ingrosso delle piante officinali e per la vendita al dettaglio dei prodotti erboristici. L'autorizzazione per l'esercizio dell'attività di preparazione e di trasformazione preliminare di dette piante è rilasciata dalle commissioni provinciali per l'artigianato in base alla legge 25 luglio 1956, n. 860, concernente le norme per la disciplina giuridica delle imprese artigiane.

ART. 12.

1. La coltivazione delle piante comprese nella tabella A è consentita dietro autorizzazione delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, all'uopo delegate, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'agricoltura e delle foreste, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano le condizioni e le garanzie alle quali è subordinata l'autorizzazione di cui al comma 1 e le modalità per garantire i necessari controlli.

3. L'autorizzazione conferisce la facoltà di coltivazione di cui al comma 1 alla persona fisica o giuridica a cui l'autorizzazione stessa è intestata; essa non può es-

sere ceduta, né utilizzata da altre persone a qualsiasi titolo e in qualsiasi forma.

4. L'autorizzazione ha durata quinquennale.

5. Il provvedimento di autorizzazione di cui ai commi 1 e 2 è trasmesso dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano al sindaco e all'unità sanitaria locale territorialmente competenti.

6. La coltivazione delle piante officinali comprese nella tabella *B* è libera.

ART. 13.

1. In caso di accertate irregolarità durante il corso della coltivazione, della raccolta, della custodia e del commercio delle piante di cui alla tabella *A* allegata alla presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano procedono alla revoca o alla sospensione dell'autorizzazione alla coltivazione.

2. Il provvedimento di revoca o di sospensione deve essere motivato ed è comunicato al sindaco e all'unità sanitaria locale e, ove occorra, all'autorità di pubblica sicurezza competenti per territorio.

ART. 14.

1. I soggetti autorizzati alla coltivazione e alla raccolta delle piante comprese nella tabella *A* possono cedere i loro prodotti soltanto alle strutture e ai presidi di cui al comma 1 dell'articolo 4 e ai commercianti all'ingrosso od esportatori e possono esportare essi stessi i loro prodotti.

2. I soggetti di cui al comma 1 devono tenere appositi registri di carico e di scarico nei quali annotare, appena avvenuti, i movimenti delle partite di piante coltivate, conservate e vendute.

3. Ai soggetti di cui ai commi 1 e 2 è vietato trattenere per uso proprio, offrire, porre in vendita al dettaglio, distribuire o cedere a qualsiasi titolo, anche gratuito, a persone, strutture e presidi diversi da quelli indicati al comma 1, piante o loro parti di cui alla tabella *A*.

CAPO IV
FORMAZIONE E PROFILI
DELLE FIGURE PROFESSIONALI

ART. 15.

1. Sino alla riforma della scuola media superiore, le figure professionali previste nel settore erboristico sono le seguenti:

- a) fitotrasformatore;
- b) erborista.

2. È di competenza del fitotrasformatore la trasformazione preliminare per uso erboristico delle piante officinali e delle loro parti incluse nella tabella B. La trasformazione preliminare di piante officinali e loro parti di cui alla tabella A è consentita ai fitotrasformatori e gli erboristi in possesso di apposita autorizzazione rilasciata dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano.

ART. 16.

1. Sono di competenza dell'erborista la vendita all'ingrosso delle piante di cui alla tabella A e la vendita all'ingrosso e al dettaglio delle piante officinali, loro parti e derivati per uso erboristico inclusi nelle tabelle B e C.

2. All'erborista è consentita anche l'elaborazione erboristica nei limiti fissati al comma 2 dell'articolo 3.

3. L'erborista può altresì fornire al pubblico che ne faccia richiesta miscele estemporanee dei prodotti indicati nelle tabelle B e C per gli usi e nei limiti previsti dall'articolo 2.

4. L'erborista è tenuto a fornire ai clienti informazioni e consigli pratici sull'uso dei prodotti in vendita.

ART. 17.

1. L'attestato di qualifica di fitotrasformatore si consegue con il superamento di

un esame finale al termine di corsi organizzati e gestiti dalle regioni nell'ambito della legge sulla formazione professionale.

2. I corsi per conseguire l'attestato di qualifica di fitotrasformatore hanno la durata di un modulo stabilito dalla regione in conformità alla legge 21 dicembre 1978, n. 845, sulla formazione professionale.

3. Le materie di insegnamento obbligatorio per i corsi di cui ai commi 1 e 2 sono definite con decreto del Ministro della sanità sentita la commissione per l'erboristeria di cui all'articolo 9.

4. I programmi d'insegnamento dei corsi di cui ai commi 1 e 2 devono attenersi ai seguenti criteri:

a) conoscenza di base di botanica, chimica e biochimica attinenti alla professione di fitotrasformatore;

b) tecniche di estrazione, essiccazione, trasformazione, immagazzinamento, conservazione delle piante officinali, loro parti e derivati;

c) conoscenza della legislazione sulla lavorazione e conservazione delle piante officinali, loro parti e derivati.

5. I corsi devono avere carattere teorico e pratico. Ai suddetti corsi possono iscriversi tutti coloro che sono stati prosciolti dall'obbligo scolastico.

ART. 18.

1. Il diploma di erborista è rilasciato dalle scuole di erboristeria istituite presso le facoltà di farmacia delle università con il concorso delle facoltà di agraria, scienze biologiche e medicina a chi, avendo frequentato un corso triennale, le cui materie obbligatorie di insegnamento e di esame sono definite con decreto del Ministro della sanità sentita la commissione per l'erboristeria di cui all'articolo 9, ne abbia superato gli esami finali.

2. Al corso di cui al comma 1 si accede con il diploma di scuola secondaria superiore.

3. I programmi d'insegnamento del corso di cui al comma 1 devono attenersi ai seguenti criteri:

a) curare la conoscenza delle discipline botaniche, biologiche, farmacognostiche, fitogeografiche e etnologiche attinenti alla professione di erborista;

b) fornire conoscenze legislative sull'uso delle piante officinali, loro parti e derivati di impiego erboristico;

c) fondare le conoscenze teoriche in esercitazioni pratiche e di laboratorio;

d) fornire tecniche di controllo della qualità delle droghe vegetali;

e) fornire conoscenze relative alla coltivazione, al commercio e all'industria erboristica.

4. Coloro che hanno conseguito il diploma di erborista possono esercitare anche la professione di fitotrasformatore.

ART. 19.

1. Per i laureati in biologia, chimica e tecnologie farmaceutiche, farmacia, medicina, scienze naturali, scienze agrarie, scienze forestali, o frequentanti corsi universitari per il conseguimento delle lauree predette, che intendano conseguire l'attestato di qualifica di fitotrasformatore, le regioni programmeranno i corsi secondo quanto previsto dall'articolo 7, comma quarto, della legge 21 dicembre 1978, n. 845.

2. I laureati e gli studenti universitari di cui al comma 1 che intendono conseguire il diploma di erborista hanno diritto ad una abbreviazione del corso di cui all'articolo 18 in relazione alla congruità degli esami sostenuti con il programma del medesimo corso sulla base di una tabella definita dal Ministro della sanità, sentita la commissione per l'erboristeria di cui al comma 9.

ART. 20.

1. I corsi per fitotrasformatori si tengono a intervalli e secondo calendari decisi dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano previo parere delle associazioni di categoria.

ART. 21.

1. Gli attestati di qualifica di cui all'articolo 17 e i diplomi di cui all'articolo 18 abilitano all'iscrizione alle professioni artigiane secondo le modalità previste dalla legge 25 luglio 1956, n. 860, concernente norme per la disciplina giuridica delle imprese artigiane.

CAPO V

INCENTIVAZIONE
DELLA COLTIVAZIONE E DELLA
RICERCA ED EDUCAZIONE SANITARIA

ART. 22.

1. Al fine di favorire lo sviluppo e la qualificazione della produzione nazionale di piante officinali, spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano:

a) promuovere la costituzione, anche nell'ambito o con la partecipazione di istituti universitari e di ricerca pubblici, di centri di assistenza e di documentazione sulla coltivazione, anche mediante metodi basati su tecniche di coltivazione con esclusione di composti tossici e di sintesi, e sulla lavorazione delle piante officinali in grado di fornire prestazioni e notizie relative all'acclimatamento, alla produzione di semi e altro materiale riproduttivo, alla sperimentazione agrotecnica, alla analisi e ai controlli sulle piante officinali;

b) promuovere la coltivazione delle piante officinali, in particolare con il recupero di terre incolte, mediante contributi di investimento e di esercizio a cooperative, consorzi o privati che presentino piani di riconversione colturale o che dimostrino di praticare metodi basati su tecniche di coltivazione con esclusione di composti tossici e di sintesi;

c) promuovere la creazione di centri cooperativi e consortili per la trasformazione preliminare e per la conservazione delle piante officinali, loro parti e derivati;

d) promuovere corsi di formazione e aggiornamento professionale per i coltivatori e i raccoglitori di piante officinali, comprendenti anche l'insegnamento delle tecniche di coltivazione che escludano i composti tossici e di sintesi.

ART. 23.

1. Nell'ambito dei programmi di ricerca finalizzata del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR) e dell'Istituto superiore di sanità, delle università e del Ministero dell'agricoltura e delle foreste sono previsti e finanziati specifici programmi di ricerca sulle piante officinali finalizzati al miglioramento delle loro proprietà erboristiche e farmacologiche e delle relative tecniche di produzione, essiccamento e conservazione.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, qualora finanzino programmi di ricerca con gli obiettivi di cui al comma 1, ne informano il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

ART. 24.

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad integrare le loro

leggi di protezione della flora con l'approvazione di norme che fissino:

a) il limite entro il quale è consentita la libera raccolta dei prodotti della flora spontanea sia a scopi erboristici commerciali sia a scopo personale e familiare;

b) l'elenco delle specie officinali da proteggere e di cui regolamentare la raccolta.

ART. 25.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito dei loro programmi di attività in materia di educazione sanitaria, promuovono attraverso i comuni, le unità sanitarie locali e la scuola, la conoscenza delle piante officinali utilizzabili in erboristeria, la corretta informazione ed educazione sanitaria sul loro impiego, anche con riferimento alle relative tradizioni popolari sulla protezione e lo sviluppo del patrimonio vegetale naturale quale risorsa biologica utile per la salute dell'uomo.

CAPO VI

SANZIONI PENALI E AMMINISTRATIVE

ART. 26.

1. Chiunque, senza l'autorizzazione di cui al comma 1 dell'articolo 12, coltiva piante comprese nella tabella A, è punito con l'arresto da sei mesi a due anni e con l'ammenda da lire 500.000 a lire 3.000.000.

2. Chiunque, munito dell'autorizzazione di cui al comma 1 dell'articolo 12, coltiva piante comprese nella tabella A, senza osservare le condizioni e le garanzie alle quali è subordinata l'autorizzazione stessa a norma del comma 2 dell'articolo 12, è punito con l'arresto da un mese ad un anno e con l'ammenda da lire 200.000 a lire 1.500.000.

3. La condanna importa l'interdizione dalla facoltà di coltivare le piante di cui alla tabella A, nonché dall'esercizio della professione di fitotrasformatore per la durata di due anni.

ART. 27.

1. Chiunque, munito dell'autorizzazione di cui al comma 1 dell'articolo 12, detiene per uso proprio, ovvero cede a qualsiasi titolo o mette in commercio o procura che altri metta in commercio piante comprese nella tabella A, in violazione di quanto disposto dai commi 1 e 3 dell'articolo 14, è punito con l'arresto da un mese a due anni e con l'ammenda da lire 300.000 a lire 3.000.000.

2. Chiunque, munito dell'autorizzazione di cui al comma 1 dell'articolo 12, non tiene regolarmente i registri di carico e di scarico prescritti dal comma 2 dell'articolo 14, è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma di denaro da lire 100.000 a lire 3.000.000.

3. La condanna per la contravvenzione di cui al comma 1 importa l'interdizione dalla facoltà di coltivare le piante di cui alla tabella A e dall'esercizio della professione di fitotrasformatore per la durata di un anno.

ART. 28.

1. Chiunque, senza essere in possesso della qualifica di fitotrasformatore o del diploma di erborista, procede alla trasformazione preliminare di piante officinali o di loro parti d'impiego erboristico inclusi nella tabella B, è punito con l'arresto sino a sei mesi o con l'ammenda da lire 100.000 a lire 1.000.000.

2. La stessa pena di cui al comma 1 si applica agli erboristi e ai fitotrasformatori che, senza essere in possesso dell'apposita autorizzazione prescritta dall'articolo 15, procedono alla trasformazione preliminare di piante officinali o di loro parti incluse nella tabella A.

ART. 29.

1. Chiunque, senza essere in possesso del diploma di erborista, vende all'ingrosso piante di cui alla tabella *A* ovvero vende all'ingrosso o al dettaglio piante officinali, loro parti o derivati per uso erboristico inclusi nelle tabelle *B* e *C*, è punito con l'arresto da uno a sei mesi e con l'ammenda da lire 200.000 a lire 2.000.000.

2. La condanna importa l'interdizione dall'esercizio della professione di erborista per la durata di due anni.

ART. 30.

1. L'erborista che vende al dettaglio piante incluse nella tabella *A* è punito con l'arresto da tre mesi a un anno e con l'ammenda da lire 500.000 a lire 2.000.000.

2. L'erborista che, nell'esercizio della sua attività, fa uso di prodotti diversi da quelli compresi nelle tabelle *B* e *C* è punito con l'arresto sino a sei mesi o con l'ammenda da lire 200.000 a lire 1.000.000.

3. La condanna per la contravvenzione di cui al comma 1 importa l'interdizione dall'esercizio della professione di erborista per la durata di due anni.

ART. 31.

1. Chiunque mette in commercio o detiene per la vendita prodotti erboristici in violazione delle norme di cui agli articoli 6, 7 e 8 della presente legge, è punito con l'arresto sino a tre mesi o con l'ammenda da lire 50.000 a lire 2.000.000.

ART. 32.

1. La detenzione per uso personale o familiare di piante di uso erboristico, o parti di esse, di cui alle tabelle *B* e

C, in quantità non superiore alla misura stabilita dalle norme regionali in materia di protezione della flora, è esente dalle sanzioni stabilite nel presente capo.

ART. 33.

1. Le sanzioni amministrative previste nel presente capo sono di competenza del comune. Esse sono disposte dal sindaco quale autorità sanitaria locale.

CAPO VII

NORME TRANSITORIE

ART. 34.

1. Coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, esercitano il commercio all'ingrosso o al dettaglio di piante officinali, loro parti e derivati per uso erboristico, come titolari o collaboratori in forza del diploma di erborista conseguito ai sensi della legge 6 gennaio 1931, n. 99, o in forza della laurea in farmacia, sono abilitati ad esercitare tale attività a condizione che, entro due anni, partecipino agli appositi corsi di aggiornamento e riqualificazione organizzati e gestiti dalle scuole di erboristeria di cui all'articolo 18 conseguendo al termine della frequenza un attestato di idoneità.

ART. 35.

1. Coloro che, alla data di entrata in vigore della presente legge, pur non possedendo il diploma di erborista possiedono una autorizzazione amministrativa per il commercio di piante officinali, loro parti o derivati per uso erboristico, sono autorizzati a continuare la propria attività a condizione che conseguano il diploma di erborista entro quattro anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Le scuole di erboristeria devono organizzare per i soggetti di cui al comma 1 corsi appositi tenendo conto dei livelli scolastici di partenza e dell'esperienza professionale acquisita.

ART. 36.

1. È consentita la continuazione dell'attività di fitotrasformatore a coloro che la esercitano pur non possedendone il titolo a condizione che conseguano l'attestato di cui all'articolo 17 entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 37.

1. Le tabelle A, B e C allegate alla presente legge hanno carattere provvisorio. Dette tabelle sono sostituite da quelle definitive che il Ministro della sanità, sentito l'Istituto superiore di sanità e previo parere della commissione consultiva di cui all'articolo 9, emana con proprio decreto entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

CAPO VIII

DISPOSIZIONI FINALI

ART. 38.

1. Per l'anno 1992 è stanziata la somma di lire 5.000 milioni ad incremento del fondo comune regionale di cui al capitolo 5926 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1992, nonché la somma di lire 500 milioni per le attività di competenza del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di cui all'articolo 23.

2. Al relativo onere si provvede mediante riduzione per 5.500 milioni del capitolo 4521 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1992.

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

4. Per i successivi esercizi l'onere è determinato con la legge di bilancio. Lo stanziamento viene ripartito fra le regioni e con deliberazioni del CIPE, sentita la Commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281.

5. Gli stanziamenti devono essere impiegati per almeno il 35 per cento nell'organizzazione dei corsi di formazione professionale per erboristi e fitotrasformatori, per non meno del 10 per cento in programmi di ricerca regionali e per almeno il 10 per cento per la educazione sanitaria.

ART. 39.

1. In parziale deroga a quanto disposto dall'articolo 6, comma primo, della legge 30 ottobre 1940, n. 1724, è consentita l'utilizzazione di camomilla sfusa del tipo corrente unicamente per la preparazione estemporanea di miscele per uso erboristico.

ART. 40.

1. La legge 6 gennaio 1931, n. 99, il regio decreto 19 novembre 1931, n. 1793, il regio decreto 30 marzo 1933, n. 675, e il regio decreto 26 maggio 1932, n. 772, sono abrogati.

ART. 41.

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

TABELLA A.
(articolo 4)ELENCO PROVVISORIO DI PIANTE OFFICINALI
NON VENDIBILI IN ERBORISTERIA E VENDIBILI SOLTANTO IN FARMACIA

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Aconitum</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Actaea spicata</i> L.	(actea)	frutti
<i>Adonis</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Aethusa cynapium</i> L.	(cicuta)	parti aeree
<i>Anacyclus Pyretrum</i> D.C.	(pilatro)	radice
<i>Anagallis arvensis</i> L.	(anagallide)	parti aeree
<i>Anamirta cocculus</i> L.	(coccole lev.)	frutti
<i>Anemone nemorosa</i> L.	(anemone)	frutti, foglie
<i>Aristolochia</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Arum</i> sp.	(xxx)	bacche rosse
<i>Asarum europaeum</i> L.	(asaro)	pianta intera
<i>Aspidosperma quebracho</i> Schlecht . . .	(quebracho)	corteccia
<i>Atropa belladonna</i> L.	(belladonna)	pianta intera
<i>Banksia abyssinica</i> Bruce	(Kuosso-cusso)	fiori fem.
<i>Bryonia cretica</i> L.	(brionia)	frutti, radici
<i>Caltha palustris</i> L.	(calta)	pianta intera
<i>Claviceps purpurea</i> Tulasne	(segale cornuta)	sclerozi
<i>Clematis vitalba</i> L.	(vitalba)	foglie
<i>Colchicum autumnale</i> L.	(colchico)	bulbi, semi
<i>Colutea arborescens</i> L.	(colutea)	foglie, semi

Segue: TABELLA A.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Conium maculatum</i> L.	(cicuta mag.)	pianta intera
<i>Consolida regalis</i> Cam.	(speronella)	pianta intera
<i>Convallaria majalis</i> L.	(convallaria)	pianta intera
<i>Corydalis</i> sp.	(xxx)	tuberi
<i>Coumarouma odorata</i> Willd.	(fava tonka)	semi
<i>Coumarouma oppositifolia</i> Aubl.	(fava tonka)	semi
<i>Cucumis colocynthis</i> L.	(coloquintide)	pianta intera
<i>Datura</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Daphne</i> sp.	(xxx)	corteccia, frutti
<i>Dieffenbachia picta</i> Schott.	(diffenbachia)	pianta intera
<i>Digitalis</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Ecballium elantherium</i> A. Rich.	(cocomero as.)	pianta intera
<i>Ephedra distachya</i> L.	(efedra)	rametti
<i>Evonymus europaeus</i> L.	(evonimo)	pianta intera
<i>Eupatorium rugosum</i> L.	(eupatorio)	pianta intera
<i>Euphorbia</i> sp.	(xxx)	pianta intera, lattice, parti aeree
<i>Exogonium purga</i> Benth.	(gialappa)	radice
<i>Gratiola officinalis</i> L.	(graziola)	pianta fresca
<i>Helleborus</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Hyoscyamus</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Juniperus sabina</i> L.	(sabina)	parti aeree
<i>Laburnum anagyroides</i> Med.	(maggiociondolo)	pianta intera
<i>Lobelia inflata</i> L.	(tabacco indiano)	sommità fiorite

Segue: TABELLA A.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Lonicera sp.</i>	(xxx)	frutti
<i>Lycium europaeum L.</i>	(spinacristi)	frutti
<i>Mandragora officinarum L.</i>	(mandragola)	radice
<i>Narcissus pseudo-narcissus L.</i>	(giunchiglia magg.)	bulbo
<i>Nerium oleander L.</i>	(olandro)	fiori, frutti
<i>Nicotiana tabacum L.</i>	(tabacco)	radici, pianta fresca
<i>Oenanthe crocata L.</i>	(enante)	pianta intera
<i>Paris quadrifogliata L.</i>	(uva di volpe)	frutti
<i>Periploca graeca L.</i>	(periploca)	rami
<i>Prunus laurocerasus L.</i>	(lauro ceraso)	foglie
<i>Ranunculus sp.</i>	(xxx)	pianta intera
<i>Rauwolfia serpentina Benth</i>	(rauwolfia)	radice
<i>Rhus cotinus L.</i>	(cotino)	parti aeree
<i>Sanguinaria canadensis L.</i>	(sanguinaria)	rizoma
<i>Scilla sp.</i>	(xxx)	bulbo
<i>Solanum nigrum L.</i>	(morella)	frutti
<i>Strofantus sp.</i>	(xxx)	pianta intera
<i>Strychnos sp.</i>	(xxx)	semi
<i>Tabernanthe iboga Baill</i>	(tabernante)	radici secondarie
<i>Taxus baccata L.</i>	(tasso)	cortecce, foglie, semi
<i>Uragoga sp.</i>	(xxx)	radice
<i>Veratrum sp.</i>	(xxx)	pianta intera
<i>Viburnum lantana L.</i>	(lantana)	frutti, foglie

TABELLA B.
(articolo 2)

ELENCO PROVVISORIO DI PIANTE OFFICINALI VENDIBILI IN ERBORISTERIA

Nome botanico della pianta —	Nome comune —	Parti usate —
<i>Achillea</i> sp.	(xxx)	pianta intera, sommità fiorita
<i>Acanthus mollis</i> L.	(acanto)	radice
<i>Acorus calamus</i> L.	(calamo aromatico)	rizoma
<i>Adiantum capillus-veneris</i> L.	(capelvenere)	pianta intera
<i>Aesculus hippocastanum</i> L.	(castagno d'Italia)	corteccia, semi
<i>Agrimonia eupatoria</i> L.	(agrimonia)	pianta intera
<i>Agropyrum repens</i> Beauv	(gramigna)	rizoma
<i>Ajuga</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Alchemilla vulgaris</i> L.	(alchemilla)	pianta intera
<i>Alliaria Petiolata</i> (Bieb) Cav. et Gr.	(alliaria)	pianta intera
<i>Allium</i> sp.	(xxx)	bulbo
<i>Alkanna Tinctoria</i> Tausch	(alcanna)	radice
<i>Aloe</i> sp.	(xxx)	succo condensato
<i>Althaea</i> sp.	(xxx)	foglie, fiori, radici
<i>Anchusa</i> sp.	(xxx)	radici, pianta intera
<i>Anethum graveolens</i> L.	(aneto)	pianta intera
<i>Angelica</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Antennaria dioica</i> (L.) Gaertn	(piede di gatto)	pianta intera
<i>Anthemis nobilis</i> L.	(camomilla romana)	fiori
<i>Anthemis tinctoria</i>	(camomilla dei tintori)	pianta intera

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Anthriscus cerefolium</i> (L.) Hoffm. . . .	(cerfoglio)	pianta intera
<i>Anthyllis vulneraria</i> L.	(vulneraria)	pianta intera
<i>Apium graveolens</i> L.	(sedano)	pianta intera
<i>Arbutus unedo</i>	(corbezzolo)	foglie, corteccia, frutti, semi
<i>Arctium lappa</i> L.	(bardana)	radice
<i>Arctostaphylos uva-ursi</i> (L.) Spreng . .	(uva ursina)	foglie
<i>Armoracia rusticana</i> Gaertn.	(cren)	radice
<i>Arnica montana</i> L.	(arnica)	pianta intera
<i>Artemisia</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Asparagus officinalis</i> L.	(asparago)	radice
<i>Asperula odorata</i> L.	(asperula)	pianta intera
<i>Astrantia major</i> L.	(astranzia)	pianta intera
<i>Avena sativa</i> L.	(avena)	semi
Agar Agar	(nome comm.)	estratti polisaccaridici, varie gigartinacee
<i>Betula alba</i> L.	(betulla)	foglie
<i>Berberis vulgaris</i> L.	(crespino)	frutti, radici, corteccia
<i>Borago officinalis</i> L.	(borragine)	pianta intera
<i>Boswellia carterii</i> Birdw	(incenso)	oleo gommo resina
<i>Brassica</i> sp.	(xxx)	foglie e semi
<i>Buxus sempervirens</i> L.	(bosso)	pianta intera
<i>Calamintha sylvatica</i> Bromf.	(nepetella)	sommità fiorita
<i>Calendula</i> sp.	(xxx)	pianta intera

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Calluna vulgaris</i> (L.) Hull.	(calluna)	pianta intera
<i>Capsella bursa-pastoris</i> Medic.	(borsa pastore)	pianta intera
<i>Capsicum</i> sp.	(xxx)	frutti
<i>Carthamus tinctorius</i> L.	(cartamo)	fiori
<i>Carum carvi</i> L.	(cumino dei prati)	semi
<i>Cassia</i> sp.	(xxx)	frutti, foglie
<i>Castanea sativa</i> Mill.	(castagno)	foglie
<i>Centaurea</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Centranthus ruber</i> D.C.	(valeriana rossa)	radice
<i>Ceratonia siliqua</i> L.	(carruba)	corteccia, foglie, frutti, semi
<i>Cetraria islandica</i> Ach.	(lichene islandico)	tallo
<i>Chelidonium majus</i> L.	(celidonia)	pianta intera
<i>Chondrus crispus</i> L.	(lichene marino)	tallo
<i>Crisanthemum cinerario folium vis.</i> . . .	(piretro)	fiori
<i>Cichorium intybus</i> L.	(cicoria)	pianta intera
<i>Cinchona</i> sp.	(xxx)	corteccia
<i>Cinnamomum</i> sp.	(xxx)	corteccia
<i>Citrus</i> sp.	(xxx)	fiori, foglie, corteccia, frutti,
<i>Cnicus benedictus</i> L.	(cardo benedetto)	pianta intera
<i>Coffea arabica</i> L.	(caffè)	semi
<i>Cola acuminata</i> Schott et Ende	(noci di cola)	semi
<i>Corallina officinalis</i> L.	(corallina)	tallo

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Coriandrum sativum</i> L.	(coriandolo)	frutti
<i>Corylus avellana</i> L.	(noccioło)	frutti
<i>Corynanthe yohimba</i> K. Schum.	(yoimbe)	corteccia
<i>Crataegus</i> sp.	(xxx)	sommità, frutti
<i>Crocus sativus</i> L.	(zafferano)	stigmi
<i>Cuminum cyminum</i> L.	(cumino)	semi
<i>Curcuma longa</i> L.	(curcuma)	rizoma
<i>Cuscuta</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Cynara, scolymus</i> L.	(carciofo)	foglie, rizoma
<i>Cynodon dactylon</i> (L.) Pers.	(gramigna nostrana)	rizoma
<i>Cynoglossum officinale</i> L.	(lingua di cane)	pianta intera
<i>Delphinium staphysagria</i> L.	(stafisagria)	pianta intera
<i>Dictamnus albus</i> L.	(dittamo)	radice
<i>Dryopteris filix-mas</i> (L.) Scott.	(felce maschio)	rizoma
<i>Echium vulgare</i> L.	(echio)	pianta intera
<i>Elaeagnus angustifolia</i> L.	(olivagno)	foglie
<i>Elettaria cardamomum white et Mat.</i>	(cardamomo)	frutti (coi semi)
<i>Eleuterococcus senticosus maxim.</i>	(eleuterococco)	radice
<i>Equisetum</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Eryngium</i> sp.	(xxx)	radici, foglie
<i>Eritraea centarium pers.</i>	(centaurea minore)	pianta intera
<i>Eucalyptus globulus</i> Labill.	(eucalipto)	foglie
<i>Eugenia cariofillata</i> Thun.	(garofano chiodi)	fiori non schiusi

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Eupatorium cannabinum</i> L.	(eupatorio)	pianta intera
<i>Fagopyrum esculentum</i> Moench.	(grano saraceno)	pianta intera
<i>Foeniculum vulgare</i> Miller	(finocchio)	frutti
<i>Fragaria vesca</i> L.	(fragola)	foglie
<i>Frangula alnus</i> Mill	(frangula)	corteccia
<i>Fraxinus</i> sp.	(frassino)	foglie
<i>Fucus vesiculosus</i> L.	(quercia marina)	tallo
<i>Fumaria officinalis</i> L.	(fumaria)	pianta intera
<i>Galega officinalis</i> L.	(galega)	pianta intera
<i>Galeopsis</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Galium</i> sp.	(xxx)	sommità fiorita
<i>Gentiana</i> sp.	(xxx)	radice
<i>Geranium robertianum</i> L.	(erba roberta)	pianta intera
<i>Geum urbanum</i> L.	(erba benedetta)	rizoma
<i>Ginkgo biloba</i> L.	(ginkgo)	foglie
<i>Glecoma hederacea</i> L.	(edera terrestre)	parti aeree
<i>Globularia vulgaris</i> L.	(globularia)	foglie
<i>Glycyrrhiza glabra</i> L.	(liquirizia)	radice
<i>Gonolobus condurango</i> Triana	(condurango)	corteccia
<i>Gossypium herbaccum</i> L.	(cotone)	corteccia delle radici
<i>Hamamelis virginiana</i> L.	(amamelide)	foglie, corteccia
<i>Harpagophytum procumbens</i> D.C.	(artiglio del diavolo)	radice
<i>Hedera helix</i> L.	(edera)	pianta intera esclusi frutti

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Helianthus annuus</i> L.	(girasole)	fiori
<i>Helicrisium italicum</i> G. Don.	(elicrisio)	sommità fiorita
<i>Hepatica nobilis</i> Mill.	(epatica)	foglie essiccate
<i>Herniaria glabra</i> L.	(erniaria)	pianta intera
<i>Hypericum perforatum</i> L.	(iperico)	pianta intera
<i>Hyssopus officinalis</i> L.	(issopo)	pianta intera
<i>Humulus lupulus</i> L.	(luppolo)	inflorescenza fem.
<i>Ilex aquifolium</i> L.	(agrifoglio)	foglie, corteccia
<i>Ilex paraguariensis</i> L.	(the del Paraguay)	foglie e rametti giovani
<i>Illicium verum</i> Hook.	(anice stellato)	frutti
<i>Inula</i> sp.	(xxx)	radice
<i>Iris</i> sp. (eccetto lo <i>pseudoacorus</i>)	(xxx)	rizoma
<i>Isatis tinctoria</i> L.	(guado)	foglie
<i>Jateorhiza Comumbra</i> Miers	(colombo)	radice
<i>Juglans regia</i> L.	(noce)	mallo, foglie
<i>Juniperus</i> sp.	(xxx)	frutti
<i>Krameria triandra</i> R. et Pav.	(ratania)	radice
<i>Lactuca virosa</i> L.	(lattuga virosa)	foglie, lattice
<i>Lamium</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Laurus nobilis</i> L.	(alloro)	frutti, foglie
<i>Lavandula</i> sp.	(xxx)	sommità fiorite
<i>Lavatera arborea</i> L.	(malvone)	pianta intera
<i>Lawsonia inermis</i> L.	(hennè)	foglie

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Leonurus cardiaca</i> L.	(cardiaca)	pianta intera
<i>Lepidium</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Levisticum officinale</i> Koch.	(sedano montano)	pianta intera
<i>Ligustrum vulgare</i> L.	(ligustro)	pianta intera
<i>Linaria</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Linum usitatissimum</i> L.	(lino)	semi, farina
<i>Lippia citriodora</i> H. B. et K.	(verbena odorosa)	sommità fiorite, foglie
<i>Lonicera</i> sp.	(xxx)	foglie, fiori
<i>Lythrum salicaria</i> L.	(salicaria)	pianta intera
<i>Malva</i> sp.	(xxx)	foglie, fiori
<i>Marrubium</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Matricaria chamomilla</i> L.	(camomilla)	fiori
<i>Melilotus officinalis</i> (L.) Pall.	(melitolo)	pianta intera
<i>Melissa officinalis</i> L.	(melissa)	pianta intera
<i>Melittis melissophyllum</i> L.	(bocca di lupo)	pianta intera
<i>Mentha</i> sp.	(xxx)	pianta intera, fiori
<i>Menyanthes trifoliata</i> L.	(trifoglio fibrino)	foglie
<i>Mercurialis</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Morus nigra</i> L.	(moro nero)	foglie
<i>Myristica fragrans</i> Houtt.	(noce moscata)	semi
<i>Myrtus communis</i> L.	(mirto)	foglie
<i>Nasturtium officinalis</i> R. Br.	(crescione)	pianta intera
<i>Nigella</i> sp.	(xxx)	semi

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Ocimum basilicum</i> L.	(basilico)	pianta intera
<i>Olea europea</i> L.	(olivo)	foglie, corteccia
<i>Ononis spinosa</i> L.	(ononide)	radice
<i>Origanum</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Orthosiphon stamineus</i> Benth	(ortosifon)	foglie
<i>Oxalis acetosella</i> L.	(acetosella)	radici, foglie
<i>Panax</i> sp.	(ginseng)	radice
<i>Papaver rhoeas</i> L.	(rosalaccio)	fiori
<i>Peonia officinalis</i> L.	(peonia)	fiori
<i>Passiflora</i> sp.	(xxx)	parti aeree
<i>Parietaria officinalis</i> L.	(parietaria)	pianta intera
<i>Petasites</i> sp.	(xxx)	radice, foglie
<i>Petroselinum sativum</i> Hoffm.	(prezzemolo)	radici, foglie, frutti
<i>Peumus boldus</i> Mol.	(boldo)	foglie
<i>Phaseolus vulgaris</i> L.	(fagiolo)	legumi
<i>Physalis alkekengi</i> L.	(alchechengi)	frutti
<i>Phytolacca decandra</i> L.	(fitolacca)	radice
<i>Pimpinella anisum</i> L.	(anice verde)	frutti
<i>Piper nigrum</i> L.	(pepe)	frutti
<i>Plantago</i> sp.	(xxx)	foglie, semi
<i>Podophyllum peltatum</i> L.	(podofillo)	rizoma
<i>Polygala</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Polygonatum</i> sp.	(xxx)	rizoma

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Polygonum sp.</i>	(xxx)	pianta intera
<i>Polypodium vulgare L.</i>	(polipodio)	rizoma
<i>Polyporus officinalis Fries.</i>	(agarico bianco)	fungo intera
<i>Populus sp.</i>	(xxx)	gemme
<i>Potentilla tormentilla N.</i>	(tormentilla)	rizoma
<i>Primula veris L.</i>	(primola)	radice, foglie, fiori
<i>Prunus sp.</i>	(xxx)	fiori, frutti, peduncoli dei frutti, fusto, rami, farina
<i>Pulmonaria officinalis L.</i>	(pomonaria)	foglie
<i>Pulsatilla vulgaris Mill.</i>	(pulsatilla)	pianta intera
<i>Punica granatum L.</i>	(melograno)	corteccia, fiori, frutti
<i>Quercus sp.</i>	(xxx)	foglie, corteccia, frutti
<i>Rhus coriaria L.</i>	(sommacco)	foglie
<i>Ricinus communis L.</i>	(ricino)	olio
<i>Robinia pseudoacacia L.</i>	(robinia)	fiori, foglie
<i>Rumex sp.</i>	(xxx)	pianta intera
<i>Ruta graveolens L.</i>	(ruta)	parti aeree
<i>Salix sp.</i>	(xxx)	corteccia
<i>Salvia</i>	(xxx)	pianta, intera, sommi- tà fiorite, foglie
<i>Sambucus nigra L.</i>	(sambuco)	frutti, radice, fiori
<i>Saponaria officinalis L.</i>	(saponaria)	pianta intera
<i>Satureja sp.</i>	(xxx)	pianta intera
<i>Scolopendrium officinale Sm.</i>	(scolopendrio)	foglie

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Scrophularia nodosa</i> L.	(scrofularia)	pianta intera
<i>Sedum</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Sempervivum tectorum</i> L.	(semprevivo)	pianta intera
<i>Senecio cineraria</i> DC.	(cineraria)	parti aeree
<i>Senecio vulgaris</i> L.	(senecio)	pianta intera
<i>Sesamum indicum</i> L.	(sesamo)	semi
<i>Silybum marianum</i> Gaertn.	(cardo mariano)	semi
<i>Sinapis alba</i> L.	(senape bianca)	semi
<i>Sisymbrium officinale</i> (L.) Scop.	(erisimo)	pianta intera
<i>Smilax aspera</i> L.	(salsapariglia)	radice
<i>Solanum dulcamara</i> L.	(dulcamara)	pianta intera
<i>Solidago virga-aurea</i> L.	(verga d'oro)	pianta intera
<i>Sorbus aucuparia</i> L.	(erba degli uccellatori)	frutti
<i>Stachys</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Stellaria media</i> (L.) Vill.	(centocchio)	pianta intera
<i>Stirax benzoin</i> Dryan.	(benzoino)	resina
<i>Succisa pratensis</i> Moench.	(scabiosa)	parti aeree, rizoma
<i>Symphytum officinale</i> L.	(consolida maggiore)	radici, foglie
<i>Tamarindus indica</i> L.	(tamarindo)	polpa del frutto
<i>Tanacetum vulgare</i> L.	(tanaceto)	pianta intera
<i>Taraxacum officinale</i> Web.	(tarassaco)	radici, foglie
<i>Tea sinensis</i> Sims.	(the)	foglie
<i>Teucrium chamaedrys</i> L.	(camedrio)	pianta intera

Segue: TABELLA B.

Nome botanico della pianta	Nome comune	Parti usate
<i>Theobroma cacao</i> L.	(cacao)	frutti
<i>Thymus</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Tilia</i> sp.	(xxx)	foglie, fiori
<i>Tussilago farfara</i> L.	(farfara)	foglie, fiori
<i>Tragopogon pratensis</i> L.	(barba di becco)	foglie, radici
<i>Trigonella foenum-graecum</i> L.	(fien greco)	semi
<i>Urtica</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Valeriana</i> sp.	(xxx)	radici col rizoma
<i>Vaccinium myrtillus</i> L.	(mirtillo)	frutti, foglie
<i>Vanilla planifolia</i> Andr.	(vaniglia)	frutti
<i>Verbascum</i> sp.	(xxx)	foglie, fiori
<i>Verbena</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Veronica</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Vinca</i> sp.	(xxx)	foglie
<i>Viola</i> sp.	(xxx)	pianta intera
<i>Vitis vinifera</i> L.	(vite)	foglie
<i>Viscum album</i> L.	(vischio)	rami, foglie
<i>Zea-mays</i> L.	(granturco)	stigmi
<i>Zingiber officinale</i> Roscoe	(zenzero)	rizoma, frutti
<i>Xanthium strumarium</i> L.	(lappola)	pianta, intera, semi

TABELLA C.
(articolo 2)ELENCO PROVVISORIO DEI PRODOTTI VENDIBILI IN ERBORISTERIA
(PER USO ERBORISTICO E NON)

- 1° gruppo — Piante officinali o loro parti essiccate, singole o fornite in miscela (estemporanea), sfuse o confezionate singolarmente (intere, nei vari tagli od in polvere), singolarmente pressate tal quali o in polvere singolarmente pressata.
- 2° gruppo — Derivati diretti delle piante officinali: succhi e spremute, succhi ed estratti acquosi concentrati, disidratati, liofilizzati; confetture, sciroppi, caramellaggi.
- 3° gruppo — Derivati complessi delle piante officinali, di origine estrattiva, da solventi non acquosi: liquori, elisir, tinture, aceti, estratti, olii essenziali e loro soluzioni. Estrattivi abbinati con prodotti apistici.
- 4° gruppo — Prodotti cosiddetti naturali: cereali e legumi « integrali » e loro derivati; prodotti apistici: miele, pappa reale, polline, cera; olii e grassi vegetali; argille e derivati.
- 5° gruppo — Prodotti cosmetici a base vegetale (fitocosmetici).

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1407

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, PIZZINATO

Nuove norme in materia di criteri di valutazione dei titoli accademici e di studio ai fini dei concorsi per titoli ed esami per la posizione di assistente medico nel Servizio sanitario nazionale

Presentata il 29 luglio 1992

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il decreto ministeriale del 30 gennaio 1982, recante « Normativa concorsuale del personale delle unità sanitarie locali in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 », è probabilmente per la chiarezza delle regole e la sistematicità dell'impianto giuridico, l'atto normativo che ha subito meno modificazioni dalla data della sua entrata in vigore per tutto il settore della sanità pubblica.

Come è noto, esso contiene per ogni posizione funzionale prevista nell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale una precisa e tassativa regolamentazione relativa ai concorsi di assunzione, con determinazione esplicita delle prove e dei

punteggi da assegnare per le diverse categorie dei titoli occorrenti per accedere ai posti a concorso, e per determinati requisiti che qualificano ulteriormente la posizione individuale del concorrente.

Questi requisiti attengono alle acquisizioni formative e culturali, potremmo dire specifiche, alle quali l'aspirante ha dedicato le proprie energie e le proprie capacità per così dire pre-professionali con lo scopo di conoscere gli aspetti più profondi di una particolare disciplina, con un'attività propedeutica che assume le forme più varie.

Esse trovano un primo ma alquanto generico riconoscimento nelle prescrizioni dell'articolo 10 del decreto ministeriale 30 gennaio 1982, nelle previsioni incluse

nel cosiddetto *curriculum* formativo professionale, per la valutazione del quale tuttavia si è a lungo dibattuto anche nella giurisprudenza e nella dottrina sia per l'indeterminatezza della formulazione delle singole attività ammesse alla documentazione, sia per il grado più o meno ampio (o più o meno circoscritto) di discrezionalità valutative lasciate dalla norma alla commissione che presiede al concorso.

Vogliamo occuparci ora di questa categoria di titoli, che viene in considerazione nella pratica soprattutto per i concorsi a posti per i quali è prevista la laurea, e senza tuttavia precluderci la possibilità di individuare tutta la gamma di estensione del problema, interessarci dell'accesso alla posizione funzionale di assistente medico.

Per queste assunzioni, già il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 all'articolo 17 ha previsto un periodo iniziale di durata triennale di servizio, che il nuovo assunto doveva dedicare, essendo già dipendente di ruolo del Servizio sanitario nazionale, alla propria formazione: in particolare, dice l'articolo 17, un primo anno dedicato ad avvicendamenti opportuni per acquisire un'utile interdisciplinarietà, ed un biennio utilizzato esclusivamente nell'ambito dell'area funzionale di afferenza.

Lo stesso articolo 17 poi prescrive che, a domanda, gli stessi vengano assegnati ai posti vacanti ai diversi reparti di specialità « sulla base di obiettivi criteri di precedenza, che devono tenere conto del servizio prestato, dalle attitudini dimostrate, e dei titoli professionali e scientifici posseduti.

Riteniamo di non affermare cose lontane dal vero, quando diciamo che queste ultime prescrizioni sono in larga parte disattese nella pratica, poiché per i motivi più diversi, fra i quali possiamo privilegiare le situazioni di emergente scarsità di personale senza dimenticarne altre più pratiche e più caratteristiche dell'ambiente medico, il nuovo assunto inizia a prestare servizio in un reparto o divisione senza ulteriori spostamenti o formali qualificazioni.

Con ciò si vanifica, il più delle volte, quel complesso di energie e di abilità correate nel *curriculum* pre-professionale del laureato in medicina e restano mortificate le aspirazioni di quanti hanno creduto di protrarne il contributo al Servizio sanitario nazionale.

Tuttavia fin dall'inizio, dal momento cioè valutativo da parte della commissione di concorso, manca un criterio distintivo che possa fare emergere la peculiare preparazione specifica conseguita in una determinata disciplina specialistica dal laureato che vuole essere assunto nel Servizio sanitario nazionale.

Esiste nella normativa concorsuale una categoria di titoli, chiamati accademici e di studio, che per i concorsi ad assistente medico comporta valutazioni riconducibili solo indirettamente al tipo di titolo indicato, quali l'obsoleto « tirocinio pratico ospedaliero », valutato punti 0,60 e della durata di sei mesi, e l'attività conseguente al conferimento di borse di studio, valutata punti 0,50 per anno di durata (cfr. articolo 36 del decreto ministeriale 30 gennaio 1982).

Invece, nel « contenitore » del *curriculum* vengono presi in considerazione aspetti di qualificazione professionale, idoneità e tirocinii « non riferibili ai titoli già valutati » in altre categorie, ovvero « non valutabili in norme specifiche ».

È questo punto che riteniamo comporti una mortificazione delle aspettative del candidato, il quale nel caso abbia acquisito un'alta conoscenza scientifica e pratica in una particolare disciplina specialistica, non vede alcun riconoscimento (se non quello « minimo » del « punteggio globale » del *curriculum*) alla propria pratica, né al momento della valutazione del titolo, né al momento eventuale dell'assegnazione dell'incarico.

Né la legge n. 833 del 1978 può indicare una diversa definizione nei criteri generali delle assunzioni, avendo stabilito il principio dell'assunzione « nella qualifica funzionale e non nel posto » come è detto all'articolo 47, capo IV, della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Pensiamo tuttavia che situazioni che possono esser distinte dall'agglomerato del

curriculum così come possono esser distinte da referenze di base come le qualificazioni di titoli corrispondenti a « medico frequentatore » o « medico interno » rilasciate dalle autorità amministrative delle unità sanitarie locali o accademiche, debbano, se suscettibili di una formalizzazione idonea, ricevere anche una loro valutazione autonoma, per lo meno in sede di attribuzioni di punteggi nell'ambito di concorsi per assistente medico.

Il punto di partenza per enucleare la prospettata valutazione autonoma resta l'appartenenza di queste esperienze alla categoria dei titoli « accademici e di studio »; l'inserimento in questa categoria, come si è visto, di titoli solo « ibridamente » connessi a questo gruppo non può giustificare l'assimilazione ad essi di prolungate frequenze presso istituti e reparti specializzati.

Per quanto vogliamo dimostrare, giova premettere anche che quanto si propone comporta per il Servizio sanitario nazionale il non trascurabile vantaggio di premiare, nella misura dovuta, quanti laureati in medicina con i propri indirizzi di studio postlaurea, si predispongano al lavoro ospedaliero dei servizi e

dei presidi del Servizio sanitario nazionale.

Ciò avviene, nei casi che ci interessano, con pluriennali e modifiche frequenze che superano il corrente significato di praticantato reso necessario dal valore prevalentemente teorico della laurea, poiché essa, se scelta vocativa, culturale e professionale del laureato, avviene fin dall'inizio in un reparto di specialità: questa è la situazione che per quanto ci riguarda assume una caratteristica autonoma nell'attività pre-lavorativa del concorrente, e per essa pensiamo ad una formalizzazione rilevante ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici di assunzione nel Servizio sanitario nazionale, che come abbiamo spiegato pensiamo possa significare al contempo un riconoscimento ed un incentivo affinché queste esperienze possano diventare un contributo qualificante all'efficienza dei servizi del Servizio sanitario nazionale.

Si rende necessaria pertanto una modifica, per quanto non fondamentale, migliorativa di questo aspetto del decreto ministeriale 30 gennaio 1982, come suggerito dall'articolo unico di cui si compone la proposta di legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. In aggiunta ai titoli di carriera di cui al n. 1) dell'articolo 36 del decreto del Ministro della sanità 30 gennaio 1982, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 51 del 22 febbraio 1982, recante normativa concorsuale del personale delle unità sanitarie locali in applicazione dell'articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, la frequenza in reparti di specialità svolta presso le strutture dell'unità sanitaria locale o universitarie, di durata almeno quadriennale con presenza quotidiana oggettivamente rilevata, quando è certificata da attestato di merito finale e di regolare svolgimento con documentazione sottoscritta congiuntamente dal responsabile del reparto o presidio nel quale la frequenza è stata autorizzata e dal legale rappresentante dell'unità sanitaria locale ovvero dell'università, è riconosciuta ai fini concorsuali e valutata nella misura di punti 0,80 per ogni anno. I reparti di specialità sono quelli previsti dalle vigenti leggi sull'ordinamento del Servizio sanitario nazionale.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2787

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CACCAVARI

Ordinamento della professione di psicomotricista

Presentata il 16 giugno 1993

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge intende rispondere alle richieste di riconoscimento professionale degli operatori psicomotricisti che già svolgono o che intendono svolgere interventi qualificati nel settore sanitario; è finalizzata, inoltre all'istituzione dell'ordine e dell'albo professionale degli psicomotricisti italiani definendo, altresì, le loro competenze in ambito riabilitativo. Tali competenze consentono allo psicomotricista di effettuare un proficuo intervento con soggetti che presentano *handicap* problemi o difficoltà che si manifestano sia sul piano motorio, sia sul piano cognitivo sia su quello relazionale. Alla specificità di questi disturbi occorre che si risponda con un intervento specifico. Tale intervento, inoltre, si colloca e risponde ad un bisogno e ad un orientamento presente oggi in tutte quelle tecniche riabilitative che rifuggono sempre più

da un meccanicismo di fondo per fare ricorso alla motivazione del paziente a guarire. Queste tendenze si sposano egregiamente con l'impostazione « psicomotoria » e con gli orientamenti di presa in carico globale della persona. La peculiare caratteristica di questo orientamento teorico-pratico inserisce lo psicomotricista nelle tendenze che, sul piano più generale, caratterizzano la dinamica evolutiva dei sistemi sanitari. In altri termini, se si farà un discorso di figure professionali al servizio di una nuova cultura del malato e della malattia, superando le logiche categoriali, si potranno differenziare gli specifici compiti. La necessità di differenziare gli interventi evita che si possa pensare di risolvere tutto appiattendo le figure professionali, e, pur recuperando una base comune di conoscenze ed una omogeneità di problematiche, comporta una chiara differenziazione dei ruoli e

delle competenze in base ai contenuti specifici.

Non possiamo più eludere il problema di « raffinare » le tecniche d'intervento: sempre di più oggi si pensa che l'intervento terapeutico debba essere espletato basandosi sulla partecipazione e sulla motivazione del paziente. La persona in cura deve poter contare sulle parti « sane » di sé: di conseguenza su una riabilitazione che la valorizzi e non la faccia sentire passivamente in mano a qualcuno che si occupa di lei. Oggi, con il costante progresso delle discipline mediche e psicologiche, abbiamo il dovere di preparare e riconoscere il ruolo degli operatori che possono al meglio assumersi la problematica della persona in difficoltà nella sua globalità; la terapia psicomotoria non ha la pretesa di accelerare le tappe di sviluppo, né di creare nuovi apprendimenti, ma mira all'armonizzazione della personalità facendo perno, in maniera strategica, sull'unità psicosomatica.

La definizione stessa di « psicomotricità », infatti, si presenta affascinante nel suo intento di conciliare i due termini estremi della concezione dualistica della persona umana: concezione che la cultura di questo secolo stempera via via sotto l'impulso di esperienze e di fenomeni che hanno visto riproporsi sempre più energicamente l'interazione « corpo - mente » come modello costitutivo dell'individuo.

La psicomotricità si iscrive in un progetto che tende a introdurre un rapporto attivo ed efficace, da un punto di vista terapeutico e da un punto di vista pedagogico, tra il corpo e le attività mentali, intellettive ed affettive. Essa, quindi, postula l'unità della persona (alla base sia della diagnosi che del trattamento) non escludendo, tuttavia, la differenziazione delle tre sfere costitutive della personalità: motoria, affettiva e cognitiva. Molte sono le definizioni in uso data la complessità e l'interdisciplinarietà della materia. Volendo tracciare una sintesi si potrebbero intravedere due aspetti fondamentali:

a) la stimolazione nel bambino della progressiva conoscenza di sé (a cominciare

dal « sé » corporeo) e del mondo attraverso la motricità e le capacità rappresentativo-simboliche;

b) lo studio ed il trattamento delle alterazioni della motricità finalizzata alle situazioni evolutive e di apprendimento (alterazioni dovute a differenti eziologie di carattere psicoaffettivo, funzionale o organico eccetera).

A seguito delle ricerche condotte all'ospedale *H. Rousselle* di Parigi dall'*équipe* diretta dal professor J. De Ajuriaguerra negli anni cinquanta e sessanta la professione di psicomotricista è stata riconosciuta in Francia nel 1974 con l'istituzione di un diploma di Stato per gli operatori di questo settore. Più o meno nello stesso periodo veniva riconosciuta anche in Svizzera. Le iniziative italiane in questo campo negli ultimi quarant'anni sono state molteplici, di varia matrice (italiana, francese, svizzera, americana) e di varie tendenze. Si sono svolte iniziative di formazione che hanno visto la partecipazione di molti esperti anche stranieri. Sul piano editoriale sono nate numerose iniziative a carattere scientifico e divulgativo (bollettini, riviste, traduzioni di molti autori soprattutto francesi). L'interesse dimostrato dal nostro Paese ha spinto il gruppo internazionale ad affidare all'Italia l'organizzazione del V congresso internazionale di psicomotricità (Firenze, maggio 1982) nel quale si è potuto constatare il ricco, promettente e già fortissimo numero di apporti e di contributi scientifici italiani.

L'esigenza di un riconoscimento ufficiale che renda operativa legalmente la figura dello psicomotricista nel nostro Paese per far fronte alle esigenze sopra esposte si evince:

a) dall'esistenza *de facto* di questa professione: anche camminando per la strada ci si rende conto di quanti centri sportivi o estetici espongono la dicitura « psicomotricità ». Senza, tuttavia, giungere a questa estrema evidenza della domanda e dell'offerta, basta vedere in quanti servizi socio-sanitari questa figura è operante o perché assunta in ruolo tramite un regolare concorso, o tramite con-

tratti a termine ovvero con incarichi di consulenza. Addirittura se ne fa menzione nel contratto nazionale di lavoro per il personale sanitario non medico dell'area sanitaria privata (siglato a Roma il 9 novembre 1987, titolo VIII, articolo 31);

b) dall'analisi dei piani socio-sanitari adottati da alcune regioni (vedi ad esempio per la regione Lombardia il programma triennale straordinario ai sensi dell'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887, in materia di tutela della salute neuropsichica nell'infanzia e nell'adolescenza deliberato dal consiglio regionale del 14 ottobre 1986, per la regione Veneto, il piano sociale regionale del Veneto per il triennio 1989-1991 di cui alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 22;

c) dall'istituzione presso alcune università (Roma, Genova, Palermo, Napoli, eccetera) di scuole dirette a fini speciali per « terapeuti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ». Ciò sta ad indicare che la proposta riabilitativa sta evolvendo e mutando la sua qualità e che l'approccio psicomotorio risulta indispensabile, specie a livello dell'età evolutiva;

d) dall'esistenza di una normativa analoga presente già da anni in altri Paesi della Comunità europea in Francia, ad esempio, la figura riconosciuta, come sopra detto, nel 1974, ha ottenuto nel corso degli anni successivi importanti aggiornamenti relativi al ruolo ed all'impiego, fino all'ultimo decreto del 28 aprile 1988 emanato dal Ministero degli affari sociali e dell'occupazione, che ne stabilisce dettagliatamente le competenze ed i settori d'intervento;

e) dalla direttiva « relativa ad un sistema generale di riconoscimento dei diplomi di istruzione superiore che sanzionano formazioni professionali di una durata minima di tre anni » (direttiva 89/48/CEE del Consiglio, del 21 dicembre 1988).

In base a questa direttiva, paradossalmente, gli psicomotricisti francesi potranno esercitare, a pieno diritto giuridico, dal 1993 la loro professione in Italia paese nel quale tale figura non è ancora sanzionata legalmente e nel quale esistono, a tutt'oggi, poche scuole di formazione legalmente riconosciute;

f) dal riconoscimento della professione di psicomotricista in quanto tecnica sanitaria di riabilitazione nel testo unificato, attualmente in discussione in sede legislativa presso la XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati concernente il riordino delle professioni infermieristiche.

La presente proposta di legge all'articolo 1 definisce la terapia psicomotoria e la professione dello psicomotricista. Non è inutile tale definizione dal momento che molta confusione si è generata in Italia a questo proposito, facendo perdere di vista la specificità di questo intervento.

L'articolo 2, nell'elencare le competenze, sottolinea la specificità di cui all'articolo 1 e si può ben cogliere quanto l'ambito di intervento di questa figura sia definibile e specifico.

L'articolo 3 stabilisce la formazione necessaria e la necessità di iscrizione all'albo per coloro che intendono esercitare questa professione.

L'articolo 4 istituisce l'ordine degli psicomotricisti.

Gli articoli 5, 6 e 7 istituiscono e dettano le regole fondamentali per l'albo degli psicomotricisti e per la relativa iscrizione e cancellazione.

Gli articoli 8 e 9 conferiscono al Ministro di grazia e giustizia la facoltà di emanare le norme e le modalità relative all'applicazione della presente legge in materia di disciplina dell'albo degli psicomotricisti.

L'articolo 10 prevede norme transitorie in sede di prima applicazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Definizione della terapia psicomotoria e della professione di psicomotricista).

1. La terapia psicomotoria è un trattamento neuro-psico-fisiologico a mediazione corporea, che ha lo scopo di prevenire, mantenere o ristabilire i meccanismi delle funzioni percettive, motorie, mentali e comportamentali dell'individuo in relazione con il suo ambiente.

2. Lo psicomotricista è il professionista abilitato all'esercizio della terapia psicomotoria di cui al comma 1, nell'ambito della prevenzione, dell'educazione e della riabilitazione dell'individuo.

ART. 2.

(Competenze dello psicomotricista).

1. Lo psicomotricista è abilitato a compiere, su prescrizione medica, i seguenti atti professionali:

a) la delineazione del profilo psicomotorio dell'individuo;

b) l'educazione e la stimolazione psicomotoria precoce;

c) l'intervento terapeutico attraverso appropriate tecniche di approccio corporeo, di rappresentazione e di rilassamento su soggetti affetti da:

1) ritardi psicomotori semplici;

2) sindromi psicomotorie, quali inibizione psicomotoria, instabilità psicomotoria, debilità motoria, insufficienza cerebellare, maldestrezza, disturbi dello schema corporeo;

3) disturbi psicomotori parziali quali scariche motorie ritmiche ed esplo-

rative, disturbi della percezione del sé, disturbi dell'organizzazione spazio-temporale, disturbi del processo di lateralizzazione, disturbi gnoso-prassici;

4) insufficienza mentale;

5) turbe del comportamento e della comunicazione;

6) disturbi specifici dell'apprendimento;

7) patologie nelle quali si individua la necessità di un intervento, anche di supporto, di tipo psicomotorio per affrontare le problematiche connesse con il vissuto dell'individuo.

d) la prevenzione primaria e secondaria nelle istituzioni socio-educative in collaborazione con gli operatori dei servizi di cui alla presente legge.

2. La professione di psicomotricista include l'attività di ricerca, di sperimentazione e di consulenza nell'ambito delle specifiche competenze, l'attività di formazione metodologica, pratica e personale rivolta agli studenti dei corsi di psicomotricità o di riabilitazione nei quali sia prevista questa disciplina, nonché le attività di aggiornamento rivolte ad altri professionisti nel campo dell'educazione e della salute.

ART. 3.

(Abilitazione all'esercizio della professione).

1. Per l'esercizio della professione di psicomotricista è necessario essere iscritti all'albo professionale di cui all'articolo 5, al quale si accede dopo aver conseguito il titolo di psicomotricista al termine di uno dei corsi previsti dalla normativa vigente.

ART. 4.

(Ordine degli psicomotricisti).

1. È istituito l'ordine degli psicomotricisti.

2. All'ordine appartengono gli psicomotricisti iscritti all'albo nazionale di cui all'articolo 5. Le funzioni relative alla tenuta dell'albo sono esercitate dall'ordine ai sensi della presente legge.

3. L'ordine degli psicomotricisti è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico.

ART. 5.

(Istituzione).

1. È istituito l'albo professionale degli psicomotricisti.

2. Gli iscritti all'albo sono soggetti alla disciplina di cui all'articolo 622 del codice penale.

ART. 6.

(Iscrizione all'albo).

1. L'albo degli psicomotricisti è strutturato a livello nazionale.

2. Per l'iscrizione all'albo occorre essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) essere cittadino italiano, cittadino di uno Stato membro della Comunità europea o cittadino di uno Stato con cui esista trattamento di reciprocità;

b) non aver riportato condanne penali per reati che comportano l'interdizione dalla professione;

c) essere in possesso degli attestati di formazione prescritti.

3. Per l'iscrizione all'albo l'interessato deve inoltrare domanda in carta da bollo al consiglio nazionale dell'ordine, corredata dai documenti di rito.

4. Il consiglio nazionale dell'ordine esamina le domande entro due mesi dalla data del ricevimento delle stesse e si pronuncia con decisione motivata della quale viene redatto un apposito verbale.

5. L'albo è redatto in ordine cronologico, secondo le deliberazioni delle iscrizioni. Per ciascuno iscritto è precisato co-

gnome, nome, data e luogo di nascita, luogo di residenza e numero d'ordine di iscrizione.

ART. 7.

(Cancellazione dall'albo).

1. La cancellazione dall'albo di cui all'articolo 5, è obbligatoria nei casi di:

- a) rinuncia da parte dell'iscritto;
- b) esercizio di libera professione in situazione di incompatibilità;
- c) mancanza di anche uno solo dei requisiti d'iscrizione di cui all'articolo 6.

ART. 8.

(Regolamento dell'albo).

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, sono emanate le norme relative alle modalità di iscrizione e di cancellazione dall'albo e sono altresì disciplinati l'istituzione della sede dell'ordine, i rispettivi organi, nonché le procedure elettorali.

ART. 9.

(Formazione dell'albo ed elezione per gli organi dell'ordine).

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro di grazia e giustizia, nomina un'apposita commissione che procede alla formazione dell'albo professionale degli aventi diritto all'iscrizione ai sensi dell'articolo 10. I commissari sono scelti tramite sorteggio da un elenco di nominativi forniti dall'Associazione nazionale unitaria psicomotricisti italiani (ANUPI). Il presidente della commissione esercita la funzione di commissario preposto alla formazione dell'albo.

2. Il commissario preposto alla formazione dell'albo entro tre mesi dalla pubblicazione dell'elenco delle persone ammesse all'iscrizione all'albo ai sensi dell'articolo 10, indice le elezioni per il consiglio e per gli altri organi dell'ordine, attenendosi ai criteri di cui alla presente legge.

ART. 10.

*(Iscrizione all'albo
in sede di prima applicazione).*

1. L'iscrizione all'albo in sede di prima applicazione della presente legge è consentita su domanda, da presentare entro novanta giorni dalla nomina del commissario di cui all'articolo 9, a:

a) coloro che hanno conseguito il titolo di psicomotricista al termine di un corso triennale giuridicamente riconosciuto;

b) coloro che hanno conseguito il titolo di specializzazione in psicomotricità al termine di un corso annuale o biennale giuridicamente riconosciuto;

c) coloro che hanno frequentato un corso triennale di psicomotricità istituito presso enti od associazioni private che documentino, tramite l'attestazione della scuola, le ore di frequenza effettuate, il programma, che deve comprendere la formazione personale, teorica ed il tirocinio, il superamento dell'esame finale, nonché lo svolgimento per almeno due anni delle attività di cui all'articolo 2;

d) coloro che ricoprono un posto di ruolo come psicomotricista presso una struttura pubblica o privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale.

2. L'ANUPI può promuovere, in accordo con istituti universitari, scientifici o con agenzie formative ritenute idonee, corsi di aggiornamento e di perfezionamento che costituiscono titolo di ammissione all'albo di cui all'articolo 5.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3328

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CACCAVARI, APUZZO, ALTERIO, AUGUSTO BATTAGLIA,
BEEBE TARANTELLI, BOTTINI, GIANNOTTI, JANNELLI,
PERINEI, PIZZINATO, POLLASTRINI MODIANO, SESTERO
GIANOTTI, TRAPPOLI, TRUPIA ABATE**

Norme per l'abolizione della pubblicità dei prodotti alcolici e l'istituzione di un fondo nazionale per iniziative di informazione e di prevenzione dell'intossicazione alcolica

Presentata il 10 novembre 1993

ONOREVOLI COLLEGHI! — Esiste ormai da molto tempo un ampio accordo in sede medica e scientifica sui danni rilevanti provocati alla salute umana dall'abuso di alcool.

Il nostro Paese, nel quale in generale sono assai carenti gli interventi di prevenzione a tutela della salute e soprattutto le politiche di informazione tendenti a tale scopo, ha affrontato fino ad oggi il problema in modo assai parziale. Non vi è dubbio, invece, che esso rappresenti un preminente problema di salute pubblica.

I dati recenti ci dicono, d'altra parte, che liquori e altre bevande alcoliche rappresentano una buona parte degli oggetti della pubblicità (per una spesa complessiva di circa 500 miliardi di lire nel 1990),

che ogni giorno ci assale in modo diretto e indiretto.

La bottiglia diventa il passaporto dell'omologazione. Ridere della pubblicità televisiva o trasmessa con altri mezzi è un esercizio tragico: vuol dire prendere in giro la solitudine di chi non si sente « come gli altri » e ha bisogno di un incentivo per adeguarsi alle abitudini di tutti.

Come mai per l'AIDS e la droga il dibattito è in primo piano su ogni rete televisiva, sui quotidiani e settimanali, mentre il contributo sulla strage per alcolismo è soltanto l'esaltazione dello *spot*? Eppure le stime parlano di trentamila morti l'anno soltanto nel nostro Paese, e l'alcool è all'origine di almeno trenta inci-

denti stradali su cento. Il suo abuso provoca gravi malattie, spesso mortali, come tumori, cirrosi epatica, pancreatiti. Si calcola in cinque milioni il numero degli italiani che bevono troppo.

Ogni tanto, il problema torna agli onori delle cronache. È il caso recente della « morte dopo la discoteca » che ha sensibilizzato l'opinione pubblica sul fatto che l'alcolismo è in aumento tra i giovani. Cominciano a bere intorno ai 14-15 anni, con grande preferenza per la birra, per poi passare ben presto ai superalcolici, saltando la fase intermedia del vino, che non incontra il loro favore.

Abbiamo bisogno quindi di interventi che tengano conto dei comportamenti dei consumatori, delle abitudini culturali, del grado di informazione e di consapevolezza dei cittadini.

Da questo punto di vista va segnalato che i più ampi risultati nella lotta agli abusi di alcool si stanno ottenendo laddove non solo si mette in atto un'equilibrata politica di divieto, ma soprattutto si è riusciti ad invertire un *trend* culturale, che collegava l'abitudine all'abuso di alcool a comportamenti ritenuti emancipati, socialmente apprezzati o, più semplicemente, alla moda. E da questo punto di vista decisiva è stata l'azione informativa e la positiva pressione sociale svolta non solo dalle autorità pubbliche, ma da singoli cittadini e soprattutto da associazioni ed enti volontari.

Occorre difatti aver presente che il grado di maturità raggiunto dalla nostra società rende necessarie politiche certe, severe e decise ma anche credibili.

La presente proposta di legge punta quindi, in accordo con queste premesse, a rivedere l'attuale disciplina pubblicitaria e ad avviare un'ampia campagna informativa e preventiva nei confronti della popolazione.

Nella pubblicità non compare mai l'indicazione della gradazione alcolica del vino o del liquore propagandato ed anche sulle etichette delle bottiglie si fa spesso fatica a ritrovare l'indicazione del contenuto di alcool, scritta in un angolo ed a caratteri microscopici. Non vi è dubbio

che la pubblicità sia efficace. In un recente studio è stabilito che le nazioni dove i messaggi pubblicitari in tale settore sono vietati hanno un consumo *pro capite* del 16 per cento (superalcolici) e dell'11 per cento (vino e birra) inferiori ai Paesi dove invece sono permessi.

I dati disponibili parlano in termini molto chiari. Ad esempio nei Paesi (Norvegia, Finlandia e Danimarca) in cui è proibito ogni tipo di pubblicità, la mortalità annua per cirrosi epatica è molto più bassa rispetto ai Paesi (Canada, Irlanda, Austria, Inghilterra, Stati Uniti, Francia e Spagna) dove è vietata solo quella per i superalcolici. Il gruppo comprendente i Paesi che non hanno adottato misure restrittive sugli *spot* pubblicitari dei prodotti alcolici (Portogallo, Australia, Belgio, Italia, Lussemburgo, Olanda) ha il maggior numero di morti per cirrosi epatica. Risultati analoghi possono essere riportati per quanto riguarda un'altra conseguenza negativa dell'abuso di alcool: il numero di incidenti stradali. Anche a questo proposito è insufficiente l'azione delle autorità sanitarie.

Va anche ricordato che circa il 6 per cento di tutti i tumori è imputabile all'alcool e che esiste un potenziamento fra alcool e fumo di sigaretta per quanto riguarda la carcinogenesi: i tumori del fegato, dell'esofago e del cavo orale sono infatti più frequenti fra i bevitori.

Infine, non si può sottacere che il fenomeno dell'alcolismo causa danno non soltanto alle persone interessate, ma è fonte di gravi problemi per le loro famiglie e per la società. I dati allarmanti sono sufficienti per chiederci come mai un problema di salute così importante non trovi adeguate reazioni da parte degli organismi sanitari. Questa proposta di legge è finalizzata a raggiungere almeno due obiettivi. Il primo è di natura educativa: fin dalla scuola elementare si devono iniziare campagne di informazione per conoscere gli effettivi danni dell'uso dell'alcool; la seconda misura consiste proprio nell'abolire, con la necessaria gradualità, ogni forma di pubblicità sugli alcolici.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. A decorrere dal 1° gennaio 1997 in tutto il territorio nazionale è fatto divieto di svolgere propaganda a favore dei prodotti alcolici con qualunque mezzo di diffusione.

ART. 2.

1. Dal 1° gennaio 1994 i produttori ed i rivenditori di prodotti alcolici sono tenuti a versare l'equivalente del 20 per cento dei costi della pubblicità svolta in favore dei prodotti alcolici ad un fondo per la prevenzione e la limitazione dei danni da abuso di prodotti alcolici, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per gli affari sociali.

2. Le dotazioni del fondo di cui al comma 1 sono stabilite annualmente con la legge finanziaria.

ART. 3.

1. Le quote del fondo di cui all'articolo 2 sono ripartite con vincolo di destinazione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto della popolazione e degli indici di consumo di prodotti alcolici.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono programmi di informazione e di educazione sanitaria rivolti alla prevenzione dei danni correlati al consumo di prodotti alcolici, da realizzare con l'apporto dei comuni, delle unità sanitarie locali, delle associazioni che per statuto sono direttamente impegnate nella lotta contro l'alcolismo.

ART. 4.

1. L'inosservanza da parte dei produttori e dei rivenditori degli obblighi di cui all'articolo 2, comma 1, comporta la revoca della licenza di produzione o di vendita dei prodotti alcolici per un periodo non inferiore a sei mesi.

2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Presidente del Consiglio dei ministri, con proprio decreto, stabilisce le modalità per la riscossione delle somme dovute dai produttori e dai rivenditori in base alla pubblicità effettuata ed individua l'autorità demandata ai controlli, anche in riferimento al provvedimento di revoca da adottare nei casi di cui al comma 1.



[Torna all'indice](#)

INTERROGAZIONI CON RISPOSTA SCRITTA

duzione sia con riferimento a quelli per i quali la stessa cura la distribuzione sul mercato.

La Società si è vista, quindi, costretta a decidere una riduzione del personale, al fine di contenere i costi e di adeguare la struttura ad una attività obiettivamente ridotta.

Con lettera del 28.10.93 veniva comunicato alle OO.SS. di categoria CGIL-CISL-UIL-CISNAL e all'Ufficio provinciale del Lavoro e della Massima Occupazione di Roma la volontà di procedere alla riduzione di personale con messa in mobilità di 6 unità ai sensi dell'articolo 4 legge 223/91.

Le parti, nel rispetto della vigente normativa, si sono incontrate in sede sindacale nei giorni 8, 12 e 18 novembre 1993, per un esame congiunto della situazione aziendale ed, in particolare, per esaminare le cause che hanno determinato l'eccedenza di personale, senza tuttavia raggiungere alcun accordo, così come comunicato all'Ufficio provinciale del lavoro di Roma.

Nel corso degli incontri tenutisi successivamente presso il predetto Ufficio nei giorni 1 e 9 dicembre 1993, non è stato possibile trovare soluzioni alternative ai licenziamenti ed in data 9.12.93 è stato redatto un verbale di mancato accordo.

Per quanto concerne l'eventuale procedura per la messa in mobilità di altre 6 unità con contratto di formazione e lavoro, si comunica che al momento nulla risulta all'Ufficio provinciale del Lavoro di Roma.

Si precisa, infine, che ai lavoratori assunti con contratto di formazione e lavoro non si applica la normativa di cui alla legge 223/91, stante la peculiarità della normativa che regola detti rapporti di lavoro.

Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale: Giugni.

CACCAVARI. — Al Ministro degli affari esteri. — Per sapere — premesso che:

nella notte tra il 20 ed il 21 ottobre 1993 un colpo di stato militare ha abbattuto il governo democraticamente eletto solo pochi mesi fa e che il Presidente Melchir Ndadaye ed altri ministri e parlamentari sono stati trucidati dai militari;

le notizie che giungono dalla capitale del Burundi (Bujumbura) grazie alle radio ed agenzie internazionali oltre che ai contatti stabiliti dall'Italia tramite la rivista missionaria AlfaZeta di Parma lasciano trasparire il gravissimo rischio di un ennesimo genocidio a base tribale;

nella capitale del Rwuanda si è insediato, attorno al Ministro della sanità del governo democratico burundese, il governo democratico in esilio;

il Presidente della Conferenza Episcopale Burundese, Mons. Bernard Bududira, Vescono di Bururi, è intervenuto alla televisione nazionale del Burundi nella notte del 23 ottobre chiedendo che venga ristabilito il governo democraticamente eletto;

la rappresentante del Burundi all'ONU a Ginevra ha chiesto, il 23 ottobre 1993, la condanna dei golpisti da parte dell'ONU e di tutti i paesi democratici ed inoltre ha caldeggiato un impegno diretto del Consiglio di Sicurezza;

il Ministro dell'Informazione del governo democratico del Burundi, Jean-Marie Ngendehayo, rifugiato presso una ambasciata occidentale a Bujumbura, ha chiesto tramite un messaggio radiofonico l'intervento immediato di Forze ONU per ristabilire la pace nel paese, reinsediare il governo democraticamente eletto e prevenire un ennesimo bagno di sangue;

il colpo di stato azzerava uno dei più significativi processi di democratizzazione in atto nel continente africano;

da notizie non ancora completamente confermate si è appreso oggi che i golpisti sono in seria difficoltà e che stanno ricercando una via di uscita —;

quali siano stati i passi fino ad ora compiuti dal Governo italiano e dal ministero degli esteri in ordine alla condanna dei golpisti e del golpe;

in particolare quali iniziative siano state predisposte in risposta all'appello del Ministro dell'Informazione Ngendehayo che ha chiesto garanzia all'ONU e alle

forze internazionali perché il governo democraticamente eletto riacquisisca il potere;

se e con quali iniziative il Governo italiano intenda promuovere in sede internazionale l'attuazione di misure restrittive (blocco degli aiuti, sanzioni economiche, sanzioni politiche, intervento dell'ONU...) nei confronti del governo golphista;

con quali concrete forme di intervento umanitario il Governo italiano intenda venire in soccorso delle migliaia di profughi che dal Burundi sono fuggiti rifugiandosi in Ruwanda ed in Zaire;

come il Governo italiano sia intervenuto e continui ad intervenire a tutela dei cittadini italiani presenti in Burundi, la maggior parte dei quali missionari e volontari internazionali impegnati in progetti di cooperazione allo sviluppo. (4-19156)

RISPOSTA. — Nella notte tra il 20 ed il 21 ottobre scorso un gruppo di militari rivoltosi, guidati dall'ex Presidente Bagaza e dal Capo di stato Maggiore Bikomagu, ha rovesciato il Presidente Ndadaye, democraticamente eletto nel giugno scorso, che è stato successivamente ucciso insieme al Ministro dell'Interno, al Presidente del Parlamento ed al Capo dei Servizi di Sicurezza, tutti di etnia Hutu.

La crisi burundese deve infatti inquadrarsi nel contesto dei delicati equilibri etnici del Paese e del difficoltoso processo di democratizzazione che ha visto l'elezione nel giugno scorso, per la prima volta, di un Presidente appartenente alla maggioranza etnica Hutu a scapito del candidato della minoranza Tutsi, tradizionalmente detentrici del potere politico e militare. Anche per tale ragione sono scoppiati, a seguito del colpo di Stato, episodi di violenza etnica che hanno causato massacri fra la popolazione civile ed un flusso di rifugiati nei Paesi vicini.

Dopo la formazione di un comitato di salute pubblica composto dai militari ribelli che ha nominato Capo dello Stato Francois Ngeze, ex Ministro dell'Interno, la situazione sembra si stia gradualmente normalizzando, secondo le notizie che il Primo Ministro Kinigi ha fatto pervenire. Quest'ultimo, par-

lando alla radio ed alla televisione, ha lanciato ulteriori appelli alla calma, ribadendo con forza che i responsabili saranno puniti ed ha annunciato l'istituzione di una commissione d'inchiesta. Nel contempo una parte dei membri del Governo e degli alti funzionari rifugiatisi nelle Ambasciate a Bujumbura, è potuta ritornare nelle proprie sedi.

Il coprifuoco è cessato il 27 ottobre scorso, mentre i militari, che si sono ritirati nei loro quartieri, sembrano intervenire solo in casi di turbamenti gravi dell'ordine pubblico e collaborano al soccorso ed all'evacuazione degli stranieri. L'aeroporto è stato riaperto, permettendo l'evacuazione di connazionali e sono state inoltre ripristinate le linee telefoniche.

L'Italia ha pubblicamente espresso la propria condanna dell'uso della forza come strumento per la soluzione dei contrasti politici, auspicando che la democrazia possa venire al più presto ristabilita.

Il nostro Paese si è inoltre adoperato in seno alla Comunità Europea per l'emana-zione di una dichiarazione di condanna dell'accaduto e di riaffermazione del sostegno dei Dodici al Presidente ed al Governo legittimi. Occorre infine ricordare che sia l'Organizzazione per l'Unità Africana (OAU) che le Nazioni Unite hanno fermamente condannato il colpo di Stato ed auspicato il ritorno alla legalità e si stanno attivamente adoperando a tal fine, anche con il sostegno dei Dodici.

L'Italia, in tale contesto, sostiene gli sforzi dell'OAU tesi a creare dei meccanismi per la soluzione pacifica delle crisi regionali in Africa attraverso l'invio, secondo quanto si è in procinto di fare per il Burundi, di missioni di « peace-keeping » affidate ad elementi dei Paesi membri dell'OAU.

La collettività italiana residente in Burundi non ha subito conseguenze a causa del colpo militare. Per garantire la sicurezza dei nostri connazionali si è comunque provveduto, al pari degli altri Paesi occidentali, ad adottare alcune misure. In particolare, oltre a raccomandare la prudenza necessaria in simili casi, si è consigliato a coloro che devono recarsi nel Paese per lavoro di posticipare, se possibile, la propria visita o co-

munque di andarvi senza familiari, contattando all'arrivo il Consolato italiano. Si è inoltre suggerito ai residenti di far partire momentaneamente i familiari ed il personale non indispensabile. È peraltro da tener presente che la collettività italiana residente in Burundi è composta per buona parte da religiosi.

Alla luce di quanto sopra, l'Italia continua a seguire con attenzione e preoccupazione questa delicata fase della vita politica del Burundi.

Il Sottosegretario di Stato per gli affari esteri: Azzarà.

CALDEROLI e ANTONIO MAGRI. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale. — Per sapere — premesso:*

che il signor De Vecchi Paolo è stato socio della SnC Metal Punto;

che la suddetta società ha cessato la propria attività il 12 ottobre 1991, come attestato dalla Camera di Commercio dell'Industria e dell'Artigianato di Bergamo;

che la posizione contributiva dei soci è assolutamente regolare per il periodo di attività dell'azienda;

che secondo i funzionari della sede Inps di Bergamo la posizione dei soci è regolare e non hanno alcuna pendenza verso l'ente perché nel loro operato si attengono e si sono, anche in passato sempre attenuti a quanto dichiarato dalla sopra citata Camera di Commercio;

che l'Ufficio legale della sede provinciale dell'Inps ritiene invece la posizione dei soci debitoria verso l'ente per gli anni 1983-84-85, non riconoscendo quanto certificato dalla Camera di Commercio;

che l'Ufficio legale di cui sopra pretende per i contributi ingiustamente richiesti gli interessi di mora conseguenti a una presupposta irreperibilità del signor De Vecchi Paolo;

che il signor De Vecchi risulta quale abbonato nell'elenco telefonico della pro-

vincia di Bergamo escludendo pertanto l'ipotesi di irreperibilità;

che il signor De Vecchi è Segretario Provinciale del Movimento Lega Nord;

che la stampa ha dato notizia dei fatti di cui sopra;

che ciò potrebbe portare grave nocumento all'immagine del movimento e del suo Segretario provinciale;

che si paventa nel comportamento dell'Ufficio legale dell'Inps di Bergamo l'ipotesi di *fumus persecutionis* —;

per quali motivi l'Ufficio legale dell'Inps di Bergamo, in contraddizione con l'Ente stesso, ritenga i soci debitori verso l'Ente;

se il Ministro non ritenga, qualora fossero provate le ragioni dell'Ufficio legale, di ravvisare gravi omissioni, superficialità e negligenza nell'operato dell'Ufficio Artigiani e Commercianti dell'Inps di Bergamo;

se risulti al Ministro che ai dipendenti, funzionari e dirigenti degli uffici legali spetti, oltre alla normale retribuzione, una quota pari al 5 per cento delle somme recuperate;

in caso affermativo, se non ritenga opportuno procedere ad eliminare questi momenti che potrebbero determinare situazioni di interesse particolare;

se non ritenga opportuno provvedere alle indagini e ai provvedimenti del caso.
(4-10580)

RISPOSTA. — *In relazione alla interrogazione presentata dalla S.V. onorevole, l'INPS ha comunicato quanto segue.*

Il signor Paolo DE VECCHI era iscritto negli elenchi artigiani presso la Camera di Commercio di Bergamo nella qualità di socio artigiano della Metal Punto di De Vecchi e C. S.n.c. società artigiana, la quale, con delibera retroattiva del 27 luglio 1989, è stata cancellata dalla Camera di Commercio dall'albo delle imprese artigiane a far tempo dal 12 ottobre 1981.

(...)

In quest'ottica, avendo già peraltro ben presente le problematiche fondamentali sollevate, questa amministrazione, in occasione di una missione tecnica a Pechino, ha avuto modo di dibattere con le istituzioni competenti della Repubblica popolare cinese tutta la questione al fine di pervenire ad una soluzione soddisfacente per ambo le parti.

Si è in particolare operato per la conclusione di un accordo di massima per la realizzazione di una collaborazione bilaterale nel settore della seta che partisse dal comparto delle materie prime fino alle fasi più avanzate di lavorazione.

Non avendo ottenuto da parte delle autorità cinesi alcuna assicurazione in tal senso, si è provveduto il 15 ottobre 1992 ad avviare una procedura comunitaria che ha consentito negli ultimi mesi dell'anno di sottoporre a restrizione quantitativa (20 tonn.) l'immissione in libera pratica in Italia di taluni prodotti confezionati dalla Cina.

Onde arginare poi gli effetti abnormi dovuti al protrarsi di una situazione che rischia di aggravare ulteriormente le condizioni delle specifiche importazioni italiane (importazioni dalla Cina di prodotti a prezzi anormalmente bassi), si evidenzia che è stato rappresentato, in data 23 marzo u.s., a cura di questo ministero al commissario Brittan, il proposito del Governo italiano di mettere in applicazione anticipata, a livello nazionale i futuri regolamenti comunitari, ivi compreso quello che fissa un regime autonomo comune e specifici contingenti annui per taluni prodotti tessili non coperti dagli accordi AMF CEE - paesi terzi produttori.

In tale ultimo progetto di regolamento sono infatti previsti una serie di contingenti annui comunitari per quei prodotti che, soprattutto con origine Cina, rivestono particolare sensibilità per l'industria comunitaria.

Per il momento, nelle more della risposta comunitaria alla nostra proposta, al fine di poter in qualche modo arginare le importazioni anomale dei prodotti in questione - che avvengono anche attraverso la Germania e l'Olanda - è stata disposta, con una apposita circolare, l'apertura, a partire dal 1° aprile c.a., di contingenti parziali, per i prodotti di seta provenienti dalla Cina.

Inoltre, a parte le suddette questioni che, comunque, dovranno essere opportunamente affrontate e risolte, anche nel più ampio contesto della politica commerciale comune della CEE-Cina, non si possono non considerare le azioni che attualmente vengono svolte in ambito comunitario, con riflessi diretti sul piano interno nazionale, a sostegno del settore.

Fra di esse sono da citare - così come ricordato dal Ministero dell'industria opportunamente interessato al riguardo, i programmi comunitari Retex e Perifra '92. In particolare, il programma Retex prevede azioni di sostegno cofinanziate dalla CEE e dagli altri Stati membri a favore di piccole e medie imprese del settore ubicate nelle aree del Mezzogiorno e del centro-nord eleggibili in base alla regolamentazione comunitaria vigente.

È stato già richiesto ed ottenuto da parte della commissione CEE l'impegno a rivedere dal 1° gennaio 1994 le aree di attenzione del programma Retex. In questa ottica - come ha assicurato lo stesso Ministero dell'industria - saranno tenute in considerazione le esigenze della provincia di Como.

Per quanto riguarda, infine, l'azione Perifra '92, sono stati già approvati dalla commissione CEE alcuni progetti riguardanti il settore tessile valevoli per l'intero territorio nazionale.

Il Ministro del commercio con l'estero: Vitalone.

CACCAVARI. — Ai Ministri della pubblica istruzione e per gli affari sociali. — Per sapere - premesso che:

l'articolo 15 della legge n. 104 del 1992, prevede la costituzione di gruppi di lavoro provinciali interistituzionali per l'integrazione scolastica degli alunni handicappati;

tale gruppo di lavoro è indispensabile per un'organica programmazione di tutti quegli interventi di natura specialistica, assistenziale ed educativa necessari a realizzare una efficace integrazione;

nella provincia di Parma tale gruppo è stato costituito dal Provveditorato agli studi soltanto il 3 novembre del corrente anno;

alla data odierna (16.12.), nonostante l'anno scolastico sia ormai in fase avanzata, tale organismo non si è ancora riunito determinando insufficienza e ritardi di programmazione —:

quali iniziative urgenti intendano assumere per dar corso alla convocazione di detto gruppo di lavoro affinché si possa dare piena attuazione a quanto previsto dalla legge quadro sull'handicap in materia di integrazione. (4-08921)

RISPOSTA. — Questa amministrazione, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 15 della legge-quadro sull'handicap n. 104 del 1992, ha emesso, in data 26 giugno 1992, il decreto ministeriale con il quale sono stati dettati i criteri per la costituzione ed il funzionamento, presso ogni ufficio scolastico provinciale, dei gruppi di lavoro interistituzionali provinciali da tale norma previsti.

Il predetto decreto è stato comunicato ai dipendenti uffici periferici con la circolare ministeriale 26 giugno 1992, n. 216, con la quale non si è mancato di richiamare la particolare attenzione sull'esigenza che gli stessi gruppi di lavoro fossero costituiti con ogni sollecitudine, in considerazione appunto dell'organica e tempestiva programmazione di tutti gli ulteriori interventi di cui è cenno nell'interrogazione.

Quanto, comunque, al ritardo con cui il gruppo di lavoro è stato costituito nella provincia di Parma, il provveditore agli studi di quella sede ha fatto presente che la regione Emilia-Romagna ha perfezionato solo in data 3 dicembre 1992 l'adempimento relativo alla designazione del proprio rappresentante in seno all'organismo in parola.

Lo stesso provveditore agli studi ha, ad ogni modo, assicurato che il gruppo di lavoro, preposto all'integrazione dei soggetti portatori di handicap nelle scuole della provincia, risulta avere già avviato la propria attività.

Dal proprio canto questo ministero non mancherà, ove necessario, di fornire all'ufficio scolastico di Parma la collaborazione necessaria ad assicurare il proseguimento della predetta attività.

Il Ministro della pubblica istruzione: Jervolino Russo.

GUGLIELMO CASTAGNETTI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri.* — Per sapere — premesso che a tutte le scuole è pervenuta lettera autografa del Ministro della pubblica istruzione con allegati bollettino di versamento e sollecitazione agli istituti a sottoscrivere abbonamento al settimanale *Noi* —:

quali ragioni di carattere didattico-pedagogico abbiano determinato la sponsorizzazione da parte del Ministro;

quali analoghi interventi si intendano attuare a favore delle molte pubblicazioni di interesse didattico-pedagogico. (4-10620)

RISPOSTA. — *Nel rispondere, su delega della Presidenza del Consiglio dei ministri, si premette che nessuna iniziativa risulta da me assunta per invitare le scolaresche a sottoscrivere l'abbonamento alla rivista settimanale di cui è cenno nell'interrogazione medesima.*

A tale rivista ho rivolto, invero, una semplice lettera di auguri, un gesto questo che il ministro della pubblica istruzione — così come chiarito in un comunicato stampa dello scorso 30 gennaio — è solito compiere di fronte a novità editoriali, che trattino problemi di attualità attinenti, in particolare, ai giovani e alle famiglie.

Comportamenti non diversi, ove richiesti, vengono, peraltro, osservati nei confronti di ogni valida iniziativa, di carattere sociale e didattico-pedagogica, fermo restando che competenti a deliberare in merito all'acquisto ed al rinnovo delle dotazioni librerie sono, com'è noto, soltanto i consigli di circolo e di istituto delle singole scuole, in conformità di quanto previsto dall'articolo 6, letterab), del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 416.

Il Ministro della pubblica istruzione: Jervolino Russo.

(...)



[Torna all'indice](#)

INTERVENTI SU PROGETTI DI LEGGE IN ASSEMBLEA

XI LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 9 NOVEMBRE 1992

RESOCONTO STENOGRAFICO

88.

SEDUTA DI LUNEDÌ 9 NOVEMBRE 1992PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **MARIO D'ACQUISTO**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **TARCISIO GITTI****INDICE**

	PAG.		PAG.
Disegni di legge (Discussione):		BONINO EMMA (gruppo federalista europeo)	5740
Interventi urgenti in materia di finanza pubblica (1684); Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1993 e bilancio pluriennale per il triennio 1993-1995 (1446); Nota di variazioni al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1993 e bilancio pluriennale per il triennio 1993-1995 (1446-bis); Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (<i>legge finanziaria 1993</i>) (1650).		CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo PDS)	5753
PRESIDENTE	5711, 5715, 5718, 5719, 5722, 5726, 5731, 5735, 5740, 5742, 5746, 5748, 5750, 5753, 5755, 5759, 5764, 5767, 5770, 5774, 5779, 5782, 5784	COLUCCI GAETANO (gruppo MSI-destra nazionale)	5779
ANGELINI GIORDANO (gruppo PDS) . . .	5767	CRUCIANELLI FAMIANO (gruppo rifondazione comunista), <i>Relatore di minoranza sui disegni di legge nn. 1446 e 1650</i>	5719
ARRIGHINI GIULIO (gruppo lega nord) .	5764	GASPARRI MAURIZIO (gruppo MSI-destra nazionale)	5735
BARUCCI PIERO, <i>Ministro del tesoro</i> . .	5731	GUERRA MAURO (gruppo rifondazione comunista)	5755
		MACERATINI GIULIO (gruppo MSI-destra nazionale)	5746
		MANTOVANI SILVIO (gruppo PDS), <i>Relatore di minoranza sui disegni di legge nn. 1446 e 1650</i>	5726
		MARINO LUIGI (gruppo rifondazione comunista)	5782

88.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'Allegato A.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'Allegato B.

(...)

XI LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 9 NOVEMBRE 1992

Missione.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, il deputato de Luca è in missione a decorrere dal pomeriggio di oggi.

Pertanto, i deputati complessivamente in missione sono cinque, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'allegato A ai resoconti della seduta odierna.

Si riprende la discussione.

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

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, una disastrosa amministrazione della finanza pubblica che dura da lunghissimi anni ha determinato il dissesto finanziario del nostro paese; un dissesto che non può essere quindi affrontato con interventi-tampone o d'emergenza.

Le dinamiche sociali che si sono via via attivate nel tempo hanno trovato nel clima culturale che le ha determinate gli elementi di crisi o di recessione, restando in pericoloso equilibrio fra il vero e il falso dell'economia. Così i cambiamenti nei modelli di vita, ottenuti con scriteriati sistemi di induzione al cambiamento e senza un corrispettivo arricchimento reale — negli anni il debito pubblico è costantemente aumentato —, hanno dirottato verso il superfluo e l'eccesso enormi risorse finanziarie, accaparrate dalle solite oligarchie coinvolte nel malaffare del clientelismo e degli sprechi. Anche se un certo sviluppo c'è stato, oggi constatiamo quanto esso sia fragile e a rischio; inoltre, il fondamentale riscontro del suo divenire — il funzionamento quotidiano della macchina sociale — ci fa scoprire limiti sempre più arretrati quanto al progresso ed all'emancipazione collettiva.

Nasce allora l'esigenza di una strategia indirizzata alla ricerca di basi nuove su cui fondare lo sviluppo, con la ragionevolezza necessaria, perchè non si proceda solo attraverso tagli a determinati finanziamenti, con

la conseguente soppressione di diritti acquisiti dai cittadini. Una strategia che miri al risanamento attraverso una qualificazione della spesa e delle entrate, in modo che il risparmio dei cittadini torni a finanziare gli investimenti produttivi e non il debito pubblico; una strategia che garantisca un programma di riforme dello Stato sociale e non il suo abbattimento, come invece si sta verificando in maniera devastante con l'attuazione della manovra del Governo, imposta con le deleghe ed a colpi di fiducia; una strategia che si opponga al pretesto dell'emergenza economica — e che lo superi —, per non creare nuovi poveri, isolando i più indigenti all'interno di una rete di semplici provvedimenti assistenziali minimali.

Di questo nuovo corso contrario allo Stato sociale l'esempio più evidente è rappresentato dalla sanità. Il servizio sanitario nazionale è lo strumento che nel nostro paese ha introdotto sul piano scientifico e culturale, e su quello dell'agibilità del diritto, la materializzazione dell'articolo 32 della Costituzione. Esso è stato però, in tutti questi anni, e soprattutto grazie ai recenti provvedimenti del Governo, taglieggiato, svilito, considerato fonte di perdita di ingenti risorse pubbliche.

Così non è! E basta analizzare l'andamento della nostra spesa sanitaria in rapporto al prodotto interno lordo dei paesi europei ed in ambito OCSE per avere la precisa conoscenza della realtà. Perché, dunque, il Governo impone ulteriori provvedimenti che riducono le risorse per la sanità pubblica, continuando così a gravare in maniera indebita ed onerosa sulla parte dei cittadini che ha sempre pagato? Viene dunque ad essere pesantemente alterato il principio di solidarietà e si dà spazio a tutte quelle situazioni di conflittualità e di sperequazione che, invece di risolvere l'emergenza economica, facilitano la comparsa di emergenze sempre più gravi.

L'attuale sistema pubblico, che eroga servizi per la soddisfazione del bisogno sanitario — in parte prodotti direttamente, in parte tramite convenzioni —, è, come è noto, carente rispetto ai costi, ai quali non corrisponde la qualità necessaria.

Il servizio sanitario nazionale, a causa

della costante sottostima della spesa, è sottoposto alla pressione finanziaria di indebitamento in sensibile crescita e al riguardo non si è mai proceduto a porre in essere quell'inscindibile legame tra programmazione sanitaria e finanziamenti.

Come è possibile che, a fronte di una spesa sanitaria ormai accertata ed impegnata, a tutto il 1992, che sfiora quasi i 100 mila miliardi e a fronte di un impegno assunto dal Governo nella Conferenza Stato-regioni di riconoscimento della spesa, per il 1991, di circa 90 mila miliardi e, per il 1992, di circa 89 mila miliardi fino ad oggi accertati, ci si trovi con una legge finanziaria per il 1993 che destina al fondo sanitario nazionale circa 82 mila miliardi?

Che dire inoltre dell'inesistente incremento delle risorse in conto capitale che, di fatto, renderanno ancora più obsoleto e privo di tecnologie e manutenzione il patrimonio sanitario pubblico? Non disconosciamo che sia stato parzialmente ripristinato l'articolo 20 della legge finanziaria del 1988. Tuttavia, un dato è chiaro: quei 6 mila miliardi, destinati nel triennio a nuovi investimenti (quota, peraltro, erosa dagli attuali livelli di inflazione) serviranno per realizzare, a malapena, gli attuali programmi regionali, che vedranno la luce, forse, tra cinque o sei anni. L'uso di un conto capitale immediato per dotare di tecnologie avanzate il patrimonio di presidi e servizi sanitari pubblici ci avrebbe consentito di attuare davvero le disposizioni contenute nell'articolo 4 della legge n. 412 del 1991, che prevede la revisione del rapporto convenzionato esterno, implementando servizi pubblici a pieno regime di funzionamento ed a qualitativa corresponsione di servizi e prestazioni necessarie.

I recenti provvedimenti del Governo e il disegno di legge finanziaria accentuano ancora di più la preoccupazione che i servizi fondamentali siano in crisi nel futuro. Non è ammissibile che nel settore di intervento per i disabili il disegno di legge finanziaria riduca, dopo i tagli del 1992, di 50 miliardi il finanziamento della legge-quadro n. 104 del 1992, che siano bloccate le assunzioni del personale di assistenza, che il decreto-legge n. 384 blocchi l'adeguamento delle pensioni, che non siano stati finanziati i

capitoli per l'eliminazione delle barriere architettoniche le quali, oltre a tante altre inadempienze, precipitano nel buio dell'inciviltà il nostro paese.

Altra fascia sociale che deve richiamare l'attenzione permanente del Governo è rappresentata dagli anziani che, nell'ottica di una svalutazione generale dei diritti di cittadinanza, sono posti in condizioni subalterne, senza che vi sia alcun impegno finanziario per l'attivazione delle strutture necessarie alla loro accoglienza, nel rispetto della dignità di ognuno.

Le case protette, l'assistenza domiciliare, le residenze sanitarie assistenziali e quanto previsto dal progetto obiettivo-anziani rappresentano la necessaria risposta alla popolazione costituita da quei cittadini che non possono essere lasciati a trascorrere il tempo della vecchiaia come una lugubre attesa della morte. L'Italia del duemila sarà al terzo posto in Europa per la percentuale di anziani (che costituiranno il 22,1 per cento della popolazione). Bisogna, quindi, intervenire con misure adeguate per evitare che il processo di invecchiamento della popolazione produca squilibri molto rilevanti a livello sia economico sia sociale.

Come non rilevare, infine, che tutto il settore della prevenzione, considerato da sempre nelle azioni dei governi e di questo Governo come la Cenerentola del sistema sanitario nazionale, verrà ulteriormente decapitato da questa inesorabile, quanto inefficace, decurtazione di risorse che porrà il nostro paese, nell'ambito europeo, come il Terzo mondo del Mediterraneo?

Di fronte a ciò, il nostro dovere è di richiamare il Governo a non procedere in campo sanitario con la miope ed angusta logica contabile dell'emergenza. Perché, colleghi del Governo, facendoci carico della gravità della situazione economica, non si decide, con il contributo di tutti, con il contributo del Parlamento della Repubblica, di avviare per il prossimo triennio un'operazione-verità, compatibile con i vincoli che dobbiamo darci ma, al tempo stesso, con quanto, in sede di Conferenza Stato-regione, avete voi stessi concordato? Ad esempio, un fondo sanitario nazionale che per il 1993 parta da 89 mila miliardi (più l'indice di

inflazione programmato) e che sappia indicare — per rimanere nell'ambito delle risorse date — dove operare per riqualificare la spesa, combattendo sprechi ed inefficienze, come agire sulle entrate per acquisirne di nuove e sufficienti a rimanere entro i vincoli: solo così i provvedimenti che ci apprestiamo a porre in essere potranno dare certezza alla gestione e al programma di tutti quei soggetti, in primo luogo le regioni italiane, cui chiediamo di assumersi pienamente, attraverso altre leggi, la loro responsabilità. Certezze, responsabilità e pieni poteri sono un trionfo inscindibile sul quale non è possibile di volta in volta, con diversi provvedimenti, giocare a rimpiattino.

Se è vero — e lo è — che la situazione del paese è grave, non possiamo fare della sanità italiana il capro espiatorio di un'emergenza che porrebbe i cittadini e la società intera in una situazione di degrado e di abbandono che non ha nulla a che vedere con il concetto di quinta potenza industriale avanzata. Per questo, come forza di opposizione che responsabilmente indica al Parlamento e al paese proposte di governo, in questa difficile situazione di transizione in campo sia economico sia sociale, avanziamo per i prossimi tre anni, nell'ambito del disegno di legge finanziaria, proposte realistiche e credibili — che saranno poi illustrate — tali da poter configurare per la sanità italiana, nell'ambito di processi di ristrutturazione e razionalizzazione, il cammino per una ripresa in termini di efficienza e qualità, a difesa della salute, il bene più prezioso dell'individuo.

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

MAURO GUERRA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, rappresentante del Governo, con l'esame e l'approvazione dei disegni di legge finanziaria e di bilancio e del provvedimento collegato in materia di finanza pubblica, concludiamo la discussione di una manovra alla quale ci siamo opposti in Parlamento e nel paese partecipando ai grandi movimenti popolari che hanno riempito le piazze e le strade dell'Italia in queste settimane per contrapporsi al complesso delle

misure che il Governo ha ritenuto di predisporre e di far varare dal Parlamento.

I disegni di legge finanziaria e di bilancio ed il provvedimento collegato concludono degnamente, se così si può dire — ed in coerenza con i presupposti dai quali si era partiti con la legge delega in materia di sanità, previdenza, finanza territoriale e pubblico impiego e con il decreto (che è stato approvato con la posizione della questione di fiducia da parte del Governo) — l'iter della manovra economico-finanziaria.

È una conclusione degna e coerente perché anche nei provvedimenti richiamati troviamo tutti i segni, le caratteristiche dell'impianto della manovra economico-finanziaria voluta dal Governo, una manovra che non pone mano ad un risanamento strutturale della situazione della finanza pubblica del paese. Invece di puntare all'efficienza e alla qualità dei servizi fondamentali resi alla popolazione, si punta alla loro demolizione, a volte nel nome della privatizzazione, ormai divenuta una bandiera ideologica agitata ad ogni pie' sospinto.

La manovra attacca pesantemente le condizioni di vita dei lavoratori, dei pensionati, del ceti più deboli del paese e non tiene in alcun conto — comunque non li prende in considerazione — i temi del rilancio, dello sviluppo, della tenuta sociale ed economica del paese; e cercherò di motivare alcune di queste affermazioni. La manovra è stata gestita e condotta in porto da un Governo che in queste settimane ha dato ampia prova di improvvisazione, di scarsa credibilità, capacità di programmazione e di lettura dei processi economico-finanziari in corso e di un modo di affrontare le questioni caratterizzato da una sorta di rincorsa ragionieristica e contabile al reperimento purchessia di risorse per far fronte alla voragine del debito pubblico.

Prima di entrare nel merito del provvedimento collegato, che reca disposizioni urgenti in materia di finanza pubblica, sul quale mi voglio soffermare, vorrei svolgere una riflessione, seppure sommaria, sulle procedure con cui si discute e si approva il complesso della manovra; una riflessione pacata — senza toni esagerati od isterici — ma ferma, poiché ritengo che essa si impon-

(...)

XI LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 13 LUGLIO 1993

RESOCONTO STENOGRAFICO

216.

SEDUTA DI MARTEDÌ 13 LUGLIO 1993

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **SILVANO LABRIOLA**

INDICE

|

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XI LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 13 LUGLIO 1993

PAG.	PAG.
	MARONI ROBERTO (gruppo lega nord) . . 16029
	MAZZUCONI DANIELA, <i>Sottosegretario di</i> <i>Stato per la giustizia</i> 16028, 16029, 16032
	PETRINI PIERLUIGI (gruppo lega nord) . . 16033
	TARADASH MARCO (gruppo federalista eu- ropeo) 16032
Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione e approvazione):	
S. 1240. — Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, recante dispo- sizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezio- ni da HIV e di tossicodipendenti (<i>ap- provato dal Senato</i>) (2876).	
PRESIDENTE . . .	16028, 16029, 16030, 16031, 16032, 16033
ANEDDA GIANFRANCO (gruppo MSI-destra nazionale)	16030
ROBERTO CALDEROLI (gruppo lega nord)	16029
CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo PDS)	16033
DI LAURA FRATTURA FERNANDO (gruppo DC), <i>Relatore per la XII Commisio- ne</i>	16029
	Dichiarazioni di voto finale degli onore- voli Rocco Caccavari e Laura Giun- tella sul disegno di legge di conver- sione n. 2876 16044

XI LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 13 LUGLIO 1993

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Taradash.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Anche noi, signor Presidente, non insistiamo.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Caccavari.

ROBERTO CALDEROLI. Noi, invece, Presidente, insistiamo perché il mio ordine del giorno n. 9/2876/3 venga posto in votazione.

PRESIDENTE. Pongo pertanto in votazione l'ordine del giorno Calderoli ed altri n. 9/2876/3, non accettato dal Governo.

(È respinto)

È così esaurita la trattazione degli ordini del giorno.

Passiamo alla votazione finale.

Indico la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sul disegno di legge di conversione n. 2876, di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, chiedo di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Mi dispiace, ma doveva chiederlo prima. Tuttavia, tenuto conto del modo rapido in cui si sono svolti i lavori, se i colleghi che lo desiderano faranno pervenire il testo scritto della dichiarazione di voto, la Presidenza ne consentirà senz'altro la pubblicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna.

PIERLUIGI PETRINI. Avevo chiesto anch'io di parlare!

PRESIDENTE. No, non è stata registrata alcuna richiesta di dichiarazione di voto.

Avverto che la Presidenza autorizza la pubblicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna del testo delle dichiarazioni di voto degli onorevoli Caccavari e Giuntella.

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Applausi)*.

(S. 1240. — «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, recante disposizioni urgenti relative al trattamento di persone detenute affette da infezione da HIV e di tossicodipendenti» (approvato dal Senato) (2876):

<i>Presenti</i>	343
<i>Votanti</i>	316
<i>Astenuti</i>	27
<i>Maggioranza</i>	159
<i>Hanno votato sì</i>	293
<i>Hanno votato no</i>	23)

Onorevoli colleghi, vi sarebbero da esaminare altri provvedimenti, ma penso sia opportuno porre termine ai nostri lavori.

Sostituzione di un componente della Giunta per il regolamento.

PRESIDENTE. Comunico che il Presidente della Camera ha chiamato a far parte della Giunta per il regolamento il deputato Alfonso Martucci in sostituzione del deputato Antonio Patuelli, entrato a far parte del Governo.

Per fatto personale.

ISAIA GASPAROTTO. Chiedo di parlare per fatto personale.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ISAIA GASPAROTTO. Signor Presidente, ho chiesto di prendere la parola brevemente per fatto personale perchè nel corso della seduta l'onorevole Fragassi ha fatto una dichiarazione che vorrei leggere ai colleghi, in relazione ad un emendamento sul quale c'è stato lo stesso voto della lega nord.

Dice Fragassi nella sua dichiarazione: «Non comprendiamo tuttavia il voltafaccia del PDS circa le motivazioni, non certo

XI LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 13 LUGLIO 1993

nostri suggerimenti o indicazioni sono stati recepiti.

È negativo che non si sia voluta accogliere la proposta di modifica dell'intervento affidato alla GEPI, così come a suo tempo unanimemente concordato, ed è negativo l'impegno assunto dal Governo di acquistare le fregate Lupo.

Nel complesso è un provvedimento guazzabuglio, un *pout-pourri* che accosta tra loro argomenti del tutto incongruenti ed è privo altresì di una qualsiasi idea innovativa in campo di nuove politiche economiche, pur di fronte ad una emergenza-paese dichiarata da tutti grave e che meriterebbe ben altro impegno di risorse, di volontà e di intelligenza per essere adeguatamente affrontata. Tutto ciò detto, vogliamo evitare che il decreto decada e debba essere reiterato per la quarta volta.

Con l'astensione, affidiamo al Senato la conclusione della sua conversione in legge.

DICHIARAZIONI DI VOTO FINALE DEGLI ONOREVOLI ROCCO CACCAVARI E LAURA GIUNTELLA SUL DISEGNO DI LEGGE DI CONVERSIONE N. 2876.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il gruppo del partito democratico della sinistra voterà a favore del decreto in discussione. Sento però la necessità di sottolineare fortemente che sulle problematiche della sanità non è stato possibile quasi mai procedere ad un dibattito responsabile ed ampio data la procedura, ormai abituale e pare irrinunciabile, di ricorrere al voto di fiducia o alla reiterazione dei decreti fino al giorno in cui, come oggi, incombe la scadenza. Tale procedura svislisce il confronto e limita notevolmente le occasioni per sostenere idee e programmi.

L'urgenza di convertire il decreto in esame costringe ad accettare il voto senza discussione e senza emendamenti, e quindi a sottoporsi ad un metodo avvilente.

Chiedo quindi, anche a nome del mio gruppo, che non succeda mai più di affron-

tare argomenti così determinanti in condizioni quasi ricattatorie. La conversione in legge del decreto, sia pure imperfetto ed emendabile, va sostenuta in quanto va assicurata la assoluta tutela della salute dei detenuti con interventi sanitari rispettosi della dignità e dell'autonomia della persona interessata.

L'esperienza clinica maturata in questi anni ha dimostrato la fondamentale influenza che la qualità di vita ha sulla discreta stabilizzazione e sul rallentamento dell'evoluzione dell'AIDS. Molte ricerche scientifiche dimostrano come condizioni ambientali ed igieniche adeguate portino ad un miglioramento dello stato di salute del paziente affetto da AIDS. Basta osservare, per esempio, i giovani ammalati accolti in comunità o comunque in ambiente idoneo per rendere conto di quanto affermato: il miglioramento è documentabile con gli esami specifici.

La detenzione, quindi, determina un peggioramento della sindrome data la precarietà globale dell'ambiente carcerario e una serie di complicazioni (promiscuità, consumi drogastici ossessivi di ogni sostanza, abuso di alcool) che a loro volta portano ad una maggiore labilità biologica con conseguente scarsa o nulla resistenza alle infezioni opportunistiche.

Nè va dimenticato che altre patologie croniche o subacute aggravano le condizioni fisico-psichiche dei soggetti, che sono quindi più rapidamente posti in balia dell'AIDS, che è una malattia inguaribile. Nell'ordine del giorno da me presentato, e sottoscritto anche dalle colleghe Giuntella e Sestero Gianotti, si impegna il Governo a stabilire l'incompatibilità con lo stato di detenzione per i soggetti che presentino un valore di linfociti CD4 non superiore a 200.

Tale indicazione non è il mero raddoppio del valore 100 indicato nel testo originale: l'organizzazione mondiale della sanità e il CDC di Atlanta stabiliscono a 200 il valore dei linfociti CD4 in concomitanza del quale si deve iniziare la profilassi per malattie esiziali per i portatori di AIDS, quali la pneumocistosi e quelle sostenute da microrganismi atipici, oltre alle terapie specifiche. Tale profilassi si traduce in prolungamento della vita e non è praticabile, richiedendo un

monitoraggio specialistico, nel sistema sanitario penitenziario. L'assistenza ai portatori di AIDS richiede la rapida realizzazione delle strutture sanitarie e delle strutture di accoglienza.

Fatti delittuosi recenti impongono di prestare molta attenzione alla gestione dei fondi della legge n. 67 del 1988 che, come è noto, sono stati saccheggianti con un disgustoso e spregevole sfruttamento di malati che consumano il resto della loro esistenza in un clima di disapprovazione quasi generale: penso, invece, che come gli altri cittadini, secondo i principi affermati dalla Costituzione, hanno diritto alla tutela della salute, che questo Parlamento deve difendere.

LAURA GIUNTELLA. Questo decreto si muove su due questioni fondamentali, da una parte la incompatibilità tra i malati di AIDS e il carcere, dall'altra il trattamento dei detenuti tossicodipendenti.

L'ex direttore generale degli istituti di prevenzione e pena, Nicolò Amato, ha osservato giustamente che il provvedimento in esame si limita a congelare la situazione esistente, ed ha rilevato che in fondo il carcere è divenuto uno strumento di contenimento di questioni, da quella della droga a quella degli immigrati extracomunitari, che non si riesce ad affrontare sul piano sociale. Peraltro, non sembra possibile escludere che l'allontanamento dall'incarico del dottor Amato, le cui ragioni non sono state ancora chiarite, sia proprio la conseguenza di questa sua lucida e coraggiosa denuncia.

Deve essere assicurata la piena effettività del diritto alla salute dei detenuti affetti da AIDS e, in conformità ai principi affermati dalla Costituzione, gli interventi sanitari devono risultare in ogni caso rispettosi della libertà e dell'autonomia del malato e in particolare la richiesta di sottoporsi all'accertamento va configurata come un diritto dell'interessato.

Anche in considerazione del fatto che è scientificamente dimostrato che lo stato di detenzione accelera l'evoluzione negativa della malattia, l'incompatibilità con lo stato di detenzione non può che essere stabilita in riferimento ad una soglia di malattia che

dimostri la necessità di ricorrere a trattamenti non praticabili all'interno delle strutture penitenziarie.

In effetti, appare opportuno prevedere l'incompatibilità con lo stato di detenzione per i soggetti che presentino un valore di linfociti CD4 non superiore a 200, oppure nell'ipotesi di patologie opportunistiche gravi anche in presenza di un valore di linfociti superiore a 200. Siamo favorevoli alla modifica apportata dal Senato, che permette l'utilizzazione dei fondi previsti dalla legge n. 67 del 1988 (finanziaria 88), anche per l'istituzione di residenze collettive o case alloggio per i soggetti per cui ricorrano le condizioni di incompatibilità con la detenzione: case alloggio che finora erano abbandonate all'iniziativa delle sole associazioni e che erano ampiamente insufficienti a fronte delle richieste di assistenza.

Per quanto riguarda il problema dei tossicodipendenti, il decreto costituisce senz'altro la dimostrazione di un ripensamento delle forze politiche che pochi anni fa sostennero la necessità di utilizzare la detenzione come strumento di lotta alla diffusione delle tossicodipendenze.

Tale ripensamento va probabilmente collegato alla constatazione degli effetti dell'applicazione della cosiddetta legge Jervolino-Vassalli, che ha portato all'ingresso in carcere di un grande numero di tossicodipendenti e consumatori occasionali di stupefacenti, e che ha fatto sì che la detenzione divenisse un fattore di propagazione delle tossicodipendenze. In questo senso l'articolo 6 del decreto ci appare fondamentale. Infatti, il testo del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 prevedeva la possibilità di sospensione della pena solo per chi avesse riportato una condanna non superiore ai tre anni di reclusione. Stante il rigore della norma punitiva, nella pratica l'istituto aveva trovato ben scarsa applicazione.

Di fatto, pochi hanno potuto fruire del disposto del comma 5 dell'articolo 73 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, dacchè, in caso di condanna per le ipotesi più gravi previste dal comma 1 del medesimo articolo, gli stessi limiti minimi di pena hanno impedito nella manie-



[Torna all'indice](#)

INTERVENTI SU PROGETTI DI LEGGE IN COMMISSIONE

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

3.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 24 FEBBRAIO 1993

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE CAROLE BEEBE TARANTELLI

 INDICE

	PAG.
Disegno e proposte di legge (Discussione e rinvio con nomina di un Comitato ristretto):	
Modifiche alla legge 24 gennaio 1986, n. 31, in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari (1898);	
Pisicchio: Modifiche dell'articolo 1 della legge 31 marzo 1980, n. 126, recante norme di indirizzo alle regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari (582);	
Caccavari ed altri: Rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari (1253)	21
Beebe Tarantelli Carole, Presidente	21, 22, 25, 28
Azzolini Luciano, Sottosegretario di Stato per la sanità	28
Apuzzo Stefano (gruppo dei verdi)	25
Battaglia Augusto (gruppo PDS)	22
Caccavari Rocco (gruppo PDS)	22
Castellaneta Sergio (gruppo della lega nord)	24, 25
Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	26
Farigu Raffaele (gruppo PSI)	27
Garavaglia Mariapia (gruppo DC)	24
Mazzola Angelo (gruppo DC), Relatore	21, 28

agosto del 1989, gli hanseniani, in Italia, sono complessivamente 410 di cui 136 curati in ospedale (i centri di riferimento nazionale per il morbo di Hansen sono quelli di Gioia del Colle, Genova, Cagliari e Messina) e 274 assistiti a domicilio; i familiari a carico sono 349.

Relativamente all'anno 1988, la spesa sostenuta a carico al Fondo sanitario nazionale è stata di lire 4.325.712.510. Confrontando i dati attuali a quelli degli anni precedenti si può notare che il numero degli hanseniani sia in continuo decremento, a causa dell'età media elevata, e che l'afflusso di nuovi casi nell'ultimo quinquennio è stato minimo e ha riguardato, per la maggior parte, o cittadini italiani che hanno soggiornato a lungo in paesi ad elevata endemia leprosa o immigrati da aree iperendemiche (Africa, Filippine, India).

Tenuto conto della diversità dei provvedimenti in esame propongo la costituzione di un Comitato ristretto per l'elaborazione di un testo unificato.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

ROCCO CACCAVARI. I provvedimenti al nostro esame hanno come obiettivo quello di aumentare gli attuali insufficienti sussidi previsti per gli hanseniani, al fine di garantire loro un'adeguata assistenza.

I dati contenuti nella relazione al disegno di legge del Governo probabilmente riportano soltanto il numero di coloro che sono affetti dal morbo di Hansen e che sono assistiti a domicilio. Per quanto mi consta, invece, il numero degli affetti da questa malattia è maggiore di quello qui riferito. In un padiglione speciale dell'ospedale San Martino di Genova sono assistiti circa 600 hanseniani. Non mi risulta che la diffusione della malattia sia in una fase di decremento, tutt'altro: lo dimostrano i circa 15 casi in più che sono stati registrati.

Con le attuali terapie è tuttavia possibile evitare quelle gravi mutilazioni che si registravano in passato e che hanno da

sempre caratterizzato questa malattia: dalla amputazione spontanea e patologica delle estremità degli arti alla grave trasformazione del massiccio facciale e del volto, che dava ai colpiti dalla malattia quella tipica espressione leonina. Un'espressione, questa, che oltre ad essere estremamente invalidante aveva anche una ricaduta d'immagine nelle relazioni sociali, tale da determinare nelle persone colpite una grave forma di disagio.

Ho già detto che oggi esistono delle terapie capaci di eliminare certe deformazioni e quindi di fare in modo che almeno alcuni dei soggetti colpiti possano condurre una esistenza relativamente dignitosa.

Risulta pertanto chiaro che nel momento in cui andiamo ad affrontare la questione dell'adeguamento dei sussidi economici previsti per gli hanseniani non si può non tener conto della necessità di predisporre interventi di tipo sociale e, in particolare, di inserimento nel mondo del lavoro almeno di quei soggetti che, seppure colpiti fisicamente e socialmente dalla malattia, grazie alle attuali terapie e diagnostiche riescono a conservare un aspetto che non determina negli altri atteggiamenti di rifiuto.

In conclusione, ritengo che in sede di Comitato ristretto, dopo aver definito quella parte della normativa relativa ai miglioramenti dei sussidi economici, si debbano affrontare e predisporre specifici interventi che tengano conto delle esigenze che ho sopra illustrato.

Vorrei infine sottolineare un aspetto particolare. Mi consta che esistano farmaci molto efficaci ma non reperibili in Italia. Penso dunque che sarebbe quanto mai opportuno far sì che tali farmaci siano inseriti nel nostro prontuario farmaceutico. Questa sarebbe, tra l'altro, una risposta positiva nei confronti di una « popolazione », quella degli hanseniani, molto contenuta ma anche molto umiliata per le deformazioni determinate dalla malattia.

AUGUSTO BATTAGLIA. Quella che stiamo esaminando può certamente appa-

(...)



[Torna all'indice](#)

ATTIVITÀ NON LEGISLATIVA IN COMMISSIONE

**INTERVENTI IN INDAGINI
E UDIENZE CONOSCITIVE**

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

III

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 5 AGOSTO 1992

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO PER GLI AFFARI SOCIALI, PROFESSOR ADRIANO BOMPIANI, SULLE INIZIATIVE DEL GOVERNO NEL SETTORE DEGLI AFFARI SOCIALI, IN PARTICOLARE IN ORDINE ALLO STATO DEI SERVIZI SOCIALI

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro per gli affari sociali, professor Adriano Bompiani, sulle iniziative del Governo nel settore degli affari sociali, in particolare in ordine allo stato dei servizi sociali:		Culicchia Vincenzino (gruppo DC)	83
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	62, 70, 87, 92	Farigu Raffaele (gruppo PSI)	79
Battaglia Augusto (gruppo PDS)	70	Fronza Crepez Lucia (gruppo DC)	84
Bicocchi Giuseppe (gruppo DC)	76	Giannotti Vasco (gruppo PDS)	64, 67
Bompiani Adriano, <i>Ministro per gli affari sociali</i>	62, 64, 67, 87	Giuntella Rozza Laura (gruppo movimento per la democrazia: la Rete)	78
Bonino Emma (gruppo federalista europeo)	74	Pivetti Irene (gruppo della lega nord)	85
Caccavari Rocco Francesco (gruppo PDS)	77	Sestero Gianotti Maria Grazia (gruppo rifondazione comunista)	74
Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	74, 81, 84	Trappoli Franco (gruppo PSI)	83

minore; il testo unico in questa materia dimostra lo sforzo di dare organicità a mille interventi dispersi, il che rappresenterebbe un'esigenza importante sulla quale dobbiamo cercare di intervenire (anche in relazione agli anziani qualcosa di simile dovrà essere fatto), cercando di riaccorpate le attività troppo settoriali dell'intervento sociale effettuato negli ultimi anni, troppo spezzettato, cominciando a recuperare terreno come è avvenuto per l'handicap e il volontariato, per grandi filoni e non per decisioni di spesa assolutamente settoriali.

Per quanto riguarda la legge sui servizi, occorre veramente un ulteriore chiarimento rispetto a quanto ho letto nella documentazione; questa normativa non è una leggina aggiuntiva, ma attua un riordino complessivo istituzionale, che comprende il problema dell'eventuale trasformazione in ministero dell'ufficio del ministro, cioè una tematica istituzionale di fondo. Su questo tema sarebbe forse il caso che il ministro chiarisse, magari in un secondo momento, se vi sia l'intenzione di dare priorità a questa legge, assumendosi l'impegno di considerare la legge-quadro sui servizi come tema unificante su cui lavorare oppure se si tratterà di una delle cose che si richiama a futura memoria da quarant'anni e che a futura memoria continuerà a richiamarsi per qualche altro decennio. Se vi sarà una volontà politica precisa questo potrà rappresentare un tema unificante capace di restituire all'assistenza quella centralità che oggi rischia di perdere.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Mi dichiaro d'accordo, innanzitutto, con molte delle affermazioni dei colleghi Battaglia e Sestero Gianotti. Devo dire, signor ministro, di essere rimasto molto colpito da una sua frase che ritengo illuminante; lei ha affermato che, per la sua mentalità scientifica consiglia, prima di fare le leggi, di sperimentare e di fare esperienze. Sono perfettamente d'accordo con lei, e mi permetto di aggiungere che anche le esperienze fatte dopo l'emanazione delle leggi devono aiutare a modificarle nel caso in cui non vadano bene.

Tralascio tanti argomenti di cui vorrei parlare, per rimanere nello spirito delle audizioni, in cui si pongono domande; lei ragionava, anche con buoni argomenti, sulla necessità che il volontariato, ma soprattutto il privato sociale, attraverso un'esperienza di partecipazione alla vita collettiva quali sono le comunità, terapeutiche o meno, possano diventare la sede di accoglienza di tutto ciò che nell'esistenza di un tossicomane o di un tossicodipendente possa verificarsi, compresa anche la fase che stiamo vivendo attualmente della manifestazione di una malattia inguaribile quale l'AIDS.

In generale, in una storia tossicomana, gli aspetti da affrontare sono tanti e tali che probabilmente il passaggio in un luogo fisso, seppure cambiando le persone, ma che abbia lo stesso taglio culturale, non riuscirebbe mai a soddisfare l'esigenza di terapia. È dimostrato che nelle comunità si reca circa il 20 per cento dei soggetti tossicodipendenti, mentre il restante 80 per cento rimane per le strade, rimane cioè in balia di quella condizione che noi sappiamo essere caratteristica quasi mai riconosciuta dell'esperienza di un tossicodipendente, cioè un cittadino che vive una condizione illegale dal momento in cui inizia questa sua esperienza e spesso fino a quando la conclude, in carcere o in qualche altro modo più drammatico. Il tossicodipendente utilizza il suo tempo, spesso senza orologio e senza diario, come cittadino in condizioni di illegalità solo perché consuma una sostanza; è quindi un fuorilegge costretto nella quotidianità ad osservare alcune leggi dalle quali però, purtroppo, per la sua esperienza impara solo a difendersi.

Ritengo, quindi, che quell'esperienza maturata dopo la legge n. 162 del 1990 debba portarci a ritenere giusto — al di là delle polemiche, delle appartenenze politiche e dell'interpretazione data da persone sane sulla condizione di malessere sociale — un diritto di uguaglianza nella tutela della salute anche del cittadino tossicodipendente. La legge non deve ricacciare la persona nella clandestinità e non deve porre il soggetto nella condizione di fug-

gire; io sono una persona che attribuisce delle responsabilità ai tossicodipendenti ma, dirigendo da diciassette anni un servizio pubblico, ho imparato che il settore pubblico approccia questo problema con la piena coscienza del limite che esso impone. Non so quali siano le esperienze di tutti i servizi; voglio fare riferimento a quelle che nel settore pubblico gestiscono comunità, centri diurni, laboratori e case per i pazienti ammalati di AIDS che fanno colloqui, che si avvalgono della consulenza di psicologi, che curano la salute e soprattutto che tentano, attraverso l'esperienza maturata in questi anni — che non sono tanti, ma sono abbastanza — di uscire da questa cultura della riparazione, cioè di aspettare che il danno avvenga per poi organizzarsi ed affrontarlo, per tentare, sia pure in maniera molto difficile e complicata (a volte anche non accettata dall'opinione pubblica), di fare prevenzione.

Ritengo allora che ciò che ha sostenuto l'onorevole Bonino per quanto riguarda l'alcolismo sia estremamente importante. Credo però che occorra anche superare la cultura della riparazione, che porta a settorializzare l'intervento terapeutico, operando nello stesso modo per la prevenzione.

È necessario fare in modo di eliminare le condizioni che possono indurre alla ricerca di una mediazione chimica con la realtà, con le proprie conflittualità e in generale i motivi (spesso momentaneamente inavvertiti) che possano condurre una persona a ridimensionare la propria capacità vitale condizionandosi ad una sostanza. Ritengo, quindi, che il passaggio stretto, evidenziato anche in questa sede, fra tossicodipendenza e malattie correlate debba essere allargato.

La condizione di malato di AIDS non interessa, come è noto, solo i gruppi a rischio, dal momento che la malattia può colpire chiunque. Pertanto, dobbiamo agire con una mentalità sociale, come si faceva nel passato, quando un minor numero di farmaci ed una maggiore umanità consentivano la presenza, nei confronti dei malati, di una collettività che si fa carico del

danno da essi ricevuto prima di preoccuparsi di quello che hanno determinato con la loro condotta.

LAURA GIUNTELLA. Mentre ascoltavo la relazione del ministro mi domandavo se stessi sognando, se quanto è avvenuto negli ultimi mesi in realtà non sia successo e se quindi si possa parlare di servizi sociali come prima delle ultime scelte compiute dal Governo.

Rispondendomi, mi sono detta che, se il ministro svolge una relazione di questo tipo, forse possiamo continuare a sognare che nelle nostre città sia possibile davvero realizzare servizi sociali adeguati e che forse lo Stato sociale, che vediamo smantellare giorno dopo giorno, ha ancora qualche possibilità di sopravvivenza.

In questo momento, desidero comunque svolgere soltanto alcune considerazioni di fondo, anche perché la ricca documentazione trasmessaci dal ministro merita uno studio più approfondito. Pertanto (come alcuni colleghi hanno già chiesto) alla ripresa dei lavori parlamentari nel mese di settembre potremo svolgere considerazioni più puntuali.

Desidero sottolineare, in particolare, un punto che mi sembra di aver notato nell'esposizione del ministro rispetto al mondo del volontariato. Al riguardo, non vorrei che proprio nel tentativo, a cui assistiamo, di smantellamento dello Stato sociale, la legge quadro sul volontariato e l'impegno di quest'ultimo finiscano per assumere una configurazione che il mondo del volontariato non vuole, ossia una funzione sostitutiva dell'intervento dello Stato nel settore dei servizi sociali. L'azione del volontariato deve essere, invece, *a latere*, configurandosi come qualcosa di aggiuntivo, non supplente né sostitutiva dell'azione dello Stato.

Nel momento in cui il ministro sostiene che il volontariato deve essere disciplinato, ho quasi l'impressione che ci si rivolga al mondo del volontariato come ad una mano d'opera quasi gratuita o ad una riserva da mettere in attività nel momento in cui lo Stato non riesce più a fornire i servizi sociali che aveva promesso.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

V

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 9 DICEMBRE 1992

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA, ONOREVOLE CLAUDIO MARTELLI, SULLE INIZIATIVE DEL GOVERNO PER LA MODIFICA DELLA DISCIPLINA LEGISLATIVA VIGENTE IN MATERIA DI STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE, PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DEGLI STATI DI TOSSICODIPENDENZA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro di grazia e giustizia, onorevole Claudio Martelli, sulle iniziative del Governo per la modifica della disciplina legislativa vigente in materia di stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza:		Martelli Claudio, <i>Ministro di grazia e giustizia</i>	113, 114, 120, 123, 125 126, 127, 128, 129, 130, 131
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	113, 114, 120, 131	Mussolini Alessandra (gruppo MSI-destra nazionale)	126, 128, 131
Apuzzo Stefano (gruppo dei verdi)	120 127, 129	Poggiolini Danilo (gruppo repubblicano) ..	124 125, 128
Beebe Tarantelli Carole Jane (gruppo PDS)	126, 130	Sestero Gianotti Maria Grazia (gruppo rifondazione comunista)	126
Caccavari Francesco (gruppo PDS)	123, 124	Tuffi Paolo (gruppo DC)	122
Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	120		
Fronza Crepaz Lucia (gruppo DC)	122		
Garavaglia Mariapia (gruppo DC)	127		
Giuntella Rozza Laura (gruppo movimento per la democrazia: la Rete)	126		

In secondo luogo, vorrei sapere se con gli ultimi decreti delegati, riguardanti soprattutto il settore della sanità e dell'assistenza, ci troveremo nelle condizioni di non disporre nemmeno di quel minimo di risorse, per altro non ancora stanziate, indispensabili per il settore sociale. Qual è la risposta complessiva che il Governo intende dare al paese, premesso che dobbiamo dotarci di strutture, soprattutto pubbliche, e che l'assistenza di fatto è affidata al volontariato laico e cattolico, il quale è comunque sottoposto a limiti di intervento? In definitiva uno stato democratico e di diritto dovrebbe esercitare talune forme di controllo e disporre sia all'interno delle carceri sia sul territorio nazionale di una forte presenza a livello sociale, che viene completamente snaturata da un decreto sulla sanità, il quale, di fatto, « taglia » per i prossimi anni qualsiasi possibilità di recupero, per altro urgente e necessario in questo settore.

FRANCESCO CACCAVARI. Mi limiterò a rivolgere alcune domande al ministro, premettendo una breve considerazione: in base alla mia esperienza l'attuale situazione dei tossicodipendenti in carcere è uguale a quella di venti anni fa.

Ricordo che le prime visite effettuate negli istituti, quando i tossicodipendenti ammontavano a poche unità, evidenziavano gli stessi problemi di oggi: gesti autolesivi, incompatibilità carceraria, resistenza nei confronti del personale di custodia, incomprendimento con gli altri detenuti. Da poche decine, i tossicodipendenti si sono moltiplicati e queste situazioni si ripetono in migliaia di casi. Perciò ritengo che l'esperienza di tutti questi anni non possa non dimostrare come il trattamento e l'assistenza ai tossicodipendenti vada impostata secondo una logica, anche quando si tratta di intervenire con la repressione, esterna alla realtà del carcere.

Credo valga la pena, in questo momento in cui anch'io esprimo apprezzamento per la sua iniziativa, anche se ritengo che molto difficilmente si potrà riparare ai danni provocati dalla legge n. 162 del 1990, di procedere con maggiore

cautela e, mi sia consentito dirlo, con più intelligenza politica. Nella realtà italiana, nel bene e nel male, esiste un fenomeno importantissimo, che è quello delle comunità, ma esistono centinaia di servizi pubblici di cui si può dire tutto il male possibile, tranne che non abbiano numericamente un rapporto da uno a dieci con i tossicodipendenti: 5 mila unità nelle comunità terapeutiche e 50-70 mila presso i servizi pubblici. Quindi, almeno sul rapporto quantitativo con i tossicodipendenti, ed anche sulla conoscenza del tipo di rapporto che deve essere instaurato con queste persone, è necessaria oggi una maggiore attenzione.

I SERT non hanno svolto appieno le loro funzioni perché gli organici non sono stati adeguati alle previsioni della legge n. 162; basti considerare che se la USL assume soltanto due operatori (mentre una *équipe* in carcere è formata da cinque unità) ci si trova comunque ad operare al di sotto del minimo indispensabile.

Pertanto, anche se le iniziative di formazione e di intervento per gli agenti penitenziari hanno dato buoni risultati, devo tuttavia ricordare che in questi anni corsi del genere si sono ripetuti tantissime volte, ma la situazione è a tutti nota. Essa è peraltro analoga a quella della scuola, dove si svolgono numerosi incontri con gli insegnanti, si tengono vari corsi di formazione, ed i diversi ministeri competenti, periodicamente, a seconda del proprio ambito di competenza, prendono nuove iniziative con i risultati che, purtroppo, tutti conosciamo.

Comunque, la prima domanda che rivolgo al ministro Martelli riguarda il criterio che stabilisce l'incompatibilità dei tossicodipendenti affetti da AIDS con la vita carceraria, e che fissa a 100 il rapporto di 4 più 8. Tale criterio, secondo me, non ha nulla di scientifico, ma semmai qualcosa di esorcistico.

CLAUDIO MARTELLI, *Ministro di grazia e giustizia*. Mi consenta, onorevole Caccavari, di precisare che abbiamo raddoppiato tale rapporto, che è stato portato a 200.

FRANCESCO CACCAVARI. Non posso che esprimere soddisfazione, ma 100, 200 o 300 dal punto di vista scientifico della qualità della vita di un tossicodipendente non ha alcun significato. L'AIDS non è soltanto carenza di linfociti, ma l'insieme di tutti quei fatti che fanno del tossicodipendente la persona esposta all'aggressione di qualunque tipo di situazione negativa esistente nel carcere, da quella ambientale a quella climatica, per cui soffrire di AIDS a Pianosa è un conto, soffrirne in un carcere del Trentino è un'altra cosa. Vivere in una condizione di promiscuità e di affollamento, come ha accennato il ministro, dove si è ammessi all'aria dopo venti ore, non credo possa costituire il presupposto per una cura, a prescindere dal numero di linfociti.

Credo che anche in questo caso, come per la « dose media giornaliera », siamo in presenza di una valutazione personale ed è arrivato il momento di cominciare a ragionare sulla base delle esperienze compiute, degli errori commessi e degli scarsi successi ottenuti, spostando la nostra attenzione dal virus alle persone che ne sono colpite; dobbiamo capire cosa significhi per molti giovani ragazzi e ragazze in una età, quasi adolescenziale, nella quale ha inizio la tossicodipendenza, giocare con troppa incoscienza la propria vita. L'importante è stabilire qual è la nostra parte di responsabilità e capire se ci manca il coraggio di rischiare.

I tossicodipendenti che vivono in società pongono maggiori problemi perché commettono più reati. Quindi, se vogliamo veramente intervenire dobbiamo avere il coraggio di riconoscere all'esperienza della tossicodipendenza tutta la sua drammaticità, che è quella di aver ridotto la nostra società all'impotenza, visto che qualsiasi provvedimento adottato fino ad oggi non ha dato alcun risultato. Prendiamone atto e cerchiamo delle soluzioni nuove.

Ritengo sia inoltre opportuno ridiscutere il concetto di punibilità: non perché punire o non punire cambi i termini della questione tossicodipendenza, ma perché muta i termini della accettabilità sociale del fenomeno.

Prevedere la sanzione dopo il terzo incontro con il prefetto invece che dopo il secondo è ridicolo. Anche il terzo incontro finirà con il portare in carcere i tossicodipendenti non ottemperanti, così come avviene oggi dopo il secondo incontro.

Se si ha esperienza di tossicodipendenti, si è in grado di capire che la sfida che questi soggetti pongono a sé stessi li pone certamente in condizioni di non tener conto delle altre sfide che vengono loro proposte. Non dobbiamo quindi ricercare esclusivamente forme di tutela del soggetto tossicodipendente, bensì forme di tutela per una persona che, superata la tossicodipendenza (che rappresenta una fase transitoria), diventi un cittadino come tutti gli altri.

Ritengo sia necessario rivedere alcuni principi, perché il problema della tossicodipendenza — non voglio tacciare nessuno di malafede — sta « navigando » da 16 o 17 anni tra due leggi assolutamente inapplicate, la n. 685 e la n. 162. Vorrei che in futuro, considerando il tossicodipendente come persona, si guardasse a quelle poche cose che è ancora possibile tenere in piedi in una società come la nostra: il recupero della dignità e del rispetto, ma soprattutto la garanzia al diritto di cittadinanza quando un cittadino è malato, sia nel caso in cui la malattia dipenda da un virus sia in quello in cui derivi da una sostanza tossica.

DANILO POGGIOLINI. Signor ministro, convengo con lei circa il fatto che siamo in presenza di un problema estremamente complesso, che va affrontato con pragmatismo, concretezza e spirito di ricerca.

A questi criteri — voglio ricordarlo — ispirai in Commissione ed in Assemblea i miei interventi in sede di esame della legge di cui oggi ci stiamo occupando. Espresi infatti numerose riserve, anche in contraddizione con le posizioni del partito repubblicano, cui appartengo.

I dubbi cui faccio riferimento sono gli stessi affiorati abbastanza chiaramente nella sua introduzione e che allora non affioravano nelle posizioni del Governo.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

VIII

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 MARZO 1993

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE RAFFAELE COSTA, IN ORDINE AI PROVVEDIMENTI ATTUATIVI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502, DI RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, NONCHÉ ALLE INIZIATIVE CHE IL GOVERNO HA ALLO STUDIO E INTENDE PRENDERE PER APPORTARVI MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni:		Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	181, 184, 196, 197
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	175, 191, 198	Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i>	191, 193 195, 196, 197, 198
Alterio Giovanni (gruppo DC)	184, 185	Farigu Raffaele (gruppo PSI)	175, 195
Apuzzo Stefano (gruppo dei verdi)	189, 190	Fronza Crepez Lucia (gruppo DC)	190
Biocchi Giuseppe (gruppo DC)	177, 198	Giannotti Vasco (gruppo PDS)	184, 190
Caccavari Rocco (gruppo PDS)	187	Giuntella Rozza Laura (gruppo movimento per la democrazia: la Rete)	189
Castellaneta Sergio (gruppo della lega nord)	179	Jannelli Eugenio (gruppo PDS)	193
		Mussolini Alessandra (gruppo MSI-destra nazionale)	179

Alcune questioni centrali sono state opportunamente sollevate con rigore schematico dalla Commissione e su di esse dobbiamo avere risposte positive, altrimenti non servirà a molto la disponibilità personale del ministro, né un certo attivismo nei confronti di una coerente visione dello Stato. In tal caso assisteremo ad una delegittimazione della Commissione ed anche ad un minore impegno da parte nostra nel suggerire e formulare proposte.

ROCCO CACCAVARI. Credo di potere affermare con tranquillità che, essendo ormai trascorsa una settimana dal nostro ultimo incontro, l'anzianità di ministro dell'onorevole Costa sia cresciuta; tra l'altro in questo periodo egli ha operato scelte ed assunto atteggiamenti che se dovessero continuare ci fanno ben sperare, non perché siano migliori di quelli del suo predecessore — ci vuole poco! — ma perché possano dimostrarsi comunque utili al nostro paese.

Poiché il ministro dovrà occuparsi di una materia che interessa tutti i cittadini, presumo che il peso di tale responsabilità sia veramente notevole; tuttavia la questione più importante riguarda il futuro rapporto tra la Commissione ed il ministro, rapporto che non dovrà essere improntato solo sulle sue future iniziative, ma dovrà essere costruito insieme, nel senso che la Commissione sarà ascoltata ed ogni qual volta il ministro lo richieda.

Perciò le chiedo, signor ministro, di condividere con noi anche le difficoltà che si incontrano nell'affrontare questi problemi, perché mi rendo conto che ciascuno di noi, a seconda della propria appartenenza politica, professionale e culturale, cerca di forzarle la mano o di proporle gli argomenti che sente più vicini, mentre sarebbe più opportuno limitarsi ad una loro *summa*. Comunque, restando nell'ambito degli argomenti che intendo trattare, ribadisco fortemente la necessità di un rapporto da costruire insieme, perché il ministro rappresenti il suo dicastero, ma anche il Governo. Proprio per questo le rivolgo la preghiera di interessarsi anche di ciò che avviene presso gli altri ministeri

in merito ai problemi riguardanti la salute. Mi riferisco a questioni molto importanti, per esempio quella della tossicodipendenza, affrontate in un modo inumanamente elastico con l'emanazione di un decreto-legge che avrebbe dovuto eliminare la misura della carcerazione per detenzione di droga; poi il provvedimento è stato ritirato ed è tornata in vigore la cosiddetta legge Vassali — Russo Jervolino. Ciò ha favorito una situazione di grande confusione e l'abbattimento di quel grado di civiltà che un provvedimento del genere avrebbe rappresentato.

Ritengo sia altrettanto improcrastinabile un rapporto strettissimo con il Ministero di grazia e giustizia per quanto riguarda i tossicodipendenti detenuti affetti da AIDS, e l'incompatibilità tra la gravità della malattia e la detenzione. In realtà il discorso non investe solo questa patologia perché ne esistono altre gravi e irreversibili che alla stessa maniera rendono incompatibile la permanenza in carcere.

Ho richiamato tale aspetto per dire come sia importante per questa Commissione, attraverso la sua qualificatissima presenza, tenersi in contatto con queste altre realtà; in tal modo vincoli o alibi che possano essere serviti a sostenere che le competenze limitano alcune possibilità di intervento verranno superati. Come Commissione che si occupa dei problemi di tutti i cittadini vogliamo partecipare almeno alla fase della discussione dei temi di ampio interesse.

Entrando nel particolare, sento il bisogno di affermare la necessità di una visione della salute integrata da valori culturali e sociali che sono ora trascurati e forse non sono stati mai attentamente osservati.

Mi riferisco a momenti interessanti, come quello della prevenzione, che potrebbero trovare spazio all'interno della nostra organizzazione sociale. Di questo non si parla assolutamente; siamo tutti affannosamente alla ricerca di soluzioni dei problemi che urgono, trascurando aspetti ed interventi che potrebbero rappresentare un'economia che non saprei quantificare sotto il profilo finanziario, ma che sarebbe

certamente rilevante sotto quello della salute complessivamente considerata.

È certamente determinante l'aspetto della riduzione degli sprechi (sono stati fatti molti esempi, in proposito). Il ministro non potrà certo andare nei mille e più ospedali esistenti in Italia, per cui credo che vada individuato un meccanismo di controllo fatto di premi e di punizioni. Si ha infatti l'impressione che chi organizza la sanità o la controlla sia impunito; tutti rimangono sempre al proprio posto, senza che nessuno possa in qualche modo intervenire per correggere le cose che non vanno.

Per quanto riguarda gli ospedali, confermo la necessità dei controlli e degli incentivi, ma credo si renda necessaria anche una ricognizione responsabile degli « imboscati », cioè di coloro che, se svolgessero i compiti previsti dalle loro qualifiche potrebbero favorire la riduzione dei bisogni di alcune categorie, ma esercitano invece una funzione diversa da quella propria. Abbiamo una cronica crisi di infermieri, ma se si vanno a vedere le diverse realtà — presenti al nord come al sud — è possibile appurare che una buona parte degli infermieri qualificati fanno i magazzinieri, gli autisti o anche gli impiegati, grazie a favoritismi di cui possiamo immaginare la natura e che operano a tutti i livelli e in ogni situazione. Se recuperassimo queste forze qualificate potremmo, almeno in parte, sopperire alle carenze di questo personale.

Ritengo meritevole d'attenzione il problema dei prodotti farmaceutici per quanto è stato già detto, ma anche perché bisogna compiere una scelta molto attenta in proposito. Credo che i farmaci, che dovranno essere esaminati con molta attenzione dagli addetti ai lavori, una volta ritenuti inutili, dovranno essere eliminati. Se infatti per il loro consumo si rinvia alla prescrizione, a carico del cittadino, non è difficile che un medico convinca il proprio paziente dell'impossibilità di sostituire un determinato farmaco e che il cittadino sia disposto a pagarlo (per la salute non si guarda a spese!) rimettendoci ancora di più. Se il farmaco viene ritenuto inutile o

dannoso deve essere cancellato, anche se ciò dovesse comportare problemi di occupazione con le case farmaceutiche, che affronteremo in un altro modo. Lasciare nel prontuario un medicinale ritenuto inutile significa autorizzare una prescrizione a totale carico del paziente.

Dovremo renderci conto del fatto che il costo della salute tenderà sempre più ad aumentare, anche contenendo gli sprechi e gli eccessi di spesa. Via via che la tecnologia e la ricerca offriranno la possibilità di utilizzare nuovi macchinari o farmaci più efficaci dovremo essere pronti ad accettare il nuovo che arriva e non fermarci di fronte alla possibilità di diagnosi più precoci o più precise solo perché i costi ce lo impedirebbero.

Richiamo l'attenzione del ministro su un aspetto molto importante riguardante i dipartimenti di emergenza, intendendo riferirmi al solo trasporto degli infermi. Le discussioni del momento non devono farci dimenticare quello che la sanità era prima; non siamo per la difesa del vecchio; vogliamo anzi correggere molti aspetti del passato. Uno dei problemi più gravi riguarda i ritardi nei soccorsi e la mancata attuazione nel territorio di una rete che consenta un rapido accesso ai mezzi di trasporto e il ricorso a personale qualificato, il quale deve essere messo nelle condizioni di arrivare in tempi rapidi. Ancora oggi, pur non venendo più considerato tale dai giornali, è questo un dramma che molto spesso costa la vita ai cittadini. Credo che l'argomento vada ripreso ed approfondito, anche per mettere ordine nella giungla delle numerose sigle. Nelle diverse realtà, molti campano su questa richiesta di intervento urgente, sfruttando lo stato di necessità, la tensione, l'emotività determinati da un carente stato di salute.

Bisogna fare in modo che i cittadini non arrivino, come credo sia prevedibile, alla rivolta; dobbiamo porre un freno all'« aggressione » sui posti di lavoro, frenare l'abbandono degli spazi sociali, interrompere la solitudine che spesso accompagna lo stato di malattia.

Siamo tra i promotori di un referendum e tra i presentatori di una proposta di legge di iniziativa popolare volta a cambiare questa logica che io considero incivile, con la quale si vuole sovvertire lo stato sociale. Credo che ciò rappresenti un'aggressione, cui nessuno può essere disponibile, uno stravolgimento di quella solidarietà di fondo che fino ad oggi ha tenuto insieme, forse più di ogni altro motivo, i cittadini di questo paese.

LAURA GIUNTELLA ROZZA. Mi sembra che in questa Commissione ci siamo fatti prendere un po' la mano da una sorta di strana euforia, come se ci fossimo liberati da qualcosa, probabilmente da quell'impossibilità di parlare in cui c'eravamo trovati con il ministro De Lorenzo. Dovremmo tuttavia ritornare ad un principio di realtà; questa Commissione sta parlando con un esponente dello stesso Governo e dello stesso partito del precedente ministro.

In nome di questo principio di realtà vorrei sapere se sia stato effettivamente ristabilito il dialogo tra Commissione e il ministro. Non basta parlare per sostenere che tale comunicazione si è ristabilita; mi sembra che nella seduta odierna — la scorsa settimana non ero presente per motivi di salute — ognuno di noi si sia sentito liberato e abbia cominciato a riproporre temi, anche in maniera un po' chino disordinata, affrontati nella fase della discussione precedente l'emanazione del decreto.

Vorrei capire a che punto ci troviamo in questo momento, se di dialogo effettivamente si tratta. Vorrei così sapere se dobbiamo ripartire dal decreto o addirittura dalla delega, confrontandoci su punti precisi. Fare un dettagliato resoconto della situazione di mala sanità del nostro paese occuperebbe forse più di un anno di lavoro per ciascuno di noi! Tutti saremmo in grado di citare litigi tra primari, tra direttori di USL, eccetera o portare esempi di ospedali chiusi o malfunzionanti ma non credo che questo sia utile alla soluzione del problema che abbiamo dinnanzi, altrimenti dovremmo dire che il compito

del ministro è quello di continuare ciò che sta facendo, cioè di recarsi all'improvviso negli ospedali, verificare le situazioni di mala sanità, dare voce alle situazioni di malcontento, eccetera.

Ritengo che il compito della nostra Commissione e del ministro della sanità sia quello di riprendere in mano questo decreto, che ha lasciato tutti insoddisfatti, per vedere cosa è possibile cambiare. Ovviamente, ciò è possibile solo se vi è una disponibilità al dialogo, che in precedenza non c'è stata con il ministro De Lorenzo, tant'è che il decreto è stato emanato all'insaputa del Parlamento e delle forze sociali.

Chiedo quindi al ministro Costa quali siano i termini di riapertura di questo dialogo, di modo che sia possibile ricominciare a lavorare su tale decreto punto per punto, perché mi rifiuto di passare altri pomeriggi in Commissione per risentire tutto quello che già ci siamo detti nelle precedenti discussioni. Sappiamo tutti qual è il punto di vista dei colleghi delle varie forze politiche sui temi del decreto e credo che ne sia a conoscenza anche il ministro se ha preso visione degli atti parlamentari. Dunque, è inutile ripeterci. Se dobbiamo riaprire il dialogo, ricominciamo con ordine e vediamo quali sono gli spazi per riprendere in mano, in maniera ordinata, capillare e razionale, la riforma della sanità nel nostro paese.

STEFANO APUZZO. Voglio dire, anzitutto, che se ci ritroviamo a fare le stesse discussioni, ciò è dovuto al fatto che siamo di fronte ad un nuovo ministro della sanità.

Tenuto conto del fatto che i problemi sono pressoché gli stessi, credo che la Commissione possa essere utile alla « causa » e al ministro se fornirà proposte molto concise. Dunque, non pacchi di documentazione ma proposte concrete, quali, per esempio, quella del PDS per « rintracciare » quei finanziamenti che si vorrebbero invece individuare tramite la legge delega ed il riassetto finanziario del settore.

Desidero esprimere al signor ministro il mio apprezzamento e quello del gruppo

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

X

SEDUTA DI GIOVEDÌ 1° APRILE 1993

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DEGLI AFFARI SOCIALI, PROFESSOR ADRIANO BOMPIANI, RIGUARDO I PROVVEDIMENTI PRESI DAL GOVERNO NONCHÉ LE INIZIATIVE CHE INTENDE PRENDERE IN ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA LEGISLATIVA VIGENTE SULL'USO DEGLI STUPEFACENTI E DELLE SOSTANZE PSICOTROPE, PER LA PARTE RELATIVA AGLI INTERVENTI PREVENTIVI, CURATIVI E RIABILITATIVI PRESSO STRUTTURE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE E SOCIO-ASSISTENZIALI DIVERSE DALLE USL ED IN PARTICOLARI COMUNITÀ TERAPEUTICHE

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LINO ARMELLIN**

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro degli affari sociali, professor Adriano Bompiani, riguardo i provvedimenti presi dal Governo nonché le iniziative che intende prendere in attuazione della disciplina legislativa vigente sull'uso degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, per la parte relativa agli interventi preventivi, curativi e riabilitativi presso strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali diverse dalle USL ed in particolari comunità terapeutiche:		Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	242
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	233, 240, 243	Curci Francesco (gruppo PSI)	242
Bompiani Adriano, <i>Ministro degli affari sociali</i>	233, 239, 240, 243	Garavaglia Mariapia (gruppo DC)	242
Caccavari Rocco (gruppo PDS)	242	Giannotti Vasco (gruppo PDS)	240
		Mori Gabriele (gruppo DC)	241, 242
		Pivetti Irene (gruppo della lega nord)	242
		Poggiolini Danilo (gruppo PRI)	239

MARIAPIA GARAVAGLIA. Anch'io ritengo che vi sia bisogno di un approfondimento dell'intera tematica, affinché l'opinione pubblica possa chiaramente rendersi conto dell'operato del Parlamento e del Governo.

Ma non si può approfittare di singoli fatti od episodi per massificare in qualsiasi modo — nel bene o nel male — i giudizi su tutti i servizi a favore dei tossicodipendenti e non soltanto sulle comunità terapeutiche.

Sappiamo che vi è bisogno di un'integrazione dei servizi perché non tutti possono offrire un'assistenza ottimale data la condizione specialissima di ogni singolo tossicodipendente. Da qui la necessità di sottoporre tutti i servizi allo stesso tipo di indagine, di giudizio e di proposte.

Signor ministro, per tale motivo mi rendo conto che di fronte a fatti che assumono un rilievo anche drammatico vi è l'urgenza di adottare provvedimenti che sembrino almeno una risposta immediata. Una risposta che però non sempre si dimostra utile. E allora, se vi sarà, come sembra, un'altra occasione per approfondire l'argomento in discussione — pur rendendomi conto che quanto sto dicendo potrebbe apparire come un limite all'autonomia del Governo — ritengo che sarebbe indispensabile conoscere gli indirizzi che si vorranno dare affinché poi i provvedimenti emanati dal Governo non si blocchino in Parlamento, con una inutile perdita di tempo.

A me pare che si debba riflettere sulla quantità di persone che debbono essere ammesse ai servizi assistenziali, sulla qualità degli operatori, sulla qualità del rispetto di garanzie costituzionali, (giacché non sono tanto sicura che nel momento dell'assistenza e della riabilitazione personale dei tossicodipendenti occorra ricorrere a misure che oltrepassino le garanzie personali tutelate dallo Stato).

Quanto al decreto che attualmente è all'esame del Senato, molti di noi avevano avanzato delle riserve sul ricorso a tale strumento per disciplinare materie di questo tipo. Al riguardo, vorremmo conoscere, signor ministro, la data in cui si terrà la

conferenza nazionale prevista dalla legge, in quanto giudichiamo quella la sede più opportuna per compiere un'indagine e un'analisi complete della situazione nazionale in materia di tossicodipendenza.

FRANCESCO CURCI. Signor presidente, vorrei dichiarare l'assenso del gruppo socialista alla proposta del collega Giannotti in merito alla opportunità ed utilità di un'indagine conoscitiva sulla materia in oggetto.

Tale indagine ci servirà per approfondire tra i tanti anche lo specifico problema del personale impegnato nei servizi pubblici destinati alla cura e alla riabilitazione dei tossicodipendenti.

GIULIO CONTI. Signor presidente, vorrei sapere se esista un orientamento circa la data del prossimo incontro tra la nostra Commissione e il ministro degli affari sociali. Inoltre vorrei anche sapere dal ministro se, in ordine ai contributi dello Stato e delle regioni alle comunità terapeutiche, il suo dicastero eserciti una verifica e un controllo contabile.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei che il ministro chiarisse il passaggio della sua relazione nel quale dice che è possibile che esistano comunità terapeutiche per le quali è previsto l'obbligo di iscrizione all'albo, ma che possono anche non essere convenzionate. Il controllo su queste comunità — mi riferisco alla professionalità — da chi viene svolto? Mi sembra una questione molto importante poiché concerne la possibilità di dare una delega totale per la gestione di un programma senza la possibilità di un controllo.

GABRIELE MORI. È questo il problema: l'autonomia rispetto allo Stato.

ROCCO CACCAVARI. Si tratta — ripeto — di un aspetto fondamentale che a mio avviso va chiarito.

IRENE PIVETTI. Intervengo brevemente per accogliere la proposta avanzata dal collega Giannotti di un approfondi-

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

XI

SEDUTA DI MARTEDÌ 25 MAGGIO 1993

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE MARIAPIA GARAVAGLIA, IN ORDINE AI PROVVEDIMENTI ATTUATIVI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, n. 502, DI RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, NONCHÉ ALLE INIZIATIVE CHE IL GOVERNO HA ALLO STUDIO E INTENDE PRENDERE PER APPORTARVI MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LINO ARMELLIN**

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni:		Giannotti Vasco (gruppo PDS)	327
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	323, 327 328, 329, 331	Petrini Pierluigi (gruppo della lega nord) .	329
Caccavari Rocco (gruppo PDS)	330	Poggiolini Danilo (gruppo repubblicano) ..	329
Garavaglia Mariapia, <i>Ministro della sanità</i>	323, 328, 329, 330	Saretta Giuseppe (gruppo DC)	328
		Sestero Gianotti Maria Grazia (gruppo rifondazione comunista)	329
		Solaroli Bruno (gruppo PDS)	330

In ogni caso, per quanto mi riguarda ho impartito disposizioni precise agli uffici del mio ministero perché si tenga conto che siamo al servizio dei cittadini e non solo delle istituzioni! Tuttavia, come potete bene immaginare, il Ministero della sanità si deve occupare di tanti problemi che, in certi casi, necessitano di interventi specifici, in altri, di interventi di carattere generale. Si pensi che una semplice interrogazione finisce con il creare agli uffici, anche soltanto dal punto di vista meramente cartaceo, delle difficoltà.

ROCCO CACCAVARI. Concordo sugli argomenti sollevati dai colleghi e sulle osservazioni del ministro. Vorrei però richiamare l'attenzione dei colleghi su una scadenza che vedrà coinvolto il ministero entro il 18 giugno prossimo, cioè dopo lo svolgimento del referendum sull'abrogazione dell'articolo 75 relativo alla droga. In proposito, credo che dovremo essere in grado di rispondere adeguatamente, se possibile, con un tipo di intervento che risolva gli equivoci e dia possibilità maggiori di agire in questo campo con tranquillità ed incisività e con più responsabilità da parte dello Stato.

L'attuazione della legge n. 135 ed una maggiore attenzione verso gli aspetti particolari che hanno determinato l'esito del referendum, dovrebbero indurci a dare, anche in questo settore, un segnale di novità.

MARIAPIA GARAVAGLIA, Ministro della sanità. Domani mattina i nostri colleghi senatori dovranno modificare, attraverso un voto dell'Assemblea, una deliberazione della I Commissione affari istituzionali, la quale non ha riconosciuto i requisiti di costituzionalità al decreto sull'AIDS e ad un provvedimento che riguarda interventi a favore dei tossicodipendenti. A seguito degli effetti derivanti dal referendum, sono i servizi territoriali che contribuiscono a tenere sotto controllo la situazione, a prestare cura e assistenza e a svolgere attività di prevenzione. Il decreto prevedeva l'at-

tivazione di servizi ispettivi (che sull'AIDS non erano mai stati attivati) e la stabilizzazione, attraverso concorsi, del personale che già lavora da dieci anni nei SERT ed ha esperienza. Purtroppo, avendo la I Commissione sollevato obiezioni sulla costituzionalità del decreto, temo che i nostri colleghi senatori non lo approvino.

Ho detto questo solo per informarvi, perché non posso chiedere altro. Accolgo, comunque, l'invito dell'onorevole Caccavari ad individuare, con il ministro Contri e con il ministro di grazia e giustizia, manovre più complessive. Però è avvilente constatare che non ci si accorge che, in fatti formali, anche se importantissimi, vengono coinvolti contenuti sui quali la gente ed i nostri colleghi sarebbero sicuramente d'accordo.

BRUNO SOLAROLI. Signor ministro, non faccio parte di questa Commissione e quindi non ne conosco i trascorsi lavorativi, anche se mi sono noti i risultati prodotti nel settore della sanità. Sono membro della Commissione bilancio e, avendo una sensibilità particolare per le questioni sanitarie, ho voluto ascoltare questo suo primo intervento alla Camera dei deputati.

Non voglio impedirle di far fronte all'impegno del quale ci ha parlato, però, poiché domani mattina sarò, come lei, presso la Commissione bicamerale per le questioni regionali, vorrei anticiparle una domanda che mi pare centrale rispetto alle politiche di intervento e di riforma da attuare anche per riparare i danni prodotti in questo settore.

Riprendendo una affermazione del Presidente del Consiglio Ciampi lei ha detto che occorre integrare, modificare, ma tenendo conto dei vincoli finanziari ed economici. In numerose interviste pubblicate dalla stampa, lei ha chiesto ai ministri economici una tregua per quanto riguarda la sanità.

Ma mantenendo fermi i vincoli finanziari ed economici e limitandosi a chiedere una tregua, come è possibile modificare la

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

XII

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 9 GIUGNO 1993

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO PER GLI AFFARI SOCIALI, AVVOCATO FERNANDA CONTRI, SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL GOVERNO NEL SETTORE DEGLI AFFARI SOCIALI

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
Audizione del ministro per gli affari sociali, avvocato Fernanda Contri, sulle linee programmatiche del Governo nel settore degli affari sociali:	
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	335, 345, 348
Battaglia Augusto (gruppo PDS)	345, 346
Caccavari Rocco (gruppo PDS)	347
Contri Fernanda, <i>Ministro per gli affari sociali</i>	335, 345, 347
Giannotti Vasco (gruppo PDS)	347
Mussolini Alessandra (gruppo MSI-destra nazionale)	347
Saretta Giuseppe (gruppo DC)	346

fessionalmente preparato, che vengono discriminati nella destinazione delle risorse. Vorrei sapere se condivide l'opportunità di una loro parificazione alle strutture pubbliche, non di una attenzione particolare, e se intende intervenire sulla legge finanziaria per reperire le risorse necessarie.

VASCO GIANNOTTI. Desidero anch'io congratularmi con il ministro e con il Governo per aver assunto la scelta razionale di offrire un punto di riferimento univoco per le politiche concernenti gli extracomunitari. Mi auguro che possano essere ottenuti risultati positivi e spero che quanto prima si possano discutere approfonditamente le questioni cui oggi il ministro ha accennato.

È importante che la Camera lavori per l'approvazione della nuova legge, ma riterrò opportuno che il ministro si adoperasse anche affinché vengano date risposte, sia pure parziali, nell'immediato.

È noto che il decreto-legge sull'occupazione, in esame in questo ramo del Parlamento, incontra alcune difficoltà: la Camera, con uno schieramento ampio di forze, aveva presentato un emendamento con il quale veniva data soluzione ad alcuni problemi concernenti i lavoratori extracomunitari e si sanava il problema di quelli stagionali. Nella ripresentazione del provvedimento, il Governo ha ritenuto di non tener conto di questo emendamento, che per altro non costerebbe una lira allo Stato. Vorrei chiedere al ministro se non ritenga di intervenire per favorire l'accoglimento di quella proposta; ovviamente, siamo disposti a discuterne ed eventualmente a modificarla.

FERNANDA CONTRI, *Ministro per gli affari sociali*. Riservandomi di rispondere nel corso di una successiva seduta alle domande rispetto alle quali oggi non sono in grado di fornire chiarimenti, posso fin d'ora comunicare all'onorevole Giannotti che è in corso di verifica presso la Presidenza del Consiglio — può darsi che l'argomento verrà esaminato nella riunione di venerdì — il provvedimento che ho elaborato insieme al ministro Giugni, concer-

nente la regolamentazione del lavoro stagionale. Come dicevo, può darsi che venerdì venga approvato un decreto-legge; non posso dire di più, ma garantisco che al problema è già stata prestata attenzione.

ROCCO CACCAVARI. Sono d'accordo con il programma di promozione umana e sociale verso i cittadini da 0 a 100 anni: credo che il dipartimento si debba muovere nell'ottica di una generale attenzione ai diritti dei cittadini, di qualsiasi condizione siano.

Credo che per determinati interventi di competenza del dipartimento per gli affari sociali esistano limiti posti da altri Ministeri. Mi riferisco, ad esempio, alla condizione generale delle fasce emarginate che di volta in volta è affidata ad entità diverse; se il problema riguarda la salute, se ne occupa il Ministero della sanità, se concerne la devianza, il Ministero di grazia e giustizia, se si tratta di problemi legati alla "mortalità" scolastica o alla formazione, il Ministero della pubblica istruzione, quasi che si potessero stabilire limiti ad una condizione umana e sociale che assomma tutti questi aspetti. Non è facile scindere il disagio psicologico da quello sociale, ovvero una cattiva condizione familiare da un problema personale.

Chiedo pertanto al ministro se sia possibile — come è stato fatto per i fondi destinati alle tossicodipendenze, che finalmente fanno capo ad un unico organismo — unificare le esigenze che i cittadini manifestano raggiungendo un accordo tra i vari ministeri. Infatti, se i problemi di un soggetto non vengono affrontati nella loro globalità, dopo la soluzione di uno, se ne presenta immediatamente un altro.

Infine, vorrei conoscere in termini quantitativi l'impegno del dipartimento per la prevenzione. Per molti anni mi sono occupato di tossicodipendenze ed il dato riferito dal ministro relativamente ai 13 milioni di giovani da 0 a 18 anni mi preoccupa molto.

ALESSANDRA MUSSOLINI. Riallacciandomi al problema delle tossicodipendenze, vorrei affrontare il tema delle comunità terapeutiche.

(...)



[Torna all'indice](#)

XII LEGISLATURA

Eletto nel collegio di Parma Centro - Proclamato il 2 aprile 1994 - Elezione convalidata il 25 ottobre 1994

Iscritto al gruppo parlamentare:

PROGRESSISTI - FEDERATIVO dal 21 aprile 1994 all'8 maggio 1996

Componente di organi parlamentari:

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI) dal 25 maggio 1994 all'8 maggio 1996

Termine del mandato: 8 maggio 1996

ATTIVITA' DA DEPUTATO

Proposte di legge presentate come primo firmatario

Ordinamento della professione di psicomotricista (160) (presentata e annunciata il 15 aprile 1994)

Norme per l'abolizione della pubblicità dei prodotti alcolici e l'istituzione di un fondo nazionale per iniziative di informazione e di prevenzione dell'intossicazione alcolica (161) (presentata e annunciata il 15 aprile 1994)

Norme per il riordino del settore termale (197) (presentata il 16 aprile 1994, annunciata il 15 aprile 1994)

Norme in materia di erboristeria e di piante officinali (318) (presentata e annunciata il 21 aprile 1994)

Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine nazionale degli odontoiatri (1083) (presentata e annunciata il 2 agosto 1994)

Norme per il recupero culturale, ambientale e turistico dell'itinerario detto Via Francigena (1887) (presentata il 17 gennaio 1995, annunciata il 18 gennaio 1995)

Modifiche all'articolo 4 della legge 27 dicembre 1995, n. 816, concernente il rilascio di permessi per l'espletamento delle funzioni amministrative degli amministratori pubblici (2117) (presentata il 1° marzo 1995, annunciata il 2 marzo 1995)

Interrogazioni con risposta scritta

Impegni gravosi per gli amministratori locali in casi di calamità (7680) (risposta annunciata nella seduta del 12-6-1995)

Difficoltà di uso degli apparecchi cellulari per mancanza di collegamento, nelle zone montane (5335) (risposta annunciata nella seduta del 13-9-1995)

Interventi su progetti di legge in Assemblea

Conversione in legge del decreto-legge 24 giugno 1994, n. 401, recante disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali (Rinviato alle Camere dal Presidente della Repubblica, a norma dell'art. 74 della Costituzione, in data 11 agosto 1994 - Doc. I, n. 1 (768); (26-07-1994 pag. 2082)

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (1365-bis); (07-11-1994 pag. 4698 - 16-11-1994 pag. 5574)

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1995 e bilancio pluriennale per il triennio 1995-1997 (1072); (1072-bis); (18-11-1994 pag. 5854)

Conversione in legge del decreto-legge 16 gennaio 1995, n. 19, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (1893); (21-02-1995 pagg. 8478, 8480, 8481, 8485)

Conversione in legge del decreto-legge 18 settembre 1995, n. 383, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (3127); (14-11-1995 pagg. 17110, 17114)

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (S. 2157) (3438-bis); (19-12-1995 pag. 18671)

Interventi su progetti di legge in Commissione**XII Commissione (AFFARI SOCIALI)**

Proroga del programma cooperativo Italia-USA nella terapia dei tumori (approvata dal Senato) (S. 385) (1631); (13-12-1994 pag. 3)

Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e nuove norme in materia di esercizio della professione di odontoiatra (671); Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine degli odontoiatri (866); Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine nazionale degli odontoiatri (1083); Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine degli odontoiatri (1522); (14-6-1995 pag. 15 - 20-6-1995 pagg. 23, 24, 35)

Attività non legislativa in Assemblea**Interventi su avvenimenti di rilievo**

Sull'eccidio in Burundi di tre volontari italiani (03-10-1995 pag. 15549)

Attività non legislativa in Commissione**XII Commissione (AFFARI SOCIALI)****Interventi in indagini e udienze conoscitive**

Audizione del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, Antonio Guidi, sulle linee programmatiche del Governo nel settore (21-9-1994 pagg. 127, 137).

Audizione del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale Adriano Ossicini sui finanziamenti alle comunità terapeutiche (29-3-1995 pag. 234).

Audizione del sottosegretario per la sanità' Mario Condorelli, sull'attuazione della risoluzione Tanzarella 7-00149 relativa all'applicazione della legge 210 del 1992 (3-5-1995 pag. 254).

Audizione del ministro della sanità, Elio Guzzanti, sulle questioni relative alla sicurezza delle trasfusioni nonché alla produzione e alla importazione di sangue e di prodotti emoderivati (21-6-1995 pag. 274).

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 4 maggio 1990, n. 197. Audizione dei rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità: professor Giuseppe Vicari, Direttore generale dell'Istituto superiore di sanità, dottor Giuliano Gentili, primo ricercatore, dott.ssa Mariella Orlando, dirigente di ricerca (13-7-1995 pag. 40).

Audizione del ministro della sanità Elio Guzzanti, sul metodo UROD e sulla sperimentazione dell'UK 101 (3-10-1995 pag. 301).

Programma di audizione ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente (audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato: dott. Andrea Monorchio, ragioniere generale; dott. Bruno De Leo, ispettore generale capo e dott. Emanuele Carabotta, primo dirigente) (7-11-1995 pag. 31).

Programma di audizioni ai fini dell'esame preliminare del bilancio a legislazione vigente (audizione di rappresentanti delle regioni: dott. Iles Braghetto, assessore alla sanità della regione Veneto; dott. Franco Toniolo, rappresentante della regione Veneto; dott. Giovanni Bissoni, assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna) (8-11-1995 pag. 62).



[Torna all'indice](#)

PROGETTI DI LEGGE PRESENTATI

CAMERA DEI DEPUTATI N. 160

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CACCAVARI

Ordinamento della professione di psicomotricista

Presentata il 15 aprile 1994

ONOREVOLI COLLEGGHI! — La presente proposta di legge intende rispondere alle richieste di riconoscimento professionale degli operatori psicomotricisti che già svolgono o che intendono svolgere interventi qualificati nel settore sanitario; è finalizzata, inoltre all'istituzione dell'ordine e dell'albo professionale degli psicomotricisti italiani definendo, altresì, le loro competenze in ambito riabilitativo. Tali competenze consentono allo psicomotricista di effettuare un proficuo intervento su soggetti che presentano *handicap* problemi o difficoltà che si manifestano sia sul piano motorio, sia sul piano cognitivo sia su quello relazionale. Alla specificità di questi disturbi occorre che si risponda con un intervento specifico. Tale intervento, inoltre, si colloca e risponde ad un bisogno e ad un orientamento presente oggi in tutte quelle tecniche riabilitative che rifuggono

sempre più da un meccanicismo di fondo per fare ricorso alla motivazione del paziente a guarire. Queste tendenze si spingono egregiamente con l'impostazione « psicomotoria » e con gli orientamenti di presa in carico globale della persona. La peculiare caratteristica di questo orientamento teorico-pratico inserisce lo psicomotricista nelle tendenze che, sul piano più generale, caratterizzano la dinamica evolutiva dei sistemi sanitari. In altri termini, se si farà un discorso di figure professionali al servizio di una nuova cultura del malato e della malattia superando le logiche categoriali, si potranno differenziare gli specifici compiti. La necessità di differenziare gli interventi evita che si possa pensare di risolvere tutto appiattendolo le figure professionali, e, pur recuperando una base comune di conoscenze ed una omogeneità di problematiche, comporta una chiara diffe-

renziamento dei ruoli e delle competenze in base ai contenuti specifici.

Non possiamo più eludere il problema di « raffinare » le tecniche d'intervento: sempre di più oggi si pensa che l'intervento terapeutico debba essere espletato basandosi sulla partecipazione e sulla motivazione del paziente. La persona in cura deve poter contare sulle parti « sane » di sé: di conseguenza su una riabilitazione che la valorizzi e non la faccia sentire passivamente in mano a qualcuno che si occupa di lei. Oggi, con il costante progresso delle discipline mediche e psicologiche, abbiamo il dovere di preparare e riconoscere il ruolo degli operatori che possono al meglio assumersi la problematica della persona in difficoltà nella sua globalità; la terapia psicomotoria non ha la pretesa di accelerare le tappe di sviluppo, né di creare nuovi apprendimenti, ma mira all'armonizzazione della personalità facendo perno, in maniera strategica, sull'unità psicosomatica.

La definizione stessa di « psicomotricità », infatti, si presenta affascinante nel suo intento di conciliare i due termini estremi della concezione dualistica della persona umana: concezione che la cultura di questo secolo stempera via via sotto l'impulso di esperienze e di fenomeni che hanno visto riproporsi sempre più energicamente l'interazione « corpo - mente » come modello costitutivo dell'individuo.

La psicomotricità si iscrive in un progetto che tende a introdurre un rapporto attivo ed efficace, da un punto di vista terapeutico e da un punto di vista pedagogico, tra il corpo e le attività mentali, intellettive ed affettive. Essa, quindi, postula l'unità della persona (alla base sia della diagnosi che del trattamento) non escludendo, tuttavia, la differenziazione delle tre sfere costitutive della personalità: motoria, affettiva e cognitiva. Molte sono le definizioni in uso data la complessità e l'interdisciplinarietà della materia. Volendo tracciare una sintesi si potrebbero intravedere due aspetti fondamentali:

a) la stimolazione nel bambino della progressiva conoscenza di sé (a cominciare

dal « sé » corporeo) e del mondo attraverso la motricità e le capacità rappresentativo-simboliche;

b) lo studio ed il trattamento delle alterazioni della motricità finalizzata alle situazioni evolutive e di apprendimento (alterazioni dovute a differenti eziologie di carattere psicoaffettivo, funzionale o organico eccetera).

A seguito delle ricerche condotte all'ospedale *H. Rousselle* di Parigi dall'*équipe* diretta dal professor J. De Ajuriaguerra negli anni cinquanta e sessanta la professione di psicomotricista è stata riconosciuta in Francia nel 1974 con l'istituzione di un diploma di Stato per gli operatori di questo settore. Più o meno nello stesso periodo veniva riconosciuta anche in Svizzera. Le iniziative italiane in questo campo negli ultimi quarant'anni sono state molteplici, di varia matrice (italiana, francese, svizzera, americana) e di varie tendenze. Si sono svolte iniziative di formazione che hanno visto la partecipazione di molti esperti anche stranieri. Sul piano editoriale sono nate numerose iniziative a carattere scientifico e divulgativo (bollettini, riviste, traduzioni di molti autori soprattutto francesi). L'interesse dimostrato dal nostro Paese ha spinto il gruppo internazionale ad affidare all'Italia l'organizzazione del V congresso internazionale di psicomotricità (Firenze, maggio 1982) nel quale si è potuto constatare il ricco, promettente e già fortissimo numero di apporti e di contributi scientifici italiani.

L'esigenza di un riconoscimento ufficiale che renda operativa legalmente la figura dello psicomotricista nel nostro Paese per far fronte alle esigenze sopra esposte si evince:

a) dall'esistenza *de facto* di questa professione: anche camminando per la strada ci si rende conto di quanti centri sportivi o estetici espongono la dicitura « psicomotricità ». Senza, tuttavia, giungere a questa estrema evidenza della domanda e dell'offerta, basta vedere in quanti servizi socio-sanitari questa figura è operante o perché assunta in ruolo tramite

un regolare concorso, o tramite contratti a termine ovvero con incarichi di consulenza. Addirittura se ne fa menzione nel contratto nazionale di lavoro per il personale sanitario non medico dell'area sanitaria privata (siglato a Roma il 9 novembre 1987, titolo VIII, articolo 31);

b) dall'analisi dei piani socio-sanitari adottati da alcune regioni (vedi ad esempio per la regione Lombardia il programma triennale straordinario ai sensi dell'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887, in materia di tutela della salute neuropsichica nell'infanzia e nell'adolescenza deliberato dal consiglio regionale del 14 ottobre 1986, per la regione Veneto, il piano sociale regionale del Veneto per il triennio 1989-1991 di cui alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 22;

c) dall'istituzione presso alcune università (Roma, Genova, Palermo, Napoli, eccetera) di scuole dirette a fini speciali per « terapeuti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ». Ciò sta ad indicare che la proposta riabilitativa sta evolvendo e mutando la sua qualità e che l'approccio psicomotorio risulta indispensabile, specie a livello dell'età evolutiva;

d) dall'esistenza di una normativa analoga presente già da anni in altri Paesi della Comunità europea in Francia, ad esempio, la figura riconosciuta, come sopra detto, nel 1974, ha ottenuto nel corso degli anni successivi importanti aggiornamenti relativi al ruolo ed all'impiego, fino all'ultimo decreto del 28 aprile 1988 emanato dal Ministero degli affari sociali e dell'occupazione, che ne stabilisce dettagliatamente le competenze ed i settori d'intervento;

e) dalla direttiva « relativa ad un sistema generale di riconoscimento dei diplomi di istruzione superiore che sanzionano formazioni professionali di una durata minima di tre anni » (direttiva 89/48/CEE del Consiglio, del 21 dicembre 1988).

In base a questa direttiva, paradossalmente, gli psicomotricisti francesi potranno esercitare, a pieno diritto giuridico, dal 1993 la loro professione in Italia paese nel quale tale figura non è ancora sanzionata legalmente e nel quale esistono, a tutt'oggi, poche scuole di formazione legalmente riconosciute;

f) dal riconoscimento della professione di psicomotricista in quanto tecnica sanitaria di riabilitazione nel testo unificato concernente il riordino delle professioni infermieristiche elaborato nella precedente legislatura dalla XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati.

La presente proposta di legge all'articolo 1 definisce la terapia psicomotoria e la professione di psicomotricista. Non è inutile tale definizione dal momento che molta confusione si è generata in Italia a questo proposito, facendo perdere di vista la specificità di questo intervento.

L'articolo 2, nell'elencare le competenze, sottolinea la specificità di cui all'articolo 1 e si può ben cogliere quanto l'ambito di intervento di questa figura sia definibile e specifico.

L'articolo 3 stabilisce la formazione necessaria e la necessità di iscrizione all'albo per coloro che intendono esercitare questa professione.

L'articolo 4 istituisce l'ordine degli psicomotricisti.

Gli articoli 5, 6 e 7 istituiscono e dettano le regole fondamentali per l'albo degli psicomotricisti e per la relativa iscrizione e cancellazione.

Gli articoli 8 e 9 conferiscono al Ministro di grazia e giustizia la facoltà di emanare le norme e le modalità relative all'applicazione della presente legge in materia di disciplina dell'albo degli psicomotricisti.

L'articolo 10 prevede norme transitorie in sede di prima applicazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Definizione della terapia psicomotoria e della professione di psicomotricista).

1. La terapia psicomotoria è un trattamento neuro-psico-fisiologico a mediazione corporea, che ha lo scopo di prevenire, mantenere o ristabilire i meccanismi delle funzioni percettive, motorie, mentali e comportamentali dell'individuo in relazione con il suo ambiente.

2. Lo psicomotricista è il professionista abilitato all'esercizio della terapia psicomotoria di cui al comma 1, nell'ambito della prevenzione, dell'educazione e della riabilitazione dell'individuo.

ART. 2.

(Competenze dello psicomotricista).

1. Lo psicomotricista è abilitato a compiere, su prescrizione medica, i seguenti atti professionali:

a) la delineazione del profilo psicomotorio dell'individuo;

b) l'educazione e la stimolazione psicomotoria precoce;

c) l'intervento terapeutico attraverso appropriate tecniche di approccio corporeo, di rappresentazione e di rilassamento su soggetti affetti da:

1) ritardi psicomotori semplici;

2) sindromi psicomotorie, quali inibizione psicomotoria, instabilità psicomotoria, debilità motoria, insufficienza cerebellare, maldestrezza, disturbi dello schema corporeo;

3) disturbi psicomotori parziali quali scariche motorie ritmiche ed esplo-

rative, disturbi della percezione del sé, disturbi dell'organizzazione spazio-temporale, disturbi del processo di lateralizzazione, disturbi gnoso-prassici;

4) insufficienza mentale;

5) turbe del comportamento e della comunicazione;

6) disturbi specifici dell'apprendimento;

7) patologie nelle quali si individua la necessità di un intervento, anche di supporto, di tipo psicomotorio per affrontare le problematiche connesse con il vissuto dell'individuo.

d) la prevenzione primaria e secondaria nelle istituzioni socio-educative in collaborazione con gli operatori dei servizi di cui alla presente legge.

2. La professione di psicomotricista include l'attività di ricerca, di sperimentazione e di consulenza nell'ambito delle specifiche competenze, l'attività di formazione metodologica, pratica e personale rivolta agli studenti dei corsi di psicomotricità o di riabilitazione nei quali sia prevista questa disciplina, nonché le attività di aggiornamento rivolte ad altri professionisti nel campo dell'educazione e della salute.

ART. 3.

(Abilitazione all'esercizio della professione).

1. Per l'esercizio della professione di psicomotricista è necessario essere iscritti all'albo professionale di cui all'articolo 5, al quale si accede dopo aver conseguito il titolo di psicomotricista al termine di uno dei corsi previsti dalla normativa vigente.

ART. 4.

(Ordine degli psicomotricisti).

1. È istituito l'ordine degli psicomotricisti.

2. All'ordine appartengono gli psicomotricisti iscritti all'albo nazionale di cui all'articolo 5. Le funzioni relative alla tenuta dell'albo sono esercitate dall'ordine ai sensi della presente legge.

3. L'ordine degli psicomotricisti è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico.

ART. 5.

(Istituzione dell'albo professionale).

1. È istituito l'albo professionale degli psicomotricisti.

2. Gli iscritti all'albo sono soggetti alla disciplina di cui all'articolo 622 del codice penale.

ART. 6.

(Iscrizione all'albo).

1. L'albo degli psicomotricisti è strutturato a livello nazionale.

2. Per l'iscrizione all'albo occorre essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) essere cittadino italiano, cittadino di uno Stato membro della Comunità europea o cittadino di uno Stato con cui esista trattamento di reciprocità;

b) non aver riportato condanne penali per reati che comportano l'interdizione dalla professione;

c) essere in possesso degli attestati di formazione prescritti.

3. Per l'iscrizione all'albo l'interessato deve inoltrare domanda in carta da bollo al consiglio nazionale dell'ordine, corredata dai documenti di rito.

4. Il consiglio nazionale dell'ordine esamina le domande entro due mesi dalla data del ricevimento delle stesse e si pronuncia con decisione motivata della quale viene redatto un apposito verbale.

5. L'albo è redatto in ordine cronologico, secondo le deliberazioni delle iscrizioni. Per ciascuno iscritto è precisato co-

gnome, nome, data e luogo di nascita, luogo di residenza e numero d'ordine di iscrizione.

ART. 7.

(Cancellazione dall'albo).

1. La cancellazione dall'albo di cui all'articolo 5, è obbligatoria nei casi di:

- a) rinuncia da parte dell'iscritto;
- b) esercizio di libera professione in situazione di incompatibilità;
- c) mancanza di anche uno solo dei requisiti d'iscrizione di cui all'articolo 6.

ART. 8.

(Regolamento dell'albo).

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, sono emanate le norme relative alle modalità di iscrizione e di cancellazione dall'albo e sono altresì disciplinati l'istituzione della sede dell'ordine, i rispettivi organi, nonché le procedure elettorali.

ART. 9.

(Formazione dell'albo ed elezione per gli organi dell'ordine).

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro di grazia e giustizia, nomina un'apposita commissione che procede alla formazione dell'albo professionale degli aventi diritto all'iscrizione ai sensi dell'articolo 10. I commissari sono scelti tramite sorteggio da un elenco di nominativi forniti dall'Associazione nazionale unitaria psicomotricisti italiani (ANUPI). Il presidente della commissione esercita la funzione di commissario preposto alla formazione dell'albo.

2. Il commissario preposto alla formazione dell'albo entro tre mesi dalla pubblicazione dell'elenco delle persone ammesse all'iscrizione all'albo ai sensi dell'articolo 10, indice le elezioni per il consiglio e per gli altri organi dell'ordine, attenendosi ai criteri di cui alla presente legge.

ART. 10.

*(Iscrizione all'albo
in sede di prima applicazione).*

1. L'iscrizione all'albo in sede di prima applicazione della presente legge è consentita su domanda, da presentare entro novanta giorni dalla nomina del commissario di cui all'articolo 9, a:

a) coloro che hanno conseguito il titolo di psicomotricista al termine di un corso triennale giuridicamente riconosciuto;

b) coloro che hanno conseguito il titolo di specializzazione in psicomotricità al termine di un corso annuale o biennale giuridicamente riconosciuto;

c) coloro che hanno frequentato un corso triennale di psicomotricità istituito presso enti od associazioni private che documentino, tramite l'attestazione della scuola, le ore di frequenza effettuate, il programma, che deve comprendere la formazione personale, teorica ed il tirocinio, il superamento dell'esame finale, nonché lo svolgimento per almeno due anni delle attività di cui all'articolo 2;

d) coloro che ricoprono un posto di ruolo come psicomotricista presso una struttura pubblica o privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale.

2. L'ANUPI può promuovere, in accordo con istituti universitari, scientifici o con agenzie formative ritenute idonee, corsi di aggiornamento e di perfezionamento che costituiscono titolo di ammissione all'albo di cui all'articolo 5.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 161

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CACCAVARI

Norme per l'abolizione della pubblicità dei prodotti alcolici e l'istituzione di un fondo nazionale per iniziative di informazione e di prevenzione dell'intossicazione alcolica

Presentata il 15 aprile 1994

ONOREVOLI COLLEGHI! — Esiste ormai da molto tempo un ampio accordo in sede medica e scientifica sui danni rilevanti provocati alla salute umana dall'abuso di alcool.

Il nostro Paese, nel quale in generale sono assai carenti gli interventi di prevenzione a tutela della salute e soprattutto le politiche di informazione tendenti a tale scopo, ha affrontato fino ad oggi il problema in modo assai parziale. Non vi è dubbio, invece, che esso rappresenti un preminente problema di salute pubblica.

I dati recenti ci dicono, d'altra parte, che liquori e altre bevande alcoliche rappresentano una buona parte degli oggetti della pubblicità (per una spesa complessiva di circa 500 miliardi di lire nel 1990), che ogni giorno ci assale in modo diretto e indiretto.

La bottiglia diventa il passaporto dell'omologazione. Ridere della pubblicità televisiva o trasmessa con altri mezzi è un esercizio tragico: vuol dire prendere in giro la solitudine di chi non si sente « come gli altri » e ha bisogno di un incentivo per adeguarsi alle abitudini di tutti.

Come mai per l'AIDS e la droga il dibattito è in primo piano su ogni rete televisiva, sui quotidiani e settimanali, mentre il contributo sulla strage per alcolismo è soltanto l'esaltazione dello *spot*? Eppure le stime parlano di trentamila morti l'anno soltanto nel nostro Paese, e l'alcool è all'origine di almeno trenta incidenti stradali su cento. Il suo abuso provoca gravi malattie, spesso mortali, come tumori, cirrosi epatica, pancreatiti. Si calcola in cinque milioni il numero degli italiani che bevono troppo.

Ogni tanto, il problema torna agli onori delle cronache. È il caso recente della « morte dopo la discoteca » che ha sensibilizzato l'opinione pubblica sul fatto che l'alcolismo è in aumento tra i giovani. Cominciano a bere intorno ai 14-15 anni, con grande preferenza per la birra, per poi passare ben presto ai superalcolici, saltando la fase intermedia del vino, che non incontra il loro favore.

Abbiamo bisogno quindi di interventi che tengano conto dei comportamenti dei consumatori, delle abitudini culturali, del grado di informazione e di consapevolezza dei cittadini.

Da questo punto di vista va segnalato che i più ampi risultati nella lotta agli abusi di alcool si stanno ottenendo laddove non solo si mette in atto un'equilibrata politica di divieto, ma soprattutto si è riusciti ad invertire un *trend* culturale, che collegava l'abitudine all'abuso di alcool a comportamenti ritenuti emancipati, socialmente apprezzati o, più semplicemente, alla moda. E da questo punto di vista decisiva è stata l'azione informativa e la positiva pressione sociale svolta non solo dalle autorità pubbliche, ma da singoli cittadini e soprattutto da associazioni ed enti volontari.

Occorre difatti aver presente che il grado di maturità raggiunto dalla nostra società rende necessarie politiche certe, severe e decise ma anche credibili.

La presente proposta di legge punta quindi, in accordo con queste premesse, a rivedere l'attuale disciplina pubblicitaria e ad avviare un'ampia campagna informativa e preventiva nei confronti della popolazione.

Nella pubblicità non compare mai l'indicazione della gradazione alcolica del vino o del liquore propagandato ed anche sulle etichette delle bottiglie si fa spesso fatica a ritrovare l'indicazione del contenuto di alcool, scritta in un angolo ed a caratteri microscopici. Non vi è dubbio che la pubblicità sia efficace. In un recente studio è stabilito che le nazioni dove i

messaggi pubblicitari in tale settore sono vietati hanno un consumo *pro capite* del 16 per cento (superalcolici) e dell'11 per cento (vino e birra) inferiori ai Paesi dove invece sono permessi.

I dati disponibili parlano in termini molto chiari. Ad esempio nei Paesi (Norvegia, Finlandia e Danimarca) in cui è proibito ogni tipo di pubblicità, la mortalità annua per cirrosi epatica è molto più bassa rispetto ai Paesi (Canada, Irlanda, Austria, Inghilterra, Stati Uniti, Francia e Spagna) dove è vietata solo quella per i superalcolici. Il gruppo comprendente i Paesi che non hanno adottato misure restrittive sugli *spot* pubblicitari dei prodotti alcolici (Portogallo, Australia, Belgio, Italia, Lussemburgo, Olanda) ha il maggior numero di morti per cirrosi epatica. Risultati analoghi possono essere riportati per quanto riguarda un'altra conseguenza negativa dell'abuso di alcool: il numero di incidenti stradali. Anche a questo proposito è insufficiente l'azione delle autorità sanitarie.

Va anche ricordato che circa il 6 per cento di tutti i tumori è imputabile all'alcool e che esiste un potenziamento fra alcool e fumo di sigaretta per quanto riguarda la carcinogenesi: i tumori del fegato, dell'esofago e del cavo orale sono infatti più frequenti fra i bevitori.

Infine, non si può sottacere che il fenomeno dell'alcolismo causa danno non soltanto alle persone interessate, ma è fonte di gravi problemi per le loro famiglie e per la società. I dati allarmanti sono sufficienti per chiederci come mai un problema di salute così importante non trovi adeguate reazioni da parte degli organismi sanitari. Questa proposta di legge è finalizzata a raggiungere almeno due obiettivi. Il primo è di natura educativa: fin dalla scuola elementare si devono iniziare campagne di informazione per conoscere gli effettivi danni dell'uso dell'alcool; la seconda misura consiste proprio nell'abolire, con la necessaria gradualità, ogni forma di pubblicità sugli alcolici.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. A decorrere dal 1° gennaio 1998 in tutto il territorio nazionale è fatto divieto di svolgere propaganda a favore dei prodotti alcolici con qualunque mezzo di diffusione.

ART. 2.

1. Dal 1° gennaio 1995 i produttori ed i rivenditori di prodotti alcolici sono tenuti a versare l'equivalente del 20 per cento dei costi della pubblicità svolta in favore dei prodotti alcolici ad un fondo per la prevenzione e la limitazione dei danni da abuso di prodotti alcolici, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per gli affari sociali.

2. Le dotazioni del fondo di cui al comma 1 sono stabilite annualmente con la legge finanziaria.

ART. 3.

1. Le quote del fondo di cui all'articolo 2 sono ripartite con vincolo di destinazione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto della popolazione e degli indici di consumo di prodotti alcolici.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono programmi di informazione e di educazione sanitaria rivolti alla prevenzione dei danni correlati al consumo di prodotti alcolici, da realizzare con l'apporto dei comuni, delle unità sanitarie locali, delle associazioni che per statuto sono direttamente impegnate nella lotta contro l'alcolismo.

ART. 4.

1. L'inosservanza da parte dei produttori e dei rivenditori degli obblighi di cui all'articolo 2, comma 1, comporta la revoca della licenza di produzione o di vendita dei prodotti alcolici per un periodo non inferiore a sei mesi.

2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Presidente del Consiglio dei ministri, con proprio decreto, stabilisce le modalità per la riscossione delle somme dovute dai produttori e dai rivenditori in base alla pubblicità effettuata ed individua l'autorità demandata ai controlli, anche in riferimento al provvedimento di revoca da adottare nei casi di cui al comma 1.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 197

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CACCAVARI, GALILEO GUIDI, GIANNOTTI, NADIA MASINI,
INNOCENTI, VOZZA**

Norme per il riordino del settore termale

Presentata il 16 aprile 1994

ONOREVOLI COLLEGHI! — La conclusione anticipata della precedente legislatura non ha consentito di portare a termine l'iter della presente proposta di legge e delle altre collegate nonostante che la lunga e approfondita discussione svolta presso la Commissione affari sociali avesse prodotto l'approvazione di un testo unificato.

Su tale testo erano convergenti i pareri favorevoli delle forze politiche componenti la Commissione, che aveva ripetutamente consultato esperti ed amministratori interessati con la finalità di dare la più ampia attualità alla proposta stessa.

Va ricordato che per due volte detta proposta di legge è stata assegnata in sede

legislativa; una prima volta era stata ritirata per l'intervento del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, che intendeva alienare le terme ex EAGAT nell'ambito della liquidazione dell'EFIM. La seconda assegnazione non è andata a buon fine per la conclusione della legislatura, come già ricordato.

Diventano sempre di più validi i motivi per portare a termine l'iter legislativo della presente proposta di legge in quanto si aggravano le condizioni socio-economiche delle realtà territoriali interessate le quali vengono colpite non solo dal calo dei curandi ma anche dalla riduzione delle attività indotte e collegate al termalismo.

La proposta di legge definisce il ruolo delle cure termali e le modalità di erogazione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, attribuendo alle regioni un ruolo centrale.

Gli articoli 6, 7 e 8 riguardano l'erogazione da parte dell'INPS e dell'INAIL di

prestazioni termali a scopo di prevenzione secondaria e terziaria e del trattamento terapeutico riabilitativo delle diverse situazioni cliniche. Gli articoli 10, 11, 12, 13 e 14 contengono le disposizioni relative alle aziende termali già inquadrate nell'ex EAGAT.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Ruolo delle cure termali).

1. Le cure termali, per la loro riconosciuta efficacia terapeutica e per la loro duttilità di impiego che le rende idonee ad esplicare incisiva azione per la tutela globale della salute nelle fasi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione, sono ascritte, come prestazioni autonome o complementari di altri mezzi di cura, tra gli strumenti ordinari a disposizione della sanità pubblica per il mantenimento e il ripristino dello stato di benessere psicofisico dei cittadini.

ART. 2.

(Erogazione delle cure termali).

1. Le cure termali sono erogate solo dagli stabilimenti termali definiti dall'articolo 14, primo comma, lettera *a*), del regolamento di cui al regio decreto 28 settembre 1919, n. 1924, in regola con l'atto di concessione mineraria o di subconcessione o altro titolo giuridicamente valido per lo sfruttamento delle acque minerali utilizzate, con l'atto di riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali utilizzate, ai sensi dell'articolo 6, primo comma, lettera *b*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e in possesso di autorizzazione all'apertura ed all'esercizio rilasciata ai sensi dell'articolo 43 della citata legge n. 833 del 1978.

2. Sono altresì considerati stabilimenti termali i reparti termali degli alberghi in possesso dei requisiti di cui al comma 1.

3. L'erogazione delle cure termali agli utenti del Servizio sanitario nazionale è assicurata ai sensi della normativa vigente.

ART. 3.

(Attività di ricerca scientifica, di rilevazione statistico-epidemiologica e di educazione sanitaria).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alla realizzazione, senza oneri a carico dello Stato, attraverso rapporti di collaborazione con le aziende termali, di mirati programmi di rilevazione statistico-epidemiologica, di educazione sanitaria e di ricerca scientifica, anche con obiettivi di interesse sanitario generale.

ART. 4.

(Leggi regionali).

1. La qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali, ai fini del più efficace svolgimento delle funzioni ad essi attribuite dalla presente legge e l'integrazione con le altre strutture della sanità pubblica, sono promosse con legge regionale tenendo conto delle esigenze di carattere epidemiologico ed organizzativo.

ART. 5.

(Conferma dei regimi speciali INPS e INAIL).

1. Per i fini, rispettivamente, della prevenzione secondaria e terziaria degli stati di invalidità pensionabile nell'ambito delle affezioni artroreumatiche e broncoasmatiche e del trattamento terapeutico o riabilitativo delle situazioni cliniche indotte da infortunio sul lavoro o da malattia professionale, in favore dei lavoratori avviati alle cure dall'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) che ne hanno titolo secondo le norme vigenti, resta confermato lo speciale regime costituito da cicli di cura termale specificamente strutturati ed integrati che sono garantiti dal Servizio

sanitario nazionale con oneri a carico del Fondo sanitario nazionale e dalle prestazioni economiche accessorie che sono direttamente erogate dai predetti enti con oneri a carico delle rispettive gestioni previdenziali.

2. Le prestazioni sono erogate secondo le condizioni e con le modalità vigenti presso l'INPS e l'INAIL a mezzo delle convenzioni e, relativamente agli assicurati all'INPS, prioritariamente presso gli stabilimenti termali di cui all'articolo 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

3. Tutte le operazioni e gli atti necessari all'ammissione alle prestazioni idrotermali di cui al presente articolo sono demandati all'INPS e all'INAIL che li effettuano tramite i propri organi periferici i quali, prima dell'avvio dei curandi presso la località termale di destinazione, devono darne formale comunicazione, contenente una sintesi diagnostica dei singoli casi, all'unità sanitaria locale di residenza dei curandi e all'unità sanitaria locale convenzionata.

4. La sintesi diagnostica di cui al comma 3 deve essere integrata, nei casi di concessione da parte dell'INAIL delle prestazioni idrotermali a dipendenti al di fuori delle ferie annuali, dalla motivata prescrizione di cui all'articolo 8.

ART. 6.

(Non cumulabilità delle prestazioni INPS con quelle di regime comune).

1. Chiunque abbia fruito di un ciclo di cure secondo il regime INPS non può nello stesso anno fruire anche di un altro ciclo di cure secondo il regime comune, e viceversa.

ART. 7.

(Erogabilità dei cicli di cura della riabilitazione motoria e neuromotoria e della rieducazione funzionale del motuleso e della riabilitazione alla funzione respiratoria).

1. Sono erogabili agli utenti del Servizio sanitario nazionale i cicli di cura termale della riabilitazione motoria e neuro-

motoria e della rieducazione funzionale del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria utili per le patologie identificate dal Ministro della sanità ai sensi del comma 4 dell'articolo 16 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

ART. 8.

(Cure termali concesse a lavoratori dipendenti al di fuori dei congedi ordinari e delle ferie annuali).

1. Ai lavoratori dipendenti pubblici e privati, con esclusione di quelli avviati alle cure dall'INPS ai sensi dell'articolo 5, le prestazioni idrotermali possono essere eccezionalmente concesse, al di fuori delle ferie annuali e dei congedi ordinari, esclusivamente nei cicli di cura della riabilitazione termale di cui all'articolo 7 e nei casi in cui l'immediata esecuzione del trattamento termale, anche in associazione con altri mezzi di cura, sia risolutiva per la terapia delle patologie che possono trovare reale beneficio dalle cure termali e che sono identificate con decreto del Ministro della sanità.

2. Nelle fattispecie di cui al comma 1, le prestazioni idrotermali possono essere autorizzate dalla unità sanitaria locale di residenza del curando solo su motivata prescrizione di un medico specialista, ovvero, limitatamente ai lavoratori avviati alle cure dall'INAIL, su motivata prescrizione dei medici specialisti dell'Istituto; la motivata prescrizione deve espressamente riguardare la sussistenza di tutte le condizioni di cui al comma 1 e deve essere sempre suffragata, salvo casi di conclamata evidenza clinica, da specifici accertamenti strumentali o di laboratorio.

3. Il periodo di fruizione delle prestazioni idrotermali autorizzate ai sensi e nei modi di cui ai commi 1 e 2 è assimilato a quelli di malattia anche agli effetti di cui all'articolo 2110 del codice civile, a condizione che il lavoratore interessato, salve le specifiche procedure INAIL, presenti all'unità sanitaria locale di residenza la prescrizione del medico di fiducia entro cinque giorni dalla data di redazione ed inizi

la cura termale entro il termine massimo di venti giorni dal rilascio della autorizzazione impegnativa da parte della unità sanitaria locale.

4. I lavoratori autorizzati a fruire delle prestazioni idrotermali ai sensi del presente articolo sono altresì tenuti, entro due giorni dal rilascio dell'autorizzazione impegnativa rilasciata dall'unità sanitaria locale, nonché della motivata prescrizione di cui al comma 2, a trasmetterne copia al proprio datore di lavoro. I medesimi documenti debbono essere trasmessi all'INPS dai lavoratori aventi diritto alla indennità economica. Il datore di lavoro e l'INPS possono chiedere, entro cinque giorni, al responsabile del servizio medico legale dell'unità sanitaria locale, che decide entro i successivi cinque giorni con provvedimento motivato, il controllo della motivata prescrizione del medico specialista e la verifica delle condizioni di cui al comma 2.

5. La mancata osservanza delle disposizioni di cui ai commi 3 e 4 comporta, salvo giustificato motivo, per il lavoratore interessato la perdita dei benefici derivanti dallo specifico regime erogativo sul rapporto di lavoro e su quello previdenziale; i benefici medesimi non competono se la cura è effettuata presso uno stabilimento termale non convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

6. Per il controllo della fattispecie erogativa di cui al presente articolo si applicano le disposizioni del decreto del Ministro della sanità emanato ai sensi dell'articolo 16, comma 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

7. I congedi straordinari, le aspettative per infermità, i permessi per malattia comunque denominati, concessi per fruire delle prestazioni termali ai sensi del presente articolo non possono superare il periodo di quindici giorni l'anno anche per i soggetti di cui al terzo comma dell'articolo 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, salvo che per i cicli di cura della riabilitazione di cui all'articolo 7 della presente legge.

8. Tra il periodo di fruizione delle prestazioni termali ed i congedi ordinari o le ferie annuali deve intercorrere un intervallo di almeno quindici giorni.

ART. 9.

(Valutazione dell'attività termale ai fini dei concorsi pubblici).

1. Ai fini della valutazione nei concorsi pubblici, il periodo di servizio effettivamente prestato dai medici presso aziende termali convenzionate, con rapporto di lavoro dipendente, è equiparato a quello prestato presso il Servizio sanitario nazionale.

ART. 10.

(Destinazione delle società termali a partecipazione statale già inquadrate nell'EAGAT).

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, individua, tra le società termali a partecipazione statale già inquadrate nel soppresso Ente autonomo di gestione per le aziende termali (EAGAT), quelle che posseggono una caratterizzazione economica, sociale, occupazionale e territoriale inscindibile dalla città tale da configurarsi come un'unica città-impresa termale.

2. Il Ministro del tesoro, su proposta del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, è autorizzato a disporre il trasferimento, a titolo gratuito, alla regione o provincia autonoma ed al comune nel cui territorio ciascuna società è ubicata, rispettivamente, del 51 per cento e del 49 per cento delle azioni possedute dalla gestione liquidatoria dell'EFIM in ciascuna delle società identificate al comma 1.

3. Per le società termali che non presentano le caratteristiche di cui al comma 1, il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente

per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predispone un programma di cessione, articolato anche per aziende, rami di attività e parti di esse. Nel caso che regioni, province autonome e comuni nel cui territorio siano ubicate le società termali deliberino, entro sessanta giorni dall'adozione del programma di cessione, l'acquisizione dell'intera partecipazione azionaria nelle stesse società, il Ministro del tesoro, su proposta del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato è autorizzato a disporre il trasferimento, a titolo gratuito, dell'intera partecipazione posseduta dalla gestione liquidatoria dell'EFIM.

4. Le regioni e i comuni possono cedere anche a terzi privati, a prezzo di mercato, quote delle rispettive partecipazioni azionarie nelle società di cui ai commi 1 e 3; tale facoltà deve essere esercitata di intesa tra le regioni e i comuni. La partecipazione complessiva del comune e della regione non può essere in nessun caso inferiore al 51 per cento dell'intero pacchetto azionario eventualmente acquisito ai sensi del comma 3.

ART. 11.

(Costituzione di società per azioni e schema tipo di gestione).

1. La gestione delle aziende termali ed alberghiere di proprietà della società di cui all'articolo 10 deve essere affidata a società per azioni, costituite in conformità dello stesso articolo 10 tra persone fisiche o giuridiche di provata disponibilità finanziaria e in grado di offrire garanzie di professionalità, di cui regioni o province autonome e comuni posseggano una quota del capitale non superiore complessivamente al 10 per cento e non inferiore all'1 per cento ciascuna.

2. Le regioni, le province autonome e i comuni potranno esercitare i diritti di cui all'articolo 2409 del codice civile qualunque sia la loro quota azionaria. La società di gestione opera in base ad un contratto

stipulato secondo uno schema tipo elaborato dal *Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato*, che deve prevedere un piano industriale, un elenco di investimenti, risultati minimi di reddito, livelli occupazionali e i casi di risoluzione del contratto.

ART. 12.

(Reimpiego dei ricavi da cessioni azionarie delle regioni e dei comuni).

1. Le regioni ed i comuni destinano le somme ricavate dalla cessione di quote delle rispettive partecipazioni azionarie nelle società proprietarie delle aziende termali, ad aumento del capitale sociale delle società stesse.

ART. 13.

(Destinazione del Centro ittico tarantino-campano S.p.a.).

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge il Centro ittico tarantino-campano S.p.a. procede alla propria scissione mediante scorporo dei beni sociali che si trovano ubicati nella regione Puglia, con i relativi rapporti giuridici ed economici.

2. I beni scorporati e il personale che vi è addetto sono trasferiti ad una società per azioni di nuova costituzione che, esaurite le operazioni di scissione, è trasferita, senza corrispettivo, alla regione Puglia.

3. La società trasferente elabora una situazione patrimoniale alla fine del mese in cui è avvenuta la scissione di cui al comma 2 e la sottopone, con la relazione di certificazione, all'assemblea degli azionisti. In tale sede la gestione liquidatoria dell'EFIM provvede alla copertura di eventuali perdite utilizzando, fino a concorrenza, propri crediti iscritti in bilancio. Qualora, dopo l'operazione di copertura delle perdite, risultassero crediti residui della gestione liquidatoria dell'EFIM, gli stessi sono conferiti alla società trasferente e portati ad aumento del capitale sociale.

ART. 14.

(Formazione professionale).

1. Le regioni, nell'ambito dell'attività e dei finanziamenti della formazione professionale, possono istituire corsi abilitanti per la professione di tecnico addetto ai servizi di cure termali. Ai corsi, della durata di un anno, sono ammessi coloro che sono in possesso del diploma di scuola media inferiore.

ART. 15.

(Talassoterapia)

1. Con decreto del Ministro della sanità è istituita una commissione incaricata di definire i fondamenti scientifici e gli aspetti giuridico-economici delle prestazioni erogate dagli stabilimenti talassoterapici ai fini di un loro eventuale inserimento nella gamma delle prestazioni convenzionalmente erogabili dal Servizio sanitario nazionale; in attesa della conseguente disciplina della specifica materia, è prorogata la validità delle convenzioni in vigore.

ART. 16.

(Consorzio tra le aziende termali).

1. Per la promozione all'estero del settore termale e per il sostegno tecnico-organizzativo di iniziative necessarie alla competitività delle aziende termali italiane nell'ambito del mercato unico europeo, l'autorità preposta al settore del turismo favorisce la costituzione di un consorzio nazionale tra le aziende termali che vogliono aderirvi.

2. Lo statuto del consorzio di cui al comma 1 è approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri e prevede la possibilità e le modalità di partecipazione degli organismi e delle associazioni pubbliche e private direttamente o indirettamente interessate allo sviluppo dell'economia termale e di quella indotta.

ART. 17.*(Abrogazione di norme).*

1. È abrogato il comma 5 dell'articolo 16 della legge 31 dicembre 1991, n. 412, e ogni altra disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 318

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CACCAVARI

Norme in materia di erboristeria e di piante officinali

Presentata il 21 aprile 1994

ONOREVOLI COLLEGHI! — Le ragioni che ci hanno indotto a ripresentare una proposta di legge in materia di piante officinali per uso erboristico, aggiornata rispetto a quelle presentate nell'VIII, nella IX, nella X e nella XI legislatura, sono diverse. Le più importanti sono quelle riguardanti: la crescente diffusione dell'automedicazione — che pone una problematica anche di ordine sanitario — e il conseguente attuale incremento del commercio (già oltre 2.000 esercizi di vendita) e dell'uso di tali piante; la necessità di modificare profondamente la normativa nazionale vigente nel settore e in primo luogo la legge 6 gennaio 1931, n. 99, che, oltre ad essere obsoleta e fortemente inadeguata rispetto alle novità intervenute e alle nuove conoscenze tossicofarmacologiche, è anche fonte di continui

equivoci e contrastanti pareri; la mancanza di una definizione legislativa chiara dei profili e delle competenze delle figure professionali operanti nel settore dell'erboristeria. Al riguardo va rilevato che i ruoli dell'erboristeria e dell'erborista discendono soltanto dalla tradizione e dall'esperienza, sono giuridicamente incerti, sono oggetto di ricorrenti interpretazioni controverse e vi è dunque bisogno di ricercare una loro adeguata collocazione e definizione.

La stessa definizione e classificazione delle piante officinali per uso erboristico richiede aggiornamenti e precisazioni.

Secondo la legislazione vigente « per piante officinali si intendono le piante medicinali, aromatiche e da profumo ». Il regio decreto 26 maggio 1932, n. 772, in-

dica 57 piante officinali spontanee che sono in grado, a seconda della specie, di esplicare determinate azioni terapeutiche, salutari, aromatizzanti e cosmetiche.

Tutta la normativa esistente in materia è comunque imperniata sulla legge 6 gennaio 1931, n. 99, a cui fecero seguito, nel 1932, il regolamento applicativo e il già ricordato elenco delle piante dichiarate officinali. Da allora sono passati 60 anni; la realtà è profondamente mutata, ma le leggi sono ancora le stesse ad eccezione di qualche vago punto di riferimento offerto da alcune direttive CEE.

Sarà bene affermare che non è nostra intenzione né sopravvalutare né sminuire il ruolo dell'erboristeria. C'è qualche volta il rischio di una interpretazione di tipo magico o superstizioso che va combattuta. Così come va combattuto e scoraggiato ogni uso non corretto e non responsabile dell'erboristeria, cui si deve guardare senza atteggiamenti fideistici. Al tempo stesso va respinta ogni posizione preconcetta o intento derisorio, nel rispetto di una tradizione che ha le sue radici in una consolidata cultura popolare.

Va ricordato che un'alta percentuale di piante officinali consumate in Italia viene attualmente importata dall'estero, anche se quelle estere, si sostiene da più parti, non sempre eguagliano per qualità quelle nazionali, aggravando di varie decine di miliardi il saldo negativo della nostra bilancia agro-alimentare. Per converso sono sempre più numerosi gli studiosi e gli esperti che ritengono che il nostro paese possieda forti potenzialità nel campo della coltivazione di dette piante. Un incremento di tale produzione, a cui mira, assieme ad altre finalità, la presente proposta di legge, consentirebbe, tra l'altro (come dimostrano alcune significative esperienze in atto in Toscana ed in altre regioni), il recupero di terre incolte e l'aumento dell'occupazione giovanile, e potrebbe altresì consentire nell'avvenire un apprezzabile incremento dell'esportazione di buone qualità nazionali di piante officinali.

Inoltre, sia sulla base di ben note passate esperienze (vedasi il largo contributo che le sostanze di origine vegetale hanno dato e danno alla moderna farmacologia), sia per gli orientamenti attuali derivanti, talvolta, dall'isterilirsi della ricerca di composti sintetici, un impulso alla attività di ricerca fitoterapica determinerebbe nuovi stimoli anche alla ricerca farmaceutica.

La presente proposta di legge, volendo ricercare risposte positive alle esigenze sopradette e ad altre ancora, ha lo scopo di giungere ad una normativa moderna ed equilibrata che disciplini la coltivazione, la raccolta, la trasformazione, il commercio e la promozione della produzione e della ricerca nel settore delle piante officinali utilizzabili in erboristeria e, parzialmente, in farmaceutica. Costituendo la erboristeria un'attività che incide positivamente o negativamente, anche a seconda della correttezza della sua applicazione, sullo stato di salute dei cittadini si intende altresì promuovere l'educazione igienica e sanitaria particolarmente dei giovani attorno a questa materia.

La proposta di legge ha tenuto conto e si è avvalsa degli importanti risultati a cui sono pervenuti il dibattito e l'elaborazione compiuti dalle associazioni professionali degli erboristi e da altre associazioni, da esperti e studiosi della materia, da amministratori locali e regionali. I presentatori della proposta non hanno l'ambizione di prospettare soluzioni interamente rispondenti a tutta la problematica del settore — la disputa tra studiosi, operatori e cittadini attorno alla erboristeria è tuttora assai viva e ben lungi da far prevedere una conclusione a breve termine — ma si propongono più realisticamente di fornire le risposte che sono oggi possibili e di compiere un passo avanti essenziale per l'adeguamento e lo sviluppo della normativa esistente, in modo da tutelare gli acquirenti e dare tranquillità e sicurezza agli operatori erboristici. La proposta di legge è dunque aperta a tutti i contributi e a tutti i possibili miglioramenti, non

avendo noi la pretesa di avere risolto tutti i complessi problemi che abbiamo incontrato nel corso della sua elaborazione.

Non è qui il caso di fare la storia, suggestiva e antichissima, della coltivazione e dell'uso delle piante officinali. Una storia che si perde nella leggenda, secondo la quale il primo a seminare, in Tessaglia, tali piante sarebbe stato il centauro Chirone, maestro di Esculapio.

È comunque certo che delle loro virtù si trovano tracce tra i cinesi 8.000 anni avanti Cristo. Così come è certo che varie piante medicinali trattate dagli antichi studiosi del mondo etrusco, egiziano e greco-romano, figurano ancora oggi nelle farmacopee di diversi Paesi.

Dopo la caduta dell'impero romano furono gli arabi a salvare e riscoprire l'uso delle piante nel campo della terapeutica, perfezionando le tecniche della distillazione, della cristallizzazione e della filtrazione.

Più tardi furono i grandi navigatori, con i loro arditi viaggi e la scoperta di nuove terre — particolarmente delle Americhe, che condussero alla importazione in Europa di nuove specie di piante — ad allargare ed intensificare il commercio delle droghe e a stimolare il risorgere, nell'Europa occidentale, dello studio sistematico e approfondito delle piante medicinali, indigene ed esotiche. Le farmacopee tedesche, nel XVI secolo, citano e descrivono la preparazione di 24 olii essenziali per la cura delle diverse malattie. In Italia l'erboristeria raggiunge il massimo sviluppo nei secoli XVI (è in tale secolo che sorgono in varie città gli « Orti dei semplici », anticipatori degli attuali orti botanici), XVII e XVIII. Dopo un periodo di oblio le piante medicinali sono oggi in netta riscoperta in tutto il mondo, ed è indubbio che più volte si sono avute conferme sperimentali di quanto era stato empiricamente osservato nel passato con la terapia vegetale e la medicina popolare.

Nell'esercizio di antiche pratiche e nell'uso di antiche ricette è prevalsa a lungo l'influenza della superstizione e dei riti della magia. Ciò era inevitabile. Però, con

il passare del tempo, la fitoterapia è andata acquistando, in alcuni paesi europei, un rigore scientifico pari a quello della medicina ufficiale, anche se non è ancora riuscita a riscattarsi pienamente da una condizione di emarginazione e di subordinazione; mentre nell'ambito comunitario la Gran Bretagna e la Germania si sono già date una normativa riguardante la erboristeria.

La chimica moderna ha portato, nella farmacoterapia, il trionfo dei prodotti sintetici e ha ridotto drasticamente l'uso di preparati a base di vegetali. Le preparazioni magistrali a base di piante sono quasi scomparse nelle prescrizioni mediche. Non sono invece diminuiti l'uso e la produzione di preparati galenici a base di erbe medicinali quali le tisane, le polveri, gli sciroppi, eccetera.

È indubbio che il farmaco di sintesi chimica ha costituito e costituisce ancora una conquista essenziale nella battaglia per il miglioramento dello stato di salute degli individui e della collettività e per l'innalzamento dell'età media delle popolazioni. È però altresì vero che mentre la legge di riforma sanitaria ha voluto affermare la funzione sociale e la prevalente finalità pubblica della produzione dei farmaci e ha voluto prescrivere il ricorso ad una specifica legge dello Stato per rinnovare profondamente la politica e la regolamentazione del settore farmaceutico, i Governi succedutisi negli ultimi anni quasi nulla hanno fatto per creare le condizioni per giungere prima possibile alla qualificazione della produzione e alla distribuzione di farmaci di comprovata efficacia, riducendo all'essenziale il campo di quelli prescrivibili. Cosicché, nonostante l'efficacia e la indispensabilità dei farmaci, dall'eccesso del loro uso (che è spesso causa di malattie iatrogene) (1) derivano danni crescenti alla salute dei cittadini e un continuo appesantimento della spesa sanitaria.

(1) Vedi anche il giudizio espresso dal CNEL nella sua assemblea del 20-21 maggio 1980, che avanzò varie proposte per non lasciare un settore così delicato alla spinta consumistica.

Non è facile individuare le varie cause che hanno concorso a determinare la diffusione dell'autoterapia ed il crescente ricorso all'uso dei prodotti naturali con il conseguente boom dell'erboristeria. Molto probabilmente ciò è dovuto alla crescente convinzione dei limiti della farmacoterapia nei confronti della patologia oggi prevalente, dominata da malattie degenerative di origine ambientale e sociale, nonché dai danni crescenti alla salute umana derivanti dall'uso eccessivo e improprio dei farmaci. Va inoltre tenuta presente la tendenza a riscoprire e a ricercare un più equilibrato rapporto con la natura, anche per sfuggire alla spinta consumistica e alle suggestioni di campagne pubblicitarie poco scrupolose che stanno investendo anche il settore delle piante officinali per uso erboristico.

Questo atteggiamento, accompagnato talvolta da una infatuazione acritica verso i prodotti erboristici, parte dalla convinzione che la sostanza naturale sia una garanzia di salute o, quanto meno, non esponga ai rischi indotti dall'assunzione di medicinali.

A fronte di tale realtà, sembra in certi casi auspicabile la sostituzione parziale dei medicinali sintetici con piante officinali, anche per ovviare al consumismo farmaceutico, adeguandosi così ad altri paesi europei tra cui la Gran Bretagna e la Repubblica federale di Germania. Ciò anche in considerazione del fatto che non sembra dimostrato che un principio attivo riprodotto per sintesi svolga lo stesso effetto terapeutico del medesimo principio attivo presente in medicinali vegetali. Attualmente un terzo di tutti i prodotti farmaceutici presenti nel mondo deriva da piante, e con i miceti ed i batteri si supera il 60 per cento, ma in tale derivazione è possibile e necessario andare ben oltre.

Ci pare comunque opportuno osservare che il fenomeno del ritorno alla natura viene più volte utilizzato da varie iniziative pubblicitarie che, avvalendosi della buona fede dell'erborista, mirano alla ricerca di facili guadagni. Si rende perciò

ancora più necessaria un'azione dei poteri pubblici per tutelare efficacemente gli interessi dei consumatori e la salute dei cittadini. Al riguardo è bene ricordare che il disposto, scarsamente attuato, dell'articolo 13 della legge 30 aprile 1962, n. 283, relativa alla disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande, afferma quanto segue: « è vietato offrire in vendita o propagandare a mezzo della stampa e in qualsiasi altro modo, sostanze alimentari, adottando denominazioni o nomi impropri, frasi pubblicitarie, marchi o attestati di qualità o genuinità da chiunque rilasciati, nonché disegni illustrativi tali da sorprendere la buona fede o da indurre in errore gli acquirenti circa la natura, la sostanza, la qualità e le proprietà nutritive delle sostanze alimentari stesse o vantando particolari azioni medicamentose ». Tutelare il consumatore vuol dire anche informarlo che può incorrere in conseguenze dannose per la salute quando egli faccia ricorso ad un uso eccessivo e prolungato di piante officinali vendibili in erboristeria.

Pur essendo noto che i pericoli derivanti dall'uso dei prodotti erboristici paiono essere sensibilmente ridotti rispetto a quelli provenienti dal consumo di farmaci sintetici è comunque necessario — anche perché l'erborista, per quanto esperto, non è un farmacista o un fitoterapista — considerare l'autoterapia nei suoi risvolti sanitari ed adeguare le norme legislative in modo da sottrarre i consumatori da eventuali possibili pericoli, da inganni mercantili e tutelare la loro salute.

All'erboristeria fa ricorso da sempre una fascia non secondaria di cittadini tendone, in presenza di lievi disfunzioni fisiologiche dell'organismo, a cui sono soggetti anche gli individui sani, vari vantaggi e benefici.

Del resto che l'erboristeria occupi uno spazio ed eserciti un proprio ruolo è testimoniato anche dal fatto che l'Organizzazione mondiale della sanità ha creato un proprio centro di ricerche che sta lavorando alla individuazione delle piante offi-

cinali utilizzabili in erboristeria. In ogni caso l'automedicazione e l'erboristeria sono diventate delle realtà consistenti con le quali anche il legislatore è chiamato a misurarsi, cercando di disciplinarle in maniera corretta, obiettiva e moderna.

Da quanto esposto finora - su cui è sicuramente utile un ulteriore confronto - emerge la necessità di sancire mediante norme legislative che le piante officinali e i loro derivati e le preparazioni erboristiche utilizzabili e vendibili in erboristeria sono quelli non configurabili come specialità medicinali, in grado di manifestare, anche a fini preventivi, generici effetti benefici e salutari che favoriscono funzioni fisiologiche e stimolano fisiologicamente organi ed apparati dell'organismo, o che esercitano un effetto igienico sul corpo mediante uso cosmetico, e che sono comunque inoffensivi; e cioè prodotti suscettibili di impieghi diversi da quello terapeutico. Al tempo stesso si tratta, in buona parte, di piante e derivati che sono ormai da tempo largamente acquisiti nell'uso comune, sia familiare, per l'alimentazione e la correzione organolettica dei cibi, che artigianale ed industriale a scopo aromatizzante, cosmetico, liquoristico, essenziero, enologico. Per tali impieghi - non specificatamente erboristici - essi non sono oggetto della presente proposta di legge e rimangono pertanto regolati da altre specifiche vigenti norme.

L'erboristeria, così concepita e disciplinata, viene ad avere un ruolo ed uno spazio propri, senza gli sconfinamenti e i conseguenti conflitti, altrimenti inevitabili, con la farmaceutica. I ruoli restano e devono restare ben diversi e distinti, anche se può esservi, entro certi ambiti, una determinata integrazione.

Rispetto alla normativa, la proposta di legge innova fortemente anche per quanto concerne la formazione professionale e le competenze degli operatori del settore erboristico. Ciò accresce la responsabilità ed eleva la professionalità degli erboristi rispetto a quanto è sancito nella legge 6 gennaio 1931, n. 99.

Infatti, oltre alle modifiche relative ai criteri dell'insegnamento e alla durata dei

corsi per il conseguimento del diploma di erborista, viene stabilito che per l'accesso a detti corsi è richiesto il diploma di scuola media superiore.

Sappiamo che alcuni ritenevano auspicabile una ulteriore qualificazione degli erboristi e ne prospettavano il conseguimento tramite un corso di laurea analogo a quello delle discipline scientifiche e biologiche, in modo da garantire al massimo la professionalità di operatori che sarebbero diventati così fitoterapisti o « specialisti delle piante officinali ».

Si tratta di un auspicio e come tale non ci sentiamo di escluderlo. Può darsi che, nell'avvenire, il legislatore possa e debba riprenderlo nella dovuta considerazione.

Con l'attuale proposta di legge dobbiamo invece muovere dalla realtà odierna e, tenendo conto di tutti i suoi aspetti, anche di ordine culturale, tendere a dare una risposta concreta e praticabile alle esigenze immediate e a quelle di un futuro prevedibile. Sarà soprattutto l'esperienza a suggerire gli adeguamenti e i cambiamenti che si renderanno successivamente necessari.

Con la normativa proposta l'erborista viene autorizzato a fornire ai clienti informazioni e consigli pratici, in definitiva, le avvertenze e le modalità sull'uso dei prodotti in vendita. Poiché gli effetti desiderati possono essere commisurati anche alla quantità, alla durata dell'impiego e al tipo di uso degli erborati, la norma è rivolta in primo luogo a tutelare la salute del consumatore. Tale tutela dovrà essere perseguita anche tramite la fissazione dei requisiti e delle caratteristiche del prodotto erboristico: la buona qualità delle merci poste in vendita (ossia assicurando l'identità botanica, la provenienza delle piante); il rispetto del tempo balsamico (e dunque della data della raccolta delle erbe in modo da garantirne le caratteristiche ottimali che ne giustificano l'impiego); la cura nella raccolta, conservazione ed etichettatura delle droghe; la loro genuinità - assicurata anche per le piante officinali di importazione - in relazione ai residui di

sostanze chimiche eventualmente impiegate nelle colture e comunque inquinanti. Al medesimo fine — di informazione e, altresì, di controllo da parte del pubblico — è tesa la norma che prevede sulle etichette delle confezioni delle piante la indicazione delle attività biologiche essenziali notoriamente riconosciute, espresse secondo una terminologia elaborata e proposta dalla Commissione tecnica consultiva prevista dalla legge.

A coloro che ne fanno richiesta, l'erborista, in virtù della sua accresciuta e più elevata formazione professionale e delle sue competenze ed esperienze, può altresì fornire miscele estemporanee dei prodotti ammessi alla utilizzazione e alla vendita nelle erboristerie per gli usi previsti dalla legge.

Agli erboristi non sono invece consentite la miscelazione e la vendita delle piante e dei prodotti erboristici preconfezionati per qualsiasi finalità terapeutica. Essi non possono utilizzare e vendere gli erborati in forza dei loro principi attivi e delle loro proprietà terapeutiche.

Gli erboristi sono dunque operatori che intervengono in un settore di « confine » delicato, che richiede una piena consapevolezza della propria funzione e responsabilità.

La tabella A, la tabella B che il Ministero della sanità approverà entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge e che abbiamo definito nella presente proposta in via provvisoria e la tabella C contribuiranno a facilitare l'opera degli operatori erboristici e a garantire i consumatori, in primo luogo sotto il profilo sanitario. La disputa, che continua tuttora, sul carattere e sul merito di tali tabelle, ricollega immediatamente ad alcuni quesiti essenziali riguardanti il ruolo e i compiti attuali del-

l'erboristeria, dei quali si è già parlato. Sicuramente tutte o quasi tutte le piante incluse nella tabella C sono potenzialmente suscettibili anche d'impiego terapeutico (così come di impiego terapeutico sono suscettibili diversi prodotti utilizzati nella liquoristica, nella cosmetica, in profumeria, nell'alimentazione, eccetera), ma ciò non significa affatto che debbano essere necessariamente usate solo a tale fine. L'esperienza, comunque, dimostra che usi diversi, anche benefici e salutari, di prodotti erboristici, che non presentano oltre misura un determinato potere tossico ed altri rischi, sono possibili ed avvengono quotidianamente e liberamente: ed è, ci pare, quanto la proposta di legge tende ad assicurare e disciplinare.

Questa, coerente con le proprie finalità, rivolge una particolare attenzione anche agli importanti punti concernenti l'incentivazione, tramite le regioni, della coltivazione e della ricerca scientifica sulle piante officinali. L'incremento della produzione dovrà rispondere anche ad esigenze di ordine economico e sociale; mentre lo sviluppo della ricerca, sia pubblica sia privata, potrà contribuire ad elevare il livello dell'erboristeria e a ridurre o contenere l'uso dei farmaci di sintesi chimica.

Come abbiamo già avuto occasione di osservare, una serie di problemi connessi all'impiego delle piante officinali per uso erboristico presenta implicazioni di ordine igienico e sanitario. Di essi non potrà fare a meno di occuparsi il Servizio sanitario nazionale — e, particolarmente, le unità sanitarie locali — secondo lo spirito della riforma sanitaria.

L'erboristeria è una realtà che fa parte degli usi e della cultura del nostro e di molti altri popoli, e come tale va seguita, regolata e controllata.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Oggetto).

1. La presente legge disciplina la coltivazione, la raccolta in ogni forma, la conservazione, l'importazione da Paesi terzi, la commercializzazione all'ingrosso e al dettaglio, la trasformazione industriale e artigianale delle piante officinali, loro parti, droghe e derivati che, per loro natura, trovano motivo d'uso con la denominazione di prodotti di erboristeria, nella consuetudine erboristica.

2. La presente legge disciplina altresì la formazione professionale e il riconoscimento dell'idoneità ad esercitare l'attività agraria, di trasformazione e commerciale dei diversi operatori del settore erboristico.

3. La presente legge detta infine le norme per garantire la sicurezza, la genuinità e la qualità legale dei prodotti destinati ad uso erboristico umano.

ART. 2.

(Termini tecnici).

1. Per « piante per uso erboristico » si intendono tutte le varietà officinali che per loro natura e definizione botanica trovano motivo d'uso nella consuetudine erboristica e che non siano ricomprese in un apposito elenco, da approvare con decreto del Ministro della sanità, che individua le piante officinali la cui commercializzazione all'ingrosso, importazione, trasformazione e vendita al dettaglio sono vietate al comparto erboristico.

2. Per « parti di piante officinali » si intendono le sezioni definite secondo la nomenclatura convenzionale della botanica.

3. Per « droga » si intende la porzione di pianta cui si riconosce la primarietà di apporto in principio attivo peculiare.

4. La denominazione di « prodotto erboristico di base » è riservata alle sezioni separate o alla droga di una singola varietà officinale, intere, nei vari tagli o in polvere, classificate secondo l'uso commerciale.

5. La denominazione di « prodotto erboristico derivato » è riservata ai derivati diretti e ai derivati complessi, così come vengono convenzionalmente classificati nelle nomenclature elencate alla tabella A allegata alla presente legge.

6. La denominazione di « preparazione erboristica » è riservata alle forme merceologiche ottenute da prodotti erboristici di base, non ulteriormente modificati, in seguito ad un intervento industriale che ne comporti il confezionamento o all'attività estemporanea dell'erborista in erboristeria, ammettendosi alla denominazione anche le miscele di prodotti di base provenienti da più varietà officinali e le preparazioni per fitocosmesi.

7. La denominazione di « specialità erboristica » è riservata alle forme merceologiche, derivanti esclusivamente da attività industriale o artigianale, nelle quali risultino commisti derivati diretti o complessi, rispondenti alla definizione di cui al comma 5, secondo una formulazione, notificata al Ministro della sanità mediante una scheda tecnica, qualitativamente e quantitativamente dichiarata in etichetta e i cui fini d'uso siano oggetto di specifica illustrazione.

8. Per « forma merceologica » si intende la struttura di presentazione del prodotto alla fase commerciale finale.

9. Per « uso erboristico » si intende la destinazione delle tipologie elencate ai commi 4, 5, 6 e 7 al fine di trarne gli effetti benefici e salutari che sulle funzioni dell'organismo hanno l'azione e le interazioni dei principi attivi che caratterizzano il fitocomplesso.

ART. 3.

(Definizioni).

1. Per « coltura erboristica » si intende la pratica agraria di semina, coltivazione e raccolta esercitata su terreni riconosciuti idonei e accatastati con procedura definita

dal Ministro delle risorse agricole, alimentari e forestali, il cui controllo è demandato agli organi competenti delle regioni e delle province autonome.

2. Per « raccolta erboristica spontanea » si intende l'attività svolta dall'erborista in possesso dei titoli di cui all'articolo 11 o da terzi sotto la sua diretta responsabilità. L'alienazione del bottino erboristico derivante da raccolta spontanea può essere esercitata soltanto dall'erborista diplomato, nel rispetto delle disposizioni della presente legge.

3. Per « deposito erboristico » si intende il magazzino nel quale il coltivatore autorizzato o il raccogliitore di cui al comma 2, conservano le piante officinali raccolte e sottoposte a prima lavorazione.

4. Per « prima lavorazione » o « fitopreparazione » ammessa nell'ambito del deposito erboristico, si intendono le operazioni di cernita, pulizia, selezione, separazione di sezioni anatomiche, essiccazione e imballaggio in confezioni che, integre ed etichettate, sono cedibili ai soli trasformatori professionali o ai dettaglianti, legittimati a vendere al consumatore finale.

5. Per « laboratorio erboristico » si intende l'impresa di trasformazione delle piante officinali abilitata all'ottenimento di prodotti, preparazioni e specialità erboristiche così come definite all'articolo 2 commi 4, 5, 6 e 7. La costruzione dei laboratori erboristici è sottoposta ai vincoli fissati dalle disposizioni vigenti in materia di produzione di alimenti e bevande, eventualmente integrate da disposizioni specifiche che l'autorità sanitaria ritenga necessario adottare.

6. Per « erboristeria » si intende l'attività commerciale al dettaglio, gestita direttamente da un erborista in possesso dei titoli di cui all'articolo 11 o da un laureato in farmacia in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione. In erboristeria sono commercializzabili i prodotti che figurano nella tabella B allegata alla presente legge, che di tale attività commerciale costituisce la tabella merceologica.

7. Per « piccolo laboratorio erboristico annesso all'attività di vendita » si intende lo spazio individuato in modo certo e attrezzato, organizzato per la produzione

di « preparazioni erboristiche » definite dalla sola miscelazione in quantitativi conformi di parti di piante, destinate ad essere vendute come tali nella stessa attività commerciale, ma con l'esclusione delle « specialità erboristiche ».

8. Preparazioni più complesse di quelle definite al comma 7 possono essere approntate nel piccolo laboratorio annesso all'attività di vendita:

a) se l'autorità competente per territorio accerta preventivamente le condizioni di idoneità igienico-sanitaria complessive;

b) se il titolare è in possesso dell'iscrizione all'albo professionale degli erboristi;

c) se le preparazioni rientrano nelle ipotesi previste dalla tabella A allegata alla presente legge;

d) se sono vendute nella stessa attività commerciale come prodotto confezionato.

ART. 4.

(Controlli igienico-sanitari).

1. Al Ministero della sanità spetta la vigilanza igienico-sanitaria sulle piante, sulle droghe e sui prodotti disciplinati dalla presente legge all'atto dell'importazione dall'estero, ferme restando le competenze attribuite dalle norme vigenti ad altre autorità.

2. La vigilanza igienico-sanitaria sugli esercizi di vendita all'ingrosso e al minuto delle piante, delle droghe e dei prodotti di cui alla presente legge spetta ai comuni, che la esercitano mediante le unità sanitarie locali, ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni.

3. Alle attività industriali e artigianali di produzione, preparazione, confezionamento e vendita dei prodotti disciplinati dalla presente legge suscettibili di essere ingeriti, nonché ai prodotti stessi, si applicano le norme della legge 30 aprile 1962, n. 283, e successive modificazioni, nonché dei decreti legislativi 27 gennaio 1992, n. 109, e 27 gennaio 1992, n. 111.

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

4. La legge 11 ottobre 1986, n. 713, si applica anche ai prodotti di uso erboristico corrispondenti alla definizione di cui all'articolo 1 della medesima legge.

5. Le piante officinali destinate ad uso diverso da quello erboristico, così come definito all'articolo 2 della presente legge, sono disciplinate dalle norme vigenti in materia di prodotti alimentari d'uso corrente e non sono commercializzabili in erboristeria.

ART. 5.

(Commercio all'ingrosso).

1. Le piante officinali, le droghe e le altre sezioni separate sono vendute da raccoglitori, produttori, importatori e grossisti in contenitori recanti in etichetta le seguenti indicazioni:

a) nome comune e nome botanico della pianta secondo la denominazione botanica internazionale, seguito dalla indicazione della parte di pianta impiegata;

b) natura della pianta (spontanea o coltivata);

c) luogo di origine;

d) data di raccolta;

e) metodo di preparazione, eventuale trattamento con fitofarmaci al fine di consentire la conservazione;

f) data di confezionamento;

g) modalità di conservazione;

h) data di scadenza fino alla quale il prodotto è in grado di conservare le sue proprietà specifiche in adeguate condizioni di conservazione;

i) indicazione eventuale di pericolo, secondo le vigenti disposizioni sull'etichettatura delle sostanze pericolose;

l) nome e indirizzo del produttore o del responsabile della commercializzazione del prodotto.

2. In caso di coltivazioni condotte con il metodo biologico, in base alle vigenti nor-

mative, il prodotto potrà essere posto in commercio con la dicitura « da coltivazione biologica ».

3. Le piante officinali, loro parti e le droghe individuate nell'elenco approvato con decreto del Ministro della sanità di cui al comma 1 dell'articolo 2, e quelle elencate nella tabella C allegata alla presente legge, che figurino nella Farmacopea ufficiale italiana debbono essere conformi alle caratteristiche da questa previste e le relative indicazioni specifiche dovranno figurare in etichette ad integrazione di quelle di cui al comma 1.

ART. 6.

(Commercio al dettaglio).

1. I prodotti definiti all'articolo 2 possono essere venduti solo dall'erborista in erboristeria e dal farmacista in farmacia.

2. I prodotti di cui al comma 1 possono essere venduti sia allo stato sfuso che come prodotto confezionato, con esclusione delle « preparazioni erboristiche » e delle « specialità erboristiche » che possono essere cedute solo confezionate.

3. I prodotti del comparto erboristico si intendono confezionati quando le unità di vendita, in gamme di valore costanti, costituite da un prodotto all'interno di un involucro in cui sono state confezionate prima di essere poste in vendita, sono tali per cui il contenuto non possa essere modificato senza che la confezione sia aperta o alterata e ne venga comunque lacerato il sigillo di garanzia.

4. L'erborista o il farmacista sono tenuti a fornire informazioni sull'uso dei prodotti in vendita.

ART. 7.

(Etichettatura).

1. I prodotti del comparto erboristico venduti come prodotto confezionato debbono riportare sul contenitore o su etichette saldamente appostevi:

a) la denominazione di vendita;

XII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

b) la dizione « prodotto erboristico » o una delle denominazioni obbligatorie di cui ai commi 4, 5, 6 e 7 dell'articolo 2;

c) l'elenco degli ingredienti;

d) le indicazioni per l'uso;

e) il quantitativo netto;

f) la data di confezionamento;

g) il termine minimo di conservazione;

h) le modalità di conservazione;

i) il titolo alcolometrico volumico effettivo per i prodotti aventi un contenuto alcolico superiore a 1,2 per cento in volume;

l) il nome o la ragione sociale e l'indirizzo o la sede del produttore e del confezionatore;

m) il nome o la ragione sociale e l'indirizzo del distributore per i prodotti provenienti da Paesi membri o da Paesi terzi;

n) il lotto di produzione.

2. Le piante officinali e le droghe vendute allo stato sfuso, debbono riportare su apposito cartello applicato ai recipienti che le contengono:

a) la denominazione comune e il nome botanico della pianta secondo la dizione botanica internazionale, seguito dalla indicazione della parte di pianta contenuta;

b) il luogo di origine;

c) il termine minimo di conservazione inteso come data fino alla quale il prodotto è in grado di conservare le sue proprietà specifiche in adeguate condizioni di conservazione;

d) il nome o la ragione sociale e l'indirizzo o la sede del produttore o del responsabile della commercializzazione del prodotto;

e) il prezzo per unità di vendita.

3. Le preparazioni erboristiche di cui al comma 7 dell'articolo 3 debbono riportare su etichette saldamente apposte sull'involu-

cro nel quale l'erborista o il farmacista preparatori le pongono ai fini della vendita, almeno le indicazioni previste dalle lettere *a)*, *c)*, *d)*, *e)*, *g)*, *h)*, ed *l)* del comma 1.

4. Non possono riportare la dizione « prodotto erboristico » o « preparazione erboristica » e rimangono sottoposti all'obbligo del sistema di etichettatura previsto dal decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 109 o da leggi speciali, i prodotti elencati ai numeri 7 e 9, lettere *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)* ed *i)*, della tabella B allegata alla presente legge.

5. Le preparazioni di cui al numero 10 della tabella B allegata alla presente legge sono sottoposte al regime di etichettatura previsto dalla legge 11 ottobre 1986, n. 713, e a quello previsto dalla lettera *b)* del comma 1 del presente articolo.

6. È vietato il commercio di prodotti che non riportino in lingua italiana le indicazioni che per ciascuna categoria di prodotto sono previste dal presente articolo.

7. Tutte le indicazioni debbono essere riportate con caratteri indelebili e leggibili.

8. Le indicazioni di cui alle lettere *a)*, *b)*, *e)*, *g)*, del comma 1 debbono figurare nello stesso campo visivo.

9. Sono applicabili ai prodotti di erboristeria, come definiti dalla presente legge, le vigenti disposizioni che impongono ulteriori e più specifici obblighi ai fini fiscali, metrologici ed igienico-sanitari.

10. Nessun riferimento alla biologicità potrà farsi sui derivati delle piante officinali e delle droghe se non l'eventuale annotazione, senza maggiore evidenziazione rispetto alle altre indicazioni di cui al comma 1, riguardante la presenza di componenti derivanti da coltivazione biologica e, nel caso, con specifico riferimento al componente che gode di tale prerogativa.

11. Gli involucri e in genere i contenitori e le loro parti destinati a venire a contatto diretto con i prodotti debbono corrispondere ai requisiti previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 23 agosto 1982, n. 777, e al decreto legislativo 25 gennaio 1992, n. 108.

ART. 8.

(Requisiti per lo svolgimento dell'attività di coltivazione).

1. Per promuovere la formazione professionale di coloro che esercitano attività di coltivazione delle piante di cui alla presente legge, le regioni disciplinano lo svolgimento di corsi speciali di qualificazione, specializzazione ed aggiornamento tecnico che possono essere affidati alle organizzazioni professionali agricole maggiormente rappresentative a livello nazionale.

2. Dal 1° gennaio 1995 possono esercitare l'attività di coltivazione delle piante di cui alla presente legge, così come definita al comma 1 dell'articolo 3, coloro che abbiano frequentato il corso di formazione professionale di cui al comma 1 del presente articolo e abbiano acquisito il relativo attestato di frequenza e di qualificazione professionale.

ART. 9.

(Alienazione da parte degli imprenditori agricoli).

1. L'alienazione delle piante di cui alla presente legge e di loro parti è consentita agli imprenditori agricoli previo rilascio di apposita certificazione da parte di un erborista che abbia conseguito il diploma di cui all'articolo 11 o di un laureato in farmacia o in chimica e tecnologia farmaceutica, in possesso di diploma di erborista, che attestino la corrispondenza delle modalità di produzione, prima lavorazione e conservazione, nonché la corrispondenza dei prodotti, ai requisiti di qualità individuati con decreto del Ministro delle risorse agricole, alimentari e forestali, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro delle risorse agricole, alimentari e forestali stabilisce, con proprio decreto, i requisiti di qualità per i prodotti delle colture erbistiche.

3. La disposizione di cui al comma 1 si applica a partire dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale ivi previsto.

ART. 10.

(Promozione della attività di coltivazione).

1. Il Ministro delle risorse agricole, alimentari e forestali istituisce, con proprio decreto, il catasto delle aree destinate o destinabili alla pratica agraria della coltivazione delle piante officinali e ne affida la strutturazione e la conservazione documentale alle regioni e alle province autonome.

2. Le regioni e le province autonome promuovono iniziative per incentivare la coltivazione delle piante disciplinate dalla presente legge, adeguando gli interventi alle peculiarità dei territori, con priorità per quelli delle comunità montane di cui all'articolo 28 della legge 8 giugno 1990, n. 142.

3. Nell'ambito delle iniziative di cui al comma 1, le regioni e le province autonome dispongono, con propria legge, la concessione di contributi a favore di imprenditori agricoli singoli o associati per:

a) l'attuazione di piani di sviluppo specifici per la coltivazione delle piante disciplinate dalla presente legge, nonché di programmi per la tutela, valorizzazione e promozione commerciale dei prodotti agrari per uso erboristico;

b) la realizzazione e la gestione di centri per la raccolta, conservazione e prima lavorazione delle piante disciplinate dalla presente legge e loro parti;

c) lo svolgimento di attività di ricerca e di sperimentazione genetica ed agrotecnica finalizzata al miglioramento genetico delle piante disciplinate dalla presente legge ed alla produzione di sementi selezionate nonché all'aggiornamento dei processi produttivi.

ART. 11.

(Formazione professionale).

1. Per esercitare le attività di cui ai commi 2, 5, 6 e 7 dell'articolo 3 è necessario aver conseguito il diploma universitario di cui all'articolo 1, lettera a), della legge 19 novembre 1990, n. 341.

2. All'esercizio delle medesime attività sono ammessi i laureati in farmacia e in chimica e tecnologie farmaceutiche, dal cui piano di studi risulti il superamento degli esami di farmacognosia e botanica farmaceutica.

3. Ai sensi dell'articolo 9, comma 1, della legge 19 novembre 1990, n. 341, è definito l'ordinamento didattico del corso di diploma universitario di cui al comma 1 del presente articolo.

4. L'esercizio dell'attività prevista al comma 8 dell'articolo 3 è subordinato all'iscrizione all'albo professionale di cui all'articolo 13.

5. Entro un anno dalla definizione dell'ordinamento didattico ai sensi del comma 3 le università deliberano la trasformazione dei corsi per il conseguimento del diploma di erborista di cui all'articolo 7 della legge 6 gennaio 1931, n. 99, in corsi di diploma universitario. Entro lo stesso termine le università possono istituire i corsi di diploma universitario tenendo conto di quanto stabilito al comma 2 dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con l'esclusione dell'obbligo di sentire, fino a quando non verrà istituito l'Albo professionale degli erboristi, i rappresentanti degli ordini professionali.

6. Per esercitare l'attività di cui al comma 4 dell'articolo 3 è necessario essere almeno in possesso del titolo di fitopreparatore, conseguibile con la frequenza di un corso biennale di formazione professionale istituito dalle regioni e dalle province autonome nell'ambito di quanto previsto dalla legge 21 dicembre 1978, n. 845.

ART. 12.

(Disposizioni transitorie).

1. Coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge esercitano, con regolare autorizzazione a norma della legge 6 gennaio 1931, n. 99, l'attività di raccolta e prima lavorazione di piante officinali non essendo in possesso del diploma di erborista previsto dalla stessa legge, o prima del conseguimento del titolo professionale di fitopreparatore di cui al comma 6 dell'articolo 11, possono continuare ad esercitare le stesse attività a condizione che:

a) dimostrino, con idonea documentazione, di aver provveduto ad iscriversi ad un corso di diploma universitario di cui alla legge 17 novembre 1990, n. 341, per il conseguimento del titolo di erborista o a un corso biennale di formazione professionale, come previsto al comma 6 dell'articolo 11;

b) conseguano entro quattro anni i titoli stessi.

2. Agli obblighi di cui al comma 1 non sono sottoposti i laureati di cui al comma 2 dell'articolo 11.

3. Coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge esercitano il commercio all'ingrosso di piante officinali, loro parti e derivati confezionati, in forza del diploma di erborista conseguito ai sensi della legge 6 gennaio 1931, n. 99, o di uno dei diplomi di laurea di cui al comma 2 dell'articolo 11, hanno diritto all'iscrizione al registro degli esercenti il commercio di cui all'articolo 1 della legge 11 giugno 1971, n. 426, previa richiesta alla camera di commercio, industria artigianato e agricoltura competente per territorio. Tale richiesta deve essere presentata entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'attività di cui al comma 3 che venga iniziata per la prima volta, è subordinata al conseguimento del diploma universitario di erborista o del titolo di

fitopreparatore. Da tale obbligo sono esclusi i laureati di cui al comma 2 dell'articolo 11.

5. Coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge esercitino da almeno sette anni in un laboratorio erboristico in forza del possesso di diploma di erborista conseguito ai sensi della legge 6 gennaio 1931, n. 99, possono continuare ad esercitare tale attività.

6. Coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge esercitino da meno di sette anni in un laboratorio erboristico o non siano in possesso del diploma conforme al disposto dell'articolo 7 della legge 6 gennaio 1931, n. 99, possono continuare l'esercizio di tale attività a condizione che:

a) dimostrino, con idonea documentazione, di aver provveduto ad iscriversi ad un corso di diploma universitario di cui alla legge 17 novembre 1990, n. 341, per il conseguimento del titolo di erborista;

b) conseguano entro quattro anni il titolo stesso.

7. Decorso il termine di cui alla lettera b) del comma 6, l'esercizio dell'attività può continuare avvalendosi della collaborazione di un responsabile di produzione che sia in possesso di diploma di laurea conforme a quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 11 o di diploma universitario di erborista conseguito ai sensi della legge 17 novembre 1990, n. 341.

8. Agli obblighi di cui ai commi 5 e 6 e per le attività in essi definite, non sono sottoposti i laureati di cui al comma 2 dell'articolo 11, purché abbiano superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione.

9. Coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge siano titolari di attività commerciali di cui al comma 6 dell'articolo 3 e in possesso di diploma conforme al disposto dell'articolo 7 della legge 6 gennaio 1931, n. 99, o di diploma di laurea di cui al comma 2 dell'articolo 11, esercitando da almeno sette anni, possono continuare ad esercitare tale attività.

10. Coloro che alla data di entrata in vigore della presente legge siano titolari di attività commerciali di cui al comma 6 dell'articolo 3, esercitino da meno di sette anni e non siano in possesso di diploma conforme al disposto dell'articolo 7 della legge 6 gennaio 1931, n. 99, possono continuare l'esercizio di tale attività a condizione che:

a) dimostrino, con idonea documentazione, di aver provveduto ad iscriversi ad un corso di diploma universitario di cui alla legge 17 novembre 1990, n. 341, per il conseguimento del titolo di erborista;

b) conseguano entro quattro anni il titolo stesso.

11. Decorso il termine di cui alla lettera b) del comma 10 l'attività può essere svolta avvalendosi dell'attività di un responsabile di produzione in possesso di diploma di laurea conforme al comma 2 dell'articolo 11 o di diploma universitario di erborista conseguito ai sensi della legge 17 novembre 1990, n. 341.

12. Agli obblighi di cui al comma 10 non sono sottoposti i laureati di cui al comma 2 dell'articolo 11, purché abbiano superato l'esame di abilitazione all'esercizio delle professioni.

ART. 13.

(Albo professionale).

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è istituito l'albo professionale degli erboristi.

ART. 14.

(Ordinamenti didattici).

1. I corsi biennali per il conseguimento della qualifica di fitopreparatore di cui al comma 6 dell'articolo 11 devono prevedere insegnamenti di:

a) chimica organica;

b) biochimica;

c) botanica;

d) tecniche di essiccamento, immagazzinamento, conservazione di piante officinali, loro parti o droghe;

e) legislazione igienico-sanitaria.

2. I corsi di cui al comma 1 devono avere carattere teorico-pratico.

3. I corsi biennali per il conseguimento del diploma di erborista di cui al comma 5 dell'articolo 11 devono prevedere insegnamenti che curino le conoscenze di:

a) discipline botaniche e farmacologia;

b) discipline biologiche;

c) discipline farmacognostiche e farmacoeergastiche;

d) discipline fitogeografiche;

e) disciplina normativa speciale (farmacodiacosmia e farmacoemporia);

f) discipline farmacofisiche (con laboratorio);

g) discipline riguardanti le tecniche di controllo della qualità.

4. I corsi di cui al comma 3 devono avere carattere teorico e pratico.

5. I corsi di cui al comma 1 devono prevedere almeno nove annualità suddivise nella durata degli stessi.

6. I corsi di cui al comma 3 devono prevedere almeno dodici annualità suddivise nella durata degli stessi.

7. Compete alle università l'attivazione dei corsi di cui al comma 3, nell'ambito delle facoltà di farmacia.

ART. 15.

(Organi di controllo).

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, con proprio decreto, di concerto con i Ministri delle risorse agricole, alimentari e forestali, dell'industria del commercio e dell'artigianato, dell'università e della ricerca scientifica e tecnolo-

gica, sentito il parere del Consiglio sanitario nazionale provvede alla integrazione della Commissione unica del farmaco (CUN).

2. La CUN opera per i problemi riguardanti il comparto erboristico, così come definito all'articolo 1, avvalendosi di un funzionario del Ministero delle risorse agricole, alimentari e forestali e di tre docenti universitari titolari degli insegnamenti di biologia vegetale, botanica farmaceutica e farmacognosia.

3. La CUN acquisisce, per i problemi di cui al comma 2, il parere di due membri aggiunti nominati come rappresentanti delle associazioni professionali di categoria.

ART. 16.

(Qualificazione del prodotto erboristico).

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della sanità con proprio decreto, sentita la CUN stabilisce:

a) i corretti requisiti di raccolta e immagazzinamento delle piante officinali;

b) i criteri per la determinazione delle scadenze di utilizzazione dei prodotti erboristici;

c) la terminologia scientifica da usare nella fase commerciale e pubblicitaria delle proprietà delle piante officinali e dei prodotti definiti dalla presente legge;

d) l'elenco di cui al comma 1 dell'articolo 2;

e) l'elenco dei dosaggi relativi alle varietà officinali previste dalla tabella C allegata alla presente legge.

ART. 17.

(Tabella merceologica erboristica).

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, con proprio decreto, approva una ta-

bella per i titolari delle erboristerie, così come definite al comma 6 dell'articolo 3.

2. La tabella di cui al comma 1 deve comprendere, opportunamente denominate, le tipologie merceologiche che afferiscono per consuetudine al comparto commerciale dell'erboristeria, individuate nella tabella B allegata alla presente legge.

ART. 18.

(Sviluppo della coltivazione di piante officinali).

1. Al fine di favorire lo sviluppo e la qualificazione della produzione nazionale di piante officinali, spetta alle regioni e alle province autonome:

a) promuovere la costituzione, anche nell'ambito o con la partecipazione di istituti universitari e di ricerca pubblici, di centri di assistenza e di documentazione sulle coltivazioni (anche mediante tecniche colturali basate su metodi esenti dall'utilizzo di prodotti chimici) e sulla lavorazione delle piante officinali, in grado di fornire prestazioni e notizie relative all'acclimatamento alla produzione di semi e altro materiale riproduttivo, alla sperimentazione agrotecnica, all'analisi e ai controlli sulle piante officinali;

b) promuovere la coltivazione delle piante officinali, in particolare con il recupero delle terre incolte, mediante contributi di investimento e di esercizio a cooperative, consorzi o privati che presentino dei piani di riconversione colturale o che dimostrino di praticare i metodi colturali propri di una agricoltura esente dall'utilizzo di prodotti chimici;

c) promuovere la realizzazione di centri cooperativi e consortili per la trasformazione preliminare e per la conservazione delle piante officinali, loro parti e derivati;

d) promuovere corsi di formazione e aggiornamento professionale per i coltivatori di piante officinali, comprendenti anche l'insegnamento delle tecniche colturali proprie di un'agricoltura esente dall'uso di prodotti chimici.

ART. 19.

(Ricerca finalizzata).

1. Nell'ambito dei programmi di ricerca finalizzata del Consiglio nazionale delle ricerche e dell'Istituto superiore di sanità, delle università e del Ministero delle risorse agricole alimentari e forestali sono previsti e finanziati specifici programmi di ricerca sulle piante officinali finalizzati al miglioramento delle loro proprietà erboristiche e farmacologiche o delle relative tecniche di produzione, essiccamento e conservazione.

2. Le regioni e le province autonome, qualora finanzino programmi di ricerca con gli obiettivi di cui al comma 1, e informano il Ministro per il coordinamento della ricerca scientifica e tecnologica.

ART. 20.

(Tutela della flora).

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge le regioni e le province autonome provvedono ad integrare le loro leggi in materia di protezione della flora con l'approvazione di norme che fissino:

a) il limite entro il quale è consentita la libera raccolta dei prodotti della flora spontanea sia a scopi erboristici commerciali sia a scopo personale o familiare;

b) l'elenco delle specie officinali da proteggere e di cui regolamentare la raccolta.

ART. 21.

(Promozione della cultura erboristica).

1. Le regioni e le province autonome, nell'ambito dei loro programmi di attività in materia di educazione sanitaria, promuovono, attraverso i comuni, le unità sanitarie locali e le scuole, la conoscenza delle

piante officinali utilizzabili in erboristeria, la corretta informazione ed educazione sanitaria sul loro impiego, anche con riferimento alle relative tradizioni popolari, sulla protezione e lo sviluppo del patrimonio vegetale naturale quale risorsa biologica utile per la salute dell'uomo.

ART. 22.

(Sanzioni).

1. Chiunque senza i titoli prescritti raccoglie, lavora o commercia all'ingrosso o vende al dettaglio le piante comprese nell'elenco di cui al comma 1 dell'articolo 2 e alla tabella C allegata alla presente legge è punito con l'arresto da un mese a due anni e con l'ammenda da lire 300.000 a lire 3.000.000, salvo che il fatto costituisca più grave reato.

2. Chiunque, senza titolo, detiene per vendere, vende o pone comunque in commercio prodotti nei quali i dosaggi dei principi attivi riguardanti le piante officinali di cui alla tabella C allegata alla presente legge superino quelli previsti dallo specifico decreto ministeriale, è punito con l'arresto da un mese a due anni e con l'ammenda da lire 300.000 a lire 3.000.000.

3. Chiunque, autorizzato alla raccolta, lavorazione e al commercio all'ingrosso delle piante comprese nell'elenco di cui al comma 1 dell'articolo 2 e alla tabella C allegata alla presente legge, non tiene regolarmente i prescritti registri di carico e scarico, è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire 500.000 a lire 2.000.000.

4. Chiunque, senza essere in possesso dei titoli di cui alla presente legge, coltiva, trasforma o fa commercio di piante e parti di piante officinali è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire 300.000 a lire 3.000.000.

5. Chiunque vende, detiene per vendere o pone comunque in commercio prodotti definiti nell'articolo 2 in violazione dell'articolo 6 della presente legge è punito con la sanzione amministrativa del pagamento

di una somma da lire 5.000.000 a lire 10.000.000.

6. Le sanzioni amministrative previste dagli articoli 3, 4 e 5 sono irrogate dal sindaco.

ART. 23.

(Abrogazioni).

1. Sono abrogati: la legge 6 gennaio 1931, n. 99, il regio-decreto 19 novembre 1931, n. 1739, il regio decreto 26 maggio 1932, n. 772, il regio decreto 30 marzo 1933, n. 675, nonché ogni altra disposizione incompatibile con quanto previsto dalla presente legge.

TABELLA A.
(v. articolo 2, comma 5)

**ELENCO DEI DERIVATI DIRETTI E COMPLESSI. LA CUI COMMERCIALIZZAZIONE
È CONSENTITA AL COMPARTO ERBORISTICO**

a) Derivati diretti:

succhi di frutti di piante officinali anche concentrati, disidratati o liofilizzati;
estratti acquosi di frutti di piante officinali, concentrati, disidratati o liofilizzati;
polpe di frutti di piante officinali;
estratti acquosi della droga o di altre sezioni di una singola pianta, eventualmente
concentrati, disidratati o liofilizzati anche granulati o in polvere;

b) Derivati complessi:

estratti da solventi non acquosi, fluidi o secchi;
tinture;
gemmoderivati;
olii non volatili;
aceti;
essenze e loro diluizioni;
acque distillate;
enoliti;
alcolati;
aromi;
elisir.

TABELLA B.

(v. articolo 3, comma 6)

ELENCO DELLE TIPOLOGIE MERCEOLOGICHE CHE AFFERISCONO PER COMPETENZA SPECIFICA E PER CONSUETUDINE AL COMPARTO COMMERCIALE DELL'ERBORISTERIA

1. Piante officinali, droga, parti separate di singole piante; intere, nei vari tagli o in polvere esitate in forma sfusa o confezionate come varietà singole o miscelate in modo estemporaneo o in previsione della vendita.

2. Compresse, opercoli, tavolette, capsule o forme analoghe contenenti parti di piante officinali nei tagli possibili con la forma di presentazione commerciale o in polvere.

3. Derivati diretti:

a) succhi di frutti di piante officinali, concentrati, disidratati o liofilizzati;

b) estratti acquosi di frutti di piante officinali, concentrati, disidratati o liofilizzati;

c) polpe di frutti di piante officinali essiccate o liofilizzate in tagli o in polvere;

d) estratti acquosi della droga o di altre sezioni di una singola pianta, concentrati, disidratati o liofilizzati anche granulati o in polvere; esitati in forma sfusa o confezionati come varietà singole o miscelate.

4. Derivati complessi da piante officinali:

a) estratti da solventi non acquosi, fluidi o secchi;

b) tinture;

c) gemmoderivati;

d) olii non volatili

e) essenze e loro diluizioni;

f) acque distillate;

g) enoliti;

h) alcolati;

i) aromi;

l) elisir.

5. Preparazioni erboristiche.

6. Specialità erboristiche.

7. Prodotti apiarri: mieli, pappa reale, pollini, propoli e cere.

8. Argille e derivati.

9. Prodotti alimentari:

a) cereali e legumi integrali; loro derivati primi;

b) cereali e legumi da colture biologiche; loro derivati primi;

c) aceti escluso quello di vino;

Segue: TABELLA B.

- d) grassi vegetali non idrogenati e non miscelati;
 - e) olii vegetali;
 - f) liquori da erbe officinali o loro derivati diretti e complessi;
 - g) caramellaggi e pastigliaggi a base di erbe officinali; loro derivati diretti e derivati complessi;
 - h) sciroppi, per ottenimento di bibite estemporanee, a base di erbe officinali o loro derivati diretti e complessi;
 - i) confetture da frutti di piante officinali o da frutti di colture biologiche;
 - l) integratori alimentari, complementi, prodotti destinati ad alimentazioni particolari a base di soli ingredienti di origine vegetale.
10. Prodotti cosmetici a base vegetale.

TABELLA C.

(v. articolo 5, comma 3)

ELENCO DELLE PIANTE OFFICINALI IL CUI IMPIEGO INDUSTRIALE O ARTIGIANALE PER LA PREPARAZIONE DI ESTRATTI FLUIDI O SECCHI ESITABILI COME TALI IN ERBORISTERIA NELLA CONDIZIONE DI PRODOTTI CONFEZIONATI, È SUBORDINATO AI DOSAGGI PREVISTI CON DECRETO DEL MINISTRO DELLA SANITÀ

Aloe africana Mill.
 Aloe ferox Mill.
 Aloe perry Bak.
 Aloe plicatilis Mill.
 Aloe vera L.
 Cassia acutifolia Del.
 Cassia angustifolia Yahl.
 Crataegus azarolus L.
 Crataegus curvisepala Lind.
 Crataegus laevigata D.C.
 Crataegus monogyna Jacq.
 Crataegus nagra Wald et Kit.
 Crataegus pentagyna Wald et Kit.
 Frangula alnus Mill.
 Fucus vesiculosus L.
 Nigella arvensis L.
 Nigella damascena L.
 Nigella sativa L.
 Passiflora caerulea L.
 Passiflora edulis Sims.
 Passiflora incarnata L.
 Peumus boldus Molina
 Picrasma quassioides Benn.
 Polygala amara L.
 Polygala vulgaris L. s.l.
 Quassia amara L.
 Rhamnus alpinum L. sep. fallax M et P
 Rhamnus catharticus L.
 Rhamnus purshiana D.C.
 Rheum emodi Wall.
 Rheum officinale Baill.
 Rheum palmatum L. var. tagunticum Max
 Rheum rhaponticum L.
 Rheum undulatum L.
 Simarouba amara Aubl.
 Valeriana celtica L.
 Valeriana iatamansi Jones
 Valeriana mexicana D.C.
 Valeriana officinalis L.
 Valeriana phu L.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1083

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, BEEBE TARANTELLI, RINALDI, CORNACCHIONE MILELLA, GIACCO, GIANNOTTI, LUMIA, MIGNONE, MANGANELLI, PERINEI, TANZARELLA, TORRE

Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine nazionale degli odontoiatri

Presentata il 2 agosto 1994

ONOREVOLI COLLEGGHI! — La presente proposta di legge riprende in larga parte contenuti emersi dall'esame della Commissione affari sociali della Camera dei deputati nella XI legislatura sulla questione relativa all'istituzione di un ordine degli odontoiatri. Il testo che si propone, ferma restando la formula del rinvio ad un successivo atto regolamentare, è rispettoso del dibattito sviluppatosi nell'ambito dell'iter normativo rispecchiandone gli aspetti più costruttivi.

La presente proposta di legge nasce dalle esigenze emerse negli ultimi anni negli ambiti professionali interessati e già ampiamente presenti all'attenzione delle forze politiche. Com'è noto, infatti, il corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria è stato istituito con decreto del Presidente della Repubblica 28 febbraio 1980, n. 135, in ottemperanza alle direttive 78/686/CEE e 78/687/CEE. Successivamente, dopo cin-

que anni, è stata istituita la professione sanitaria di odontoiatra unitamente al relativo albo professionale, con legge 24 luglio 1985, n. 409, e successive modificazioni; con tale legge fu inoltre disciplinato il diritto di stabilimento e la libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri della Comunità europea.

Il legislatore non ritenne opportuno, all'epoca, creare un autonomo ordine professionale e dispose la costituzione per gli iscritti all'albo professionale degli odontoiatri, nell'ambito degli ordini provinciali dei medici, di un'apposita commissione cui ha demandato, distinguendo tra attribuzioni di carattere generale e di carattere specifico, l'esecuzione di tre poteri: quello disciplinare, quello di intervento nelle controversie, quello di designazione dei rappresentanti della professione. È stata tuttavia mantenuta al consiglio dell'ordine

la tenuta dell'albo professionale, attribuzione specifica sottratta alla commissione per gli iscritti all'albo professionale degli odontoiatri, che ha visto così ridotta la sfera di autonomia nel governo della professione. Oltre che di tali considerazioni bisogna tener conto anche del fatto che la citata legge n. 409 del 1985, con un testo lacunoso e formulato in maniera non chiara, ha dato adito ad una serie di dubbi interpretativi tanto da alimentare un nutrito contenzioso (non meno di 400 ricorsi) che ha interessato la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, la Corte di cassazione e persino, ripetutamente, la Corte costituzionale.

A nove anni dalla data di entrata in vigore della legge n. 409 del 1985, sulla base delle esperienze acquisite, si è formato un unanime convincimento secondo il quale la soluzione adottata dell'ordine unico per le due professioni, quella di medico chirurgo e quella di odontoiatra, se da un lato ha semplificato ed ha reso operativamente facile ed immediata la costituzione dell'albo professionale degli odontoiatri nelle 95 province, dall'altro non ha rappresentato la giusta e coerente risposta all'esigenza primaria dell'autogoverno delle due professioni.

Al riguardo va posto nella dovuta evidenza il persistere di interessi vari ed articolati, talora contrastanti e difficilmente componibili tra medici ed odontoiatri. Inoltre l'albo professionale degli odontoiatri non registra tutti coloro che esercitano la relativa professione. Infatti gli articoli 4 e 5 della legge n. 409 del 1985 consentono agli specialisti in odontoiatria di rimanere comunque iscritti al solo albo professionale dei medici con l'apposita immatricolazione. Si è quindi venuto a creare un complesso di posizioni differenziate che hanno determinato un contesto entro il quale diviene ardua una gestione ed un controllo unitari e uniformi. Una serie di obiettive ragioni sollecita dunque l'istituzione di un ordine separato per la professione di odontoiatra. Inoltre, i rapporti e le interrelazioni riguardanti l'esercizio della professione a livello europeo verrebbero

meglio coordinati e sviluppati se vi fosse anche in Italia il contributo della professione rappresentata da autonomi organismi simili e paritari.

Per le considerazioni su esposte e per le ragioni rappresentate in relazione a taluni particolari e non secondari problemi di carattere giuridico e professionale, che rischiano di rimanere insoluti se dovessero permanere le lacune normative della legge n. 409 del 1985, si è ravvisata la necessità di intervenire con la presente iniziativa per apportare gli opportuni correttivi alla legge e per introdurre le innovazioni che la realtà dei fatti richiede, al fine di garantire pienamente l'autogoverno delle due professioni con l'istituzione di un autonomo ordine degli odontoiatri separato da quello dei medici.

La presente proposta di legge si compone di 9 articoli.

L'articolo 1, sostituendo integralmente l'articolo 1 della legge n. 409 del 1985, afferma che per esercitare la professione sanitaria di odontoiatra è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale nazionale degli odontoiatri; viene pertanto esclusa l'annotazione prevista dall'articolo 5 della medesima legge. L'iscrizione all'albo professionale è consentita solo a coloro che abbiano conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra a seguito del prescritto esame di Stato. I titoli accademici per partecipare agli esami di Stato sono la laurea in medicina ed il diploma di specializzazione in campo odontoiatrico o la laurea in odontoiatria e protesi dentaria. In via transitoria è consentita l'iscrizione all'albo professionale ai laureati in medicina e chirurgia immatricolati al relativo corso di laurea entro l'anno accademico 1984-1985, ovvero ai laureati in medicina che, alla data di entrata in vigore della presente legge, siano in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico. Oltre ad essere in possesso dei citati titoli essi debbono aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico. La norma in questione, nel rispetto delle decisioni della Corte co-

stituzionale, accoglie il principio del riconoscimento delle situazioni già acquisite.

L'articolo 2, sostituendo l'articolo 2 della legge n. 409 del 1985, definisce gli organi in cui si articola l'ordine provinciale degli odontoiatri e annette al predetto ordine l'elenco transitorio aggiunto di cui al regio decreto-legge n. 20 del 1930.

L'articolo 3, sostituendo l'articolo 3 della legge n. 409 del 1985, definisce le figure che hanno titolo per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri ed i requisiti necessari per ottenere tale iscrizione.

L'articolo 4, sostituendo l'articolo 4 della legge n. 409 del 1985, definisce la struttura della federazione regionale degli ordini degli odontoiatri.

L'articolo 5, nel sostituire l'articolo 5 della legge n. 409 del 1985, definisce la

struttura della Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri.

L'articolo 6, sostituendo il primo comma dell'articolo 7 della legge n. 409 del 1985, determina il riconoscimento del titolo di odontoiatra per i cittadini di Stati membri della Unione europea abilitati all'esercizio dell'odontoiatria in Italia.

L'articolo 7 indica i tempi della prima attuazione della legge ed alcune norme transitorie.

L'articolo 8 sancisce la tutela previdenziale dei laureati in odontoiatria.

L'articolo 9 sancisce la definizione di un motivo di radiazione dall'albo professionale degli odontoiatri, ulteriore rispetto a quelli già previsti dall'attuale normativa.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Professione di odontoiatra).

1. L'articolo 1 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 1. - 1. È istituita la professione sanitaria di odontoiatra.

2. Formano oggetto della professione sanitaria di odontoiatra le attività di diagnosi e terapia inerenti alle malattie e anomalie congenite ed acquisite dei denti e della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché le attività di prevenzione e riabilitazione odontoiatrica.

3. L'esercizio della professione di odontoiatra è consentito ai laureati in medicina e chirurgia od in odontoiatria in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita a seguito del superamento di un esame di Stato, di carattere specificamente professionale, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, ed iscritti all'albo provinciale degli odontoiatri, di cui all'articolo 3.

4. L'odontoiatra può prescrivere i medicinali, gli esami di laboratorio e le indagini diagnostiche necessarie all'esercizio della professione ».

ART. 2.

(Ordine provinciale degli odontoiatri).

1. L'articolo 2 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 2. - 1. In ogni provincia sono costituiti gli ordini provinciali degli odontoiatri.

2. Sono organi dell'ordine provinciale degli odontoiatri, con durata in carica di quattro anni per gli organi elettivi: l'assemblea provinciale degli iscritti all'albo,

il consiglio direttivo provinciale, il presidente, il vice presidente, il segretario, il tesoriere ed il collegio dei revisori dei conti.

3. Ciascun ordine provinciale degli odontoiatri cura la tenuta dell'albo provinciale degli odontoiatri, di cui all'articolo 3, e l'elenco transitorio aggiunto, di cui al regio decreto-legge 13 gennaio 1930, n. 20, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 giugno 1930, n. 943.

4. In sede di prima attuazione del presente articolo, all'ordine provinciale degli odontoiatri sono automaticamente iscritti tutti i sanitari già regolarmente iscritti nell'albo professionale degli odontoiatri o nell'elenco degli specialisti esercenti l'odontoiatria presso l'ordine provinciale dei medici ».

ART. 3.

(Iscrizione all'albo professionale degli odontoiatri).

1. L'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 3 - 1. Presso ciascun ordine provinciale di cui all'articolo 2, è istituito un albo professionale provinciale degli odontoiatri, al quale sono iscritti gli esercenti la professione sanitaria di odontoiatra residenti nella provincia.

2. L'iscrizione all'albo professionale di cui al comma 1 è condizione per l'esercizio della professione di odontoiatra che può essere esercitata in tutto il territorio dello Stato.

3. L'esercizio della professione di odontoiatra in violazione alla disposizione di cui al comma 2 è punito ai sensi degli articoli 348 e 498 del codice penale, ove il fatto non costituisca un reato più grave.

4. Per l'iscrizione all'albo professionale provinciale degli odontoiatri è necessario:

a) essere cittadino italiano;

b) avere il pieno godimento dei diritti civili;

c) avere la residenza nella provincia nella quale è istituito l'ordine oppure esercitare in detto ambito in modo stabile e prevalente l'attività professionale.

5. Possono ottenere l'iscrizione all'albo professionale:

a) i laureati in odontoiatria, abilitati all'esercizio professionale;

b) i laureati in medicina e chirurgia, iscritti entro l'anno accademico 1984-1985 al relativo corso di laurea;

c) i laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale e di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico;

d) i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, di cui all'articolo 7, primo comma;

e) i cittadini stranieri che abbiano conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra in Italia che siano cittadini di uno Stato con il quale il Governo italiano abbia stipulato, sulla base della reciprocità, un accordo che consenta ad essi l'esercizio della professione in Italia e che abbiano il godimento dei diritti civili ».

ART. 4.

(Federazione regionale).

1. L'articolo 4 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 4. — 1. Gli ordini professionali degli odontoiatri nella medesima regione, ferma restando l'autonomia delle province autonome di Trento e di Bolzano, sono riuniti nella federazione regionale degli ordini degli odontoiatri con sede nella città nella quale è posto l'assessorato alla sanità della relativa regione.

2. Sono organi della federazione regionale degli ordini degli odontoiatri, con durata in carica di quattro anni per gli organi elettivi: l'assemblea regionale, il consiglio direttivo regionale, il presidente,

il vicepresidente, il segretario, il tesoriere ed il collegio dei revisori dei conti.

3. Ogni quattro anni la federazione regionale degli ordini degli odontoiatri definisce il numero dei consiglieri che ciascun direttivo provinciale elegge in seno al consiglio direttivo regionale ».

ART. 5.

(Federazione nazionale).

1. L'articolo 5 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 5. — 1. Gli ordini provinciali degli odontoiatri sono riuniti nella Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri, con sede in Roma.

2. Sono organi della Federazione nazionale, con durata in carica di quattro anni: il consiglio nazionale, il comitato centrale, il presidente, il vice presidente, il segretario, il tesoriere ed il collegio dei revisori dei conti ».

ART. 6.

(Titoli di studio esteri).

1. Il primo comma dell'articolo 7 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« Ai cittadini degli Stati membri dell'Unione europea che esercitano un'attività professionale nel campo dell'odontoiatria con le denominazioni di cui all'allegato A alla presente legge, e che sono in possesso dei diplomi, certificati e altri titoli di cui all'allegato B, purché conseguiti in uno degli Stati membri dell'Unione europea, è riconosciuto il titolo di odontoiatra ed è consentito l'esercizio della relativa attività professionale, definita ai sensi dell'articolo 1 ».

ART. 7.

(Norme di attuazione).

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è

emanato il relativo regolamento di attuazione, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge i presidenti degli ordini provinciali dei medici-chirurghi ed il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi, convocano, rispettivamente, le assemblee provinciali degli iscritti all'assemblea degli odontoiatri ed il Consiglio nazionale della Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri per l'elezione dei consigli direttivi provinciali e del comitato centrale.

3. Nel primo anno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, gli ordini provinciali degli odontoiatri e la Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri possono fissare la loro sede presso gli ordini provinciali dei medici-chirurghi e la Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi.

ART. 8.

*(Ente nazionale di previdenza
e assistenza medici - ENPAM).*

1. A decorrere dalla data di iscrizione all'albo professionale provinciale, di cui all'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, come sostituito dall'articolo 3 della presente legge, gli esercenti la professione sanitaria di odontoiatra sono obbligatoriamente iscritti al Fondo di previdenza generale dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza medici (ENPAM). I laureati in odontoiatria possono ricostruire a titolo oneroso il periodo pregresso, dalla data di prima iscrizione all'albo professionale tenuto dall'ordine dei medici-chirurghi.

2. A decorrere dalla data di iscrizione all'albo professionale provinciale di cui all'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, come sostituito dall'articolo 3 della presente legge, gli esercenti la professione sanitaria di odontoiatra che abbiano intrapreso un rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978,

n. 833, sono obbligatoriamente iscritti ai fondi speciali di previdenza assunti in gestione dall'ENPAM ai sensi dell'articolo 4, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 2 settembre 1959, n. 931.

3. I medici-chirurghi che siano contemporaneamente iscritti all'ordine dei medici-chirurghi ed a quello degli odontoiatri sono tenuti ad una sola contribuzione all'ENPAM.

4. Su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, con decreto del Presidente della Repubblica, sono apportate le necessarie modifiche allo statuto dell'ENPAM, per garantire agli iscritti agli albi professionali provinciali degli odontoiatri di cui all'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, come sostituito dall'articolo 3 della presente legge, l'iscrizione al Fondo di previdenza generale dell'Ente e la rappresentanza in seno al consiglio nazionale, al comitato direttivo ed al collegio sindacale dell'Ente stesso.

ART. 9.

(Radiazione).

1. La radiazione dall'albo professionale degli odontoiatri è pronunciata, con le modalità di cui al regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, e successive modificazioni, anche nei confronti degli iscritti ai medesimi albi professionali che per due volte siano stati condannati per il reato di cui all'articolo 348 del codice penale.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1887

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, FUMAGALLI, IOTTI, CANESI, RINALDI, EVANGELISTI, GIANNOTTI, BARTOLICH, BEEBE TARANTELLI, BIRICOTTI, GRIGNAFFINI, BRACCI MARINAI, CECCHI, DI ROSA, DOSI, de BIASE GAIOTTI, GALLETTI, LUCÀ, MASELLI, MONTECCHI, PAISSAN, SALINO, TATTARINI, URSO, VIGNI, ZACCHERA, INNOCENTI, MAZZUCA, BENETTO RAVETTO, PEZZONI, TURRONI, REBECCHI, CAMPATELLI, CORDONI, BELLEI TRENTI, MORONI, CARLESIMO, BUONTEMPO

Norme per il recupero culturale, ambientale e turistico dell'itinerario detto « Via Francigena »

Presentata il 17 gennaio 1995

ONOREVOLI COLLEGI! — La redazione di una proposta di legge riguardante la strutturazione dell'offerta per la valorizzazione turistica, culturale ed ambientale della « Via Francigena », ha come obiettivo principale quello di realizzare un'ipotesi di sviluppo socio-economico e territoriale delle aree interessate da questo antico itinerario, fondata essenzialmente su due assunti di base: favorire attraverso lo sviluppo del turismo a matrice culturale ed ambientale un più generale processo di integrazione e scambio sociale, economico e culturale delle regioni interessate nel contesto europeo; produrre o valorizzare, sulla base di una pluralità coerente e coordinata di progetti-prodotti definiti, nuove occasioni di sviluppo per le aree su cui

insiste tale percorso — tra cui, in primo luogo, quelle connotate dalle più significative caratteristiche di marginalità socio-economica e territoriale — sia in termini di incremento di reddito e di livelli occupazionali, sia di conservazione e riqualificazione del patrimonio culturale, storico-architettonico ed ambientale esistente.

La Via Francigena che da Canterbury portava a Roma è un itinerario della storia, percorso in passato da centinaia di migliaia di pellegrini in viaggio per Roma. Dopo mille anni, il progetto del recupero e della rivitalizzazione di un « percorso » che rappresentò l'unione e la comunicazione tra le varie culture e le idee dei diversi Paesi d'Europa può dunque ben rappresentare, anche dal punto di vista

simbolico, un elemento in grado di fungere da fattore di aggregazione e coinvolgimento di iniziative pubbliche e private di scala locale, regionale, nazionale ed europea finalizzate ad ampliare e costruire concretamente occasioni di cooperazione per lo sviluppo che vadano in questa direzione.

Secondo la ricostruzione che è possibile fare dal viaggio di Sigerico, arcivescovo di Canterbury, che per primo lascia una traccia scritta dei centri attraversati da questo itinerario, l'antico percorso partiva da Canterbury attraversando i centri di Dover, Sombre, Guines, Theraname, Bruay, Arras, Dongt, Serancourt le Grand, Laon, Carbone, Reims, Chalon sur Marne, Fontaine sur Corde, Donnemont, Brienne la Vieille, Bar sur Aube, Blessonville, Humes, Gronant, Cussey sur l'Oignon, Besançon, Nods, Pontarlier, Yverdun, Orbe, Lausanne, Vevey, Aigle, St. Maurice, Orsieres, Bourg St. Pierre, St. Rhemy.

Il cammino di questa via Romea attraversava poi le Alpi in Valle d'Aosta e scendeva dal Piemonte e dalla Lombardia attraversando i centri di Aosta, Poley, Santhià, Vercelli, Tromello, Pavia, Santa Cristina e Corte Sant'Andrea nella pianura padana, proseguendo per Piacenza, Fiorenzuola d'Arda, Fidenza e Parma, valicava l'Appennino presso Berceto, scendeva da Montelungo lungo la valle del Magra per raggiungere Pontremoli, Villafranca (ove si riscuotevano i pedaggi della Romea), Aulla, Santo Stefano, Sarzana e Luni. Attraversava tutta la Toscana passando per Carrara, Massa, Ponte San Pietro, Lucca, Altopascio, Fucecchio, San Miniato, Chianni, Poggibonsi, San Gimignano, Siena, Montalcino, San Quirico d'Orcia, Abbazia San Salvatore, Radicofani e attraverso la valle del Paglia, raggiungeva Acquapendente, Bolsena, Montefiascone e Viterbo, arrivando a Roma attraverso l'attuale via Monte Mario.

L'itinerario, che era costituito non da « una » strada, ma da un insieme di percorsi e sentieri che proponevano diverse varianti (tra le quali la più significativa era quella che dal Piemonte raggiungeva Genova per proseguire poi ad est lungo la

costa ligure) e che si sono modificati nel corso degli anni sulla base della sicurezza e comodità del percorso, interessa direttamente sette delle attuali regioni italiane: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana e Lazio.

Pare ovvio sottolineare l'effetto potenziale di attrazione e promozione all'utilizzo di tale percorso a fini turistici e di scambio culturale che si potrebbe ottenere mediante la proposizione di un'offerta turistica, culturale e ambientale concretamente strutturata, e preventivamente promossa e fatta conoscere al grande pubblico in occasione delle celebrazioni per l'Anno Santo di fine secolo, per le quali si prevede un movimento di *incoming* di turismo religioso e culturale in Italia di circa 30 milioni di persone su Roma.

Dal punto di vista della domanda sociale, la valorizzazione di questo antico percorso risponde ai seguenti obiettivi:

a) affermare nel senso più ampio l'identità culturale europea nelle sue diversità e nella sua unitarietà, in particolare attraverso la valorizzazione del suo patrimonio monumentale ed artistico;

b) fornire una risposta di elevato livello qualitativo alla flessione dei flussi turistici registrata in Europa nel corso degli ultimi vent'anni;

c) migliorare le opportunità di utilizzo innovativo del « tempo libero », offrendo agli europei nuove possibilità di *loisir* connesse alla possibilità di arricchimento e sviluppo culturale dell'individuo e della sua personalità.

La valorizzazione turistica, territoriale e culturale della Via Francigena rende imprescindibile l'avvio della strutturazione dell'offerta e la definizione del prodotto Via Francigena a partire dal tratto italiano. Tale concretizzazione si prospetta di ancor più stringente urgenza in quanto, in data 21 aprile 1994, la Direzione educazione, cultura e sport del Consiglio d'Europa ha ufficializzato il definitivo riconoscimento di itinerario culturale del Consiglio d'Europa della Via Francigena (prot. n. 459 del 4 maggio 1994).

Questa fase di « strutturazione del prodotto » Via Francigena, che non si sovrappone a quella del progetto speciale Enit-regioni che riguarda unicamente gli aspetti promozionali dell'iniziativa, deve invece porsi l'obiettivo di non disperdere, ed anzi, affrontare adeguatamente, i benefici effetti in termini di affluenza turistica che saranno presumibilmente indotti dall'azione promozionale — che peraltro rischia di rivelarsi un pericoloso *boomerang* per l'iniziativa dopo il primo impatto col mercato turistico, se il prodotto non dovesse rispondere alle attese dei nuovi pellegrini — ma di radicarla in termini di prospettiva di sviluppo e valorizzazione del territorio interessato.

A questo proposito, la promulgazione di una legge che favorisca la concretizzazione degli interventi necessari alla valorizzazione turistica, ambientale e culturale dell'antico percorso e sia in grado di affiancare positivamente gli interventi e la destinazione di risorse dell'Unione europea e regionali in proposito, si presenta come indispensabile ai fini del perseguimento di tali obiettivi, sia per incrementare le opportunità di acquisizione e gestione di risorse specifiche da parte degli enti locali interessati per quanto riguarda i necessari interventi di tipo strutturale, sia per stimolare l'attivazione di interventi ed investimenti da parte di privati.

Le necessità di legittimare e sostenere finanziariamente i nuclei istituzionali locali per metterli in grado di perseguire, di concerto con il livello istituzionale statale, l'insieme di azioni necessarie per la strutturazione dell'offerta nelle aree territoriali interessate dal passaggio dell'antica Via Francigena inducono a definire, tramite un concreto atto politico, una specifica base di impegno per la realizzazione dell'intervento. Tale spesa vuole corrispondere alla necessità di affrontare organicamente ed in modo il più possibile coordinato tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti — pur nel rispetto delle rispettive autonomie e specifiche modalità d'azione — l'insieme di azioni necessarie alla strutturazione dell'offerta turistica, culturale e di fruizione

ambientale necessaria per la realizzazione del progetto, al fine di garantire la comprensione dei singoli interventi nell'ambito di un progetto unitario di chiara valenza nazionale ed europea e l'opportuna finalizzazione a tale scopo delle risorse umane e finanziarie disponibili ed attivabili.

Finalità e contenuti della proposta di legge.

Sulla base delle motivazioni e degli obiettivi illustrati in precedenza, lo Stato è, pertanto, tenuto a redigere un'apposita legge orientata a favorire la strutturazione del prodotto turistico, culturale e ambientale. L'ipotesi di lavoro prioritaria può pertanto essere individuata nella necessità di finalizzare risorse specifiche ad un programma di valorizzazione e strutturazione in prodotto riconosciuto e riconoscibile del patrimonio turistico, storico-culturale, sociale ed ambientale del percorso.

Tale ipotesi operativa può essere articolata secondo le seguenti fasi:

a) riconoscimento della « priorità programmatica » dell'iniziativa nei contesti territoriali interessati ed istituzione di comitati regionali per la gestione degli aspetti di organizzazione strutturale dell'iniziativa. Questa prima fase si caratterizza come essenziale per il pieno raggiungimento degli obiettivi fissati per l'iniziativa.

È indispensabile che tra i soggetti istituzionali coinvolti, venga espressa e raggiunta l'intesa per la definizione di un accordo che dia al progetto connotazioni di « priorità » programmatica nelle materie di sviluppo turistico ed agrituristico, riqualificazione urbanistica, storico-architettonica, culturale ed ambientale nel corridoio territoriale oggetto di intervento, conferendo a questo dignità di progetto di scala nazionale.

Questo deve configurarsi in primo luogo come impegno a costituire un fondo speciale da parte dello Stato, che diverrà quota parte definita a sostegno delle risorse regionali intersettoriali disponibili

per i fini sopra citati, con specifica destinazione all'ambito territoriale interessato dal percorso dell'antica Via Francigena, per interventi giudicati idonei a creare un « ambiente » favorevole all'attivazione di iniziative mirate alla concretizzazione del progetto ed, al contempo, esercitare una complessiva azione di « governo e controllo » del territorio sulla sua realizzazione.

Fondamentale per la concretizzazione di questa prima fase, dovrà essere la creazione di comitati regionali di coordinamento dell'organizzazione strutturale dell'offerta sul percorso, che dovranno garantire della selezione e della coerenza delle azioni proposte con gli obiettivi di valorizzazione territoriale ed ambientale impliciti nella costruzione di questo prodotto turistico;

b) stanziamento delle risorse proprie del fondo speciale sulla base di proposte derivanti da programmi integrati d'iniziativa regionale o provinciale.

Al fine di assicurare il corretto utilizzo e la massima valorizzazione del territorio nella fase di strutturazione dell'offerta nell'area interessata dal percorso, sarà necessario basare la selezione degli interventi da proporre a finanziamento sulla definizione a scala regionale o sub-regionale di *master plan*, in grado di definire con precisione:

1) l'ambito territoriale interessato dall'iniziativa e lo scenario di contesto;

2) le principali emergenze di tipo territoriale, storico-culturale, ambientale e socio-economico (con particolare riferimento al settore turistico ed agriturismo) caratterizzanti gli ambiti direttamente interessati dal percorso della Via Francigena e l'offerta di servizio e fruizione attualmente proponibile;

3) la lettura e definizione degli indirizzi di pianificazione territoriale e di salvaguardia ambientale gravitanti a diversa scala sull'area interessata;

4) il censimento delle principali progettualità pubbliche e private insistenti sulle aree interessate dal percorso;

5) la proposizione e valutazione degli effetti economici inducibili dagli interventi concretamente realizzabili per la valorizzazione a fini turistici del percorso nei contesti territoriali di riferimento.

I programmi integrati dovranno anche valutare le soglie di opportunità, compatibilità e valorizzazione proprie degli interventi prospettabili dall'inserimento di ipotesi progettuali, connesse allo sviluppo turistico di matrice ambientale e culturale sul corridoio di riferimento, la loro rispondenza agli strumenti di pianificazione esistenti e la loro sinergia potenziale con altre dinamiche di sviluppo e qualificazione già esistenti o programmate nei singoli contesti territoriali analizzati.

Esito dei programmi integrati dovrà essere una selezione di azioni ed ipotesi operative di riqualificazione ed innovazione dell'esistente per la valorizzazione del patrimonio turistico, storico-culturale, sociale ed ambientale del percorso, nonché l'avvio di ricerche tematiche di approfondimento per l'attuazione di specifiche azioni rispondenti agli obiettivi esplicitati in precedenza.

I programmi integrati non avranno caratteristiche di definizione assoluta, ma anzi potranno essere arricchiti, aggiornati ed integrati nel corso del tempo dagli interventi via via realizzati dalla pluralità dei soggetti pubblici e privati coinvolti nella concretizzazione del progetto sul corridoio territoriale interessato dalla Via Francigena, diventando al contempo « memoria storica » e « strumento di riferimento » per gli operatori e gli enti locali interessati alla realizzazione del progetto.

Precedenza assoluta nell'avvio di studi dovrà rivestire il censimento (e la valorizzazione, in ogni senso) di quegli elementi che più direttamente sono legati alla viabilità. Si intendono come tali i tracciati viari sopravvissuti (o rievocabili), i luoghi di accoglienza (*xenodochi*, *hospitalia*, chiese e monasteri a loro collegati, alberghi veri e propri che sorgono soprattutto ad iniziare dall'età dei comuni), ponti, guadi, oltre alle direttrici secondarie incrocianti il percorso maggiore. Tutto questo, oltre che

alla conoscenza della « cornice » religioso-culturale che sosteneva il valore e le funzioni della Via Francigena, deve portare alla rievocazione della complessa rete di comunicazioni che ne costituiva la base insostituibile. Si tratta di ricostruire un territorio caratterizzato da una speciale fisionomia di grande area di transito e, quindi, di diffusione e incrocio culturale eccezionali, sia nel senso dotto sia in quello antropologico del termine « cultura ». Di conseguenza ne verrà anche una più realistica comprensione di peculiari sfaccettature che in tale ambito dovevano assumere l'economia ed i suoi prodotti (finalizzati fortemente alle esigenze del viaggiare), le istituzioni laiche ed ecclesiastiche, l'arte, la cultura, il folklore, ed altro, con tutto ciò che ne è rimasto e che può essere recuperato, nei limiti di un sano realismo di scelte, nell'intero contesto ambientale odierno e si potrà trarne indicazioni indi-

spensabili per una « politica » di sviluppo cosciente, in ogni campo, in particolare turistico e culturale. Si impone, ormai, infatti, l'esigenza di offrire sia a chi abita il territorio, sia a chi ne percorre le strade « da turista » di capirne la storia, la natura, la reale vocazione e fisionomia. Le conseguenze che ne verrebbero sono di grande e imprescindibile utilità: dalla constatazione dell'incontrarsi lungo tutto il corso della storia di uomini e culture diverse alla sensibilità per l'ambiente (fisico e culturale) ed al suo rispetto, alla sua stessa difesa.

Dai programmi integrati dovranno, inoltre, discendere specifiche analisi e risoluzioni progettuali di carattere settoriale, finalizzate a definire le caratteristiche del « prodotto » Via Francigena prospettabile dalle ipotesi di valorizzazione delineate, da cui dovranno scaturire la realizzazione di interventi puntuali nell'ambito territoriale interessato dal percorso.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità).

1. Lo Stato, nell'ambito delle finalità di tutela e valorizzazione del patrimonio storico, culturale, ambientale e di promozione dello sviluppo socio-economico del Paese, riconosce il progetto di valorizzazione turistica, ambientale e culturale dell'antico percorso della Via Francigena, nella parte che attraversa l'Italia, come strumento in grado di perseguire obiettivi di miglioramento delle condizioni di vita della popolazione residente nelle aree interessate, attraverso interventi di recupero, rifunzionalizzazione e nuova attivazione del patrimonio storico-culturale, ambientale e ricettivo esistente mirati a strutturarne l'offerta turistica.

2. Ai fini di cui al comma 1 sono disposti finanziamenti in conto capitale gestiti dalle regioni competenti sulla base dei loro strumenti ordinari e straordinari di intervento, per la strutturazione dell'offerta nell'area territoriale nazionale interessata dall'antico itinerario della Via Francigena per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

a) definizione di programmi integrati di intervento di scala provinciale ed interprovinciale, ai sensi delle competenze delle province di cui all'articolo 14 della legge 8 giugno 1990, n. 142, finalizzati a selezionare il quadro coordinato di progetti deputati a concorrere ai finanziamenti della presente legge per la strutturazione dell'offerta culturale, ambientale e turistica nell'ambito territoriale interessato dall'antico itinerario;

b) elaborazione di piani e progetti di recupero e rifunzionalizzazione edilizia e territoriale di iniziativa pubblica, a fini di riorganizzazione dell'offerta turistico-cul-

turale e turistico-ambientale nell'ambito del territorio interessato dall'itinerario;

c) realizzazione di opere di restauro scientifico e di risanamento conservativo di edifici di proprietà dei comuni, delle province, delle comunità montane e dei consorzi di enti locali a fini di ripristino o miglioramento delle condizioni di pubblica fruizione, con le seguenti destinazioni funzionali connesse all'offerta turistico-culturale e turistico-ambientale: spazi espositivi, museali, informativi e ricettivi non a fini di lucro;

d) realizzazione di opere di restauro scientifico di edifici di proprietà di privati, compresi all'interno di aree soggette a piano di recupero di iniziativa pubblica, a fini di ripristino o miglioramento delle condizioni di pubblica fruizione con le seguenti destinazioni funzionali connesse all'offerta turistico-culturale e turistico-ambientale: spazi espositivi, museali, informativi, ricettivi, di sosta e ristorazione;

e) acquisizione di immobili di valore storico-artistico al patrimonio degli enti di cui alla lettera c) da destinare agli usi ivi previsti;

f) realizzazione di interventi per assicurare la manutenzione, la conservazione, l'integrità, la sicurezza e le possibilità di fruizione pubblica, ai fini di cui alla lettera d), dei beni di interesse storico, artistico od ambientale esistenti sul territorio interessato dall'antico tracciato, di proprietà di enti pubblici, enti ecclesiastici, imprese, privati cittadini ed enti morali;

g) attuazione di interventi volti al recupero di tratti originali dell'antico tracciato od alla loro ricostruzione od interconnessione con le infrastrutture per la mobilità esistenti al fine di migliorarne le possibilità di rivisitazione.

h) realizzazione di interventi per la creazione di nuove strutture ricettive turistiche, con priorità per gli interventi di recupero per i manufatti esistenti di interesse storico-architettonico, in zone agrituristiche ed in zone connotate da particolare debolezza strutturale o tipologica dell'offerta ricettiva;

i) realizzazione di interventi per la creazione di strutture di servizio e di completamento della ricettività turistica, con priorità per gli interventi di recupero per manufatti esistenti di interesse storico-architettonico od ambientale, ivi comprese le strutture della ristorazione;

l) realizzazione di interventi di parchi naturali, oasi ed aree protette, finalizzati alla valorizzazione delle zone che possono essere utilizzate per la fruizione turistica;

m) attuazione di iniziative finalizzate ad incrementare la divulgazione dell'informazione e la commercializzazione del prodotto turistico-culturale ed ambientale rappresentato dalla Via Francigena.

ART. 2.

(Strumenti finanziari).

1. Per la realizzazione degli interventi di cui all'articolo 1, è istituito un fondo speciale per la concessione di contributi alle regioni interessate dalla Via Francigena. Tale fondo è finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri per quanto attiene le competenze in materia turistica, dal Ministero per i beni culturali e ambientali per quanto attiene le competenze in materia di tutela e recupero dei beni di interesse culturale, storico-architettonico ed ambientale, dal Ministero delle risorse agricole, alimentari e forestali, per quanto attiene gli interventi di incentivazione dell'attività agrituristica e la risistemazione di sentieri, tracciati ed ambienti rurali per le possibilità di rivisitazione e fruizione dell'antico tracciato, dal Ministero dei trasporti e della navigazione per quanto attiene la connessione dell'itinerario con la rete della mobilità esistente, e dal Ministero dell'ambiente per quanto riguarda le competenze in materia di valorizzazione di parchi, oasi naturali ed aree protette.

2. Il fondo speciale di cui al comma 1 è gestito da un comitato nazionale misto, nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ed incaricato della

ripartizione territoriale delle risorse in base ai progetti di intervento presentati. Del comitato fanno parte un rappresentante per ciascun Ministero competente ai sensi del comma 1, ed un rappresentante per ciascuna delle seguenti regioni: Val d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, interessate dall'antico tracciato della Via Francigena.

3. Il fondo speciale è destinato al finanziamento, nell'ambito degli strumenti di spesa correnti e straordinari delle regioni interessate, di progetti selezionati e proposti da comitati di coordinamento regionali per la valorizzazione della Via Francigena, appositamente costituiti, d'intesa con le province interessate, sulla base dei programmi integrati di intervento, redatti su scala provinciale ed interprovinciale, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera a). I comitati di coordinamento definiscono, altresì, gli ambiti territoriali di scala locale oggetto degli interventi di cui alla presente legge, sulla base delle indicazioni di carattere generale formulate dagli enti interessati.

4. Il fondo speciale di cui al presente articolo può, altresì, essere integrato da eventuali contributi pubblici previsti dalla legislazione vigente per progetti ed iniziative inerenti la valorizzazione dell'itinerario della Via Francigena.

ART. 3.

(Programmi integrati di intervento).

1. I programmi integrati di intervento su scala provinciale ed interprovinciale per la selezione dei progetti ammissibili a finanziamento, elaborati ai sensi del comma 2, sono approvati con delibera del consiglio provinciale e riferiti alle aree di interesse per la valorizzazione turistica, culturale ed ambientale dell'itinerario della Via Francigena. In tali programmi sono evidenziate le aree, le strutture e gli edifici su cui si intende intervenire con piani di recupero e valorizzazione, mediante progetti sia pubblici sia privati; essi costituiscono la base conoscitiva per la program-

mazione territoriale a scala comunale e l'elemento di base per la relativa programmazione regionale e provinciale.

2. I programmi integrati di intervento di scala provinciale ed interprovinciale sono costituiti dai seguenti elementi:

a) la lettura e definizione degli indirizzi di pianificazione territoriale, tutela e salvaguardia ambientale di scala sovracomunale gravitanti sull'area interessata dal tracciato;

b) il censimento puntuale delle emergenze storico-architettoniche ed ambientali insistenti lungo il tracciato e nell'ambito dell'asse territoriale interessato dal percorso, con schedatura delle stesse finalizzata ad evidenziare le specifiche caratteristiche tipologiche e funzionali, lo stato di conservazione e tutela, le possibilità di recupero, le attuali modalità di fruizione del bene e le possibili risoluzioni adottabili, anche in termini di strutturazione dell'itinerario, per favorirne la funzionalizzazione in qualità di elemento di attrazione nell'ambito del percorso;

c) la verifica dei livelli di tutela, salvaguardia e possibilità di recupero lungo l'intero tracciato, con particolare riferimento alle emergenze censite, previsti dagli strumenti di pianificazione territoriale di scala comunale in vigore, e la formulazione di eventuali indirizzi per omogeneizzare i contenuti e qualificare le prescrizioni in termini di valorizzazione del percorso;

d) la lettura paesaggistica degli ambiti territoriali attraversati lungo il tracciato secondo le modalità di trasporto proponibili per la sua rivisitazione;

e) la selezione degli interventi proposti per la strutturazione dell'offerta turistica, culturale ed ambientale nell'area interessata dal tracciato, corredata dal piano finanziario per l'attuazione e l'individuazione degli enti e dei soggetti pubblici e privati interessati dall'iniziativa.

3. La redazione dei programmi integrati è presupposto per i finanziamenti dei progetti di strutturazione dell'offerta lungo l'itinerario.

4. I programmi integrati presentati dalle province e gli specifici interventi in essi proposti sono esaminati dal comitato di coordinamento regionale per la valorizzazione della Via Francigena, di cui all'articolo 2, comma 3, che formula un parere relativamente ai contenuti ed alle modalità di realizzazione previste. Tale parere deve, in particolare, valutare se gli interventi proposti possono essere ritenuti ammissibili al finanziamento regionale sulla base degli strumenti ordinari e straordinari di spesa alimentati integralmente o parzialmente dal fondo speciale di cui all'articolo 3.

5. I finanziamenti sono deliberati dalla giunta regionale, sulla base delle disponibilità assegnate per l'anno di riferimento dal comitato nazionale misto di cui all'articolo 2, comma 2, secondo l'ordine di presentazione dei programmi d'intervento integrati all'assessorato competente od al comitato di coordinamento regionale, di cui al medesimo articolo 2, comma 3.

ART. 4.

(Priorità).

1. Sulle aree, sulle strutture e sugli edifici proposti quali oggetti di intervento nell'ambito dei programmi integrati di cui all'articolo 3, i comitati di coordinamento regionale per la valorizzazione dell'antica Via Francigena sono tenuti a seguire il seguente ordine di priorità per il finanziamento degli interventi in caso di domande tra loro concorrenziali:

a) interventi attuativi di piani particolareggiati come disciplinati dalla legislazione urbanistica vigente o piani di recupero ai sensi dell'articolo 28 della legge 5 agosto 1978, n. 457, o programmi pubblici di settore (turismo, cultura, ambiente, trasporti) di scala nazionale, regionale o provinciale;

b) interventi di restauro scientifico e di risanamento conservativo su beni di proprietà pubblica, con esclusione degli immobili destinati ad edilizia residenziale pubblica, con destinazioni funzionali di cui alle lettere c) ed e) dell'articolo 1;

c) interventi di restauro scientifico e risanamento conservativo di edifici di proprietà privata ricompresi nell'ambito del perimetro di piani di recupero ai sensi della legge 5 agosto 1978, n. 457, soggetti ad apposita convenzione, approvata dal consiglio comunale, tra il comune ed il privato proprietario in cui si specifica la totale o parziale destinazione d'uso di cui alla lettera d) dell'articolo 1;

d) interventi su beni di interesse artistico o storico, come disciplinati e definiti dalla legge 1° giugno 1939, n. 1089, o da apposita comunicazione delle autorità competenti, purché ne sia garantita la pubblica fruizione secondo le destinazioni d'uso previste alle lettere c), d), e) e f) dell'articolo 1 e su aree di particolare pregio ambientale o naturalistico, purché finalizzati a migliorarne le possibilità di fruizione pubblica ancorché convenientemente disciplinata, o comunque interventi su parti di tracciato originario o interconnessioni di questo col sistema della mobilità esistente al fine di migliorare le possibilità di fruizione e rivisitazione dell'antico percorso;

e) interventi di rifunzionalizzazione e ripristino dell'esistente in funzione del miglioramento dell'offerta ricettiva di tipo turistico ed agriturismo e di ristorazione ed ospitalità lungo l'itinerario, finalizzati alla valorizzazione dell'antico tracciato;

f) progetti ed interventi pubblici e privati di strutturazione organizzativa dell'offerta lungo il percorso quali l'organizzazione di spazi e sistemi informativi ed espositivi, di strutture di commercializzazione e di promozione della Via Francigena o corsi di formazione professionale per operatori.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2117

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, RINALDI, GIANNOTTI, ALBERTINI, BARTOLICH, BELLEI TRENTI, BOFFARDI, BOVA, BRACCI MARINAI, BRACCO, BUONTEMPO, CACCAVALE, CALZOLAIO, CANESI, CARLESIMO, CARRARA, CESETTI, CHIAVACCI, CUSCUNÀ, DIANA, FUMAGALLI, GALLETTI, GIACCO, GALILEO GUIDI, LA CERRA, LA SAPONARA, LENTI, LORENZETTI, LUCÀ, LUCCHESI, LUMIA, MANGANELLI, MATAACENA, MANZINI, MATTIOLI, MONTECCHI, OLIVERIO, OLIVO, ROTUNDO, SETTIMI, SITRA, VIVIANI

Modifiche all'articolo 4 della legge 27 dicembre 1985, n. 816, concernente il rilascio di permessi per l'espletamento delle funzioni amministrative degli amministratori pubblici

Presentata il 1° marzo 1995

ONOREVOLI COLLEGHI! — Dopo l'alluvione dei primi giorni del novembre 1994, molti sindaci dei comuni colpiti dal tragico evento calamitoso hanno dovuto impiegare tutte le loro ferie per far fronte ai numerosi e gravosi impegni derivati dalla loro carica e legati al periodo dell'emergenza abitativa.

Attualmente la legge consente ai sindaci di assentarsi dal proprio posto di lavoro, oltre che per il tempo necessario per partecipare alle sedute del consiglio, per il raggiungimento del luogo dell'adunanza, per rientrare al posto di lavoro e per lo studio dell'ordine del giorno, per altre quarantotto ore mensili durante le quali dovrebbero essere concentrate, ai sensi dell'articolo 8 del decreto-legge 18

gennaio 1993, n. 8, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 marzo 1993, n. 68, tutte le altre funzioni inerenti lo svolgimento dei compiti istituzionali.

In situazioni eccezionali, come quella che si è verificata, appunto, a causa delle alluvioni del novembre 1994, gli amministratori sono costretti, se non vogliono perdere lo stipendio, a ricorrere alle ferie, circostanza, questa, che aggiunge ai pesi derivanti dall'impegno istituzionale un elemento di penalizzazione francamente ingiustificabile.

La presente proposta di legge è composta da un unico articolo che propone il riconoscimento di un periodo fissato dal prefetto, a seconda delle esigenze, come congedo straordinario retribuito.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. All'articolo 4 della legge 27 dicembre 1985, n. 816, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al terzo comma, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , salvo quanto previsto dal successivo comma. »;

b) dopo il terzo comma è inserito il seguente:

« In occasione di calamità naturali e di altri eventi straordinari indipendenti dal loro comportamento i membri delle giunte municipali e provinciali, i sindaci ed i presidenti delle amministrazioni provinciali hanno il diritto di assentarsi dai rispettivi posti di lavoro per tutto il tempo necessario, nella misura stabilita dal prefetto della provincia. Il compenso per le ore di assenza eccedenti quelle previste al secondo comma 2 del presente articolo è corrisposto dal Ministero dell'interno. Lo stesso periodo è coperto da contribuzione figurativa ».



[Torna all'indice](#)

INTERROGAZIONI CON RISPOSTA SCRITTA

se non ritenga, pertanto, necessario, disporre la esecuzione di una sessione straordinaria riservata ai giovani provenienti dalla Sicilia rimasti esclusi dalla selezione al fine di rimuovere una ingiustificabile discriminazione nei confronti di chi è stato impedito da fatti indiscutibilmente oggettivi dal partecipare al concorso in questione. (4-09020)

RISPOSTA. — Con riferimento all'interrogazione indicata in oggetto, si rappresenta quanto segue.

L'articolo 95 del Decreto Legislativo 30 ottobre 1992, n. 443, prevede che « il candidato che non si presenti nel luogo, nel giorno e nella ora stabiliti per l'accertamento dell'idoneità fisica e psichica, per la valutazione delle qualità attitudinali e per le prove viene escluso dal concorso con decreto motivato del Ministro ».

La normativa vigente, peraltro riportata integralmente nel bando di concorso di cui al decreto ministeriale 27.9.1993, pubblicato nella G.U. 4^a serie speciale « Concorsi ed Esami » n. 88 dell'8.11.1994, non sembra poter consentire alcuna deroga alle disposizioni sopra citate.

Il Ministro di grazia e giustizia:
Mancuso.

CACCAVALE. — Ai Ministri dell'interno e per la funzione pubblica e per gli affari regionali. — Per sapere:

se risponda al vero che la Società ROVEIM possa utilizzare un centro commerciale di 5.000 metri quadrati e 600 appartamenti realizzati nel Comune di Anzio, località Lavinio Scalo, con la complicità della locale Amministrazione Comunale che ha omesso di redigere un nuovo piano commerciale, consentendo così alla stessa di accedere alla tabella ottava (necessaria per aprire un centro commerciale) che altrimenti non sarebbe stata disponibile;

e quali iniziative intendano promuovere i Ministri interessati nel caso dovessero emergere eventuali responsabilità.

(4-06216)

RISPOSTA. — La S.V. ha presentato l'interrogazione, della quale si unisce il testo, con richiesta di risposta scritta.

Si risponde.

Dagli accertamenti disposti tramite la prefettura di Roma è emerso che in località « Zodiaco » sita in Lavinio-Scalo, agro del comune di Anzio, è ubicata un'area di circa 134.000 mq., di proprietà della Società « Edili Nuova Cisterna », che ha stipulato in data 24.8.1980 una convenzione con il comune di Anzio per la realizzazione di 781 abitazioni.

Il citato comune, in data 15 settembre 1994, ha rilasciato alla predetta società anche due concessioni edilizie per attività di carattere commerciale, di cui una di dimensioni ridotte e l'altra per un centro di 4.200 mq. di superficie, all'interno del quale sarebbero dovuti sorgere singoli negozi e non supermercati previsti dalla citata tabella « 8 ».

La società « Edili Nuova Cisterna », successivamente, ha ceduto le concessioni edilizie e gli obblighi derivati dalla convenzione con il comune di Anzio alla società « RO. VE.IM. », che ha proposto ricorso ed ha ottenuto dal T.A.R. del Lazio l'intimazione al comune di Anzio di concedere i benefici previsti dalla tabella « 8 » alla zona « Zodiaco ». L'amministrazione comunale ha impugnato l'ordinanza del predetto Tribunale presso il Consiglio di Stato, ottenendo la sospensione dell'ordinanza stessa.

In merito alla presunta omissione di redazione del nuovo piano commerciale, si precisa che lo stesso è stato approvato dal consiglio comunale in data 27.12.1994; in seguito, però, la relativa delibera è stata annullata dal CO.RE.CO.

Il Ministro dell'interno: Brancaccio.

CACCAVARI. — Al Ministro dell'interno. — Per sapere — premesso che:

dopo l'alluvione dei primi di novembre molti sindaci dei comuni colpiti dal tragico evento calamitoso hanno dovuto impiegare tutte le loro ferie per far fronte ai numerosi e gravosi impegni derivanti dalla loro carica e legati al periodo dell'emergenza abitativa;

attualmente la legge consente ai sindaci di assentarsi dal proprio posto di lavoro, oltre che per il tempo necessario per partecipare alle sedute del Consiglio, per il raggiungimento del luogo dell'adunanza, per rientrare al posto di lavoro e per lo studio dell'ordine del giorno, soltanto per altre quarantotto ore mensili durante le quali dovrebbero essere concentrate, ai sensi del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 8, articolo 8, tutte le altre funzioni inerenti lo svolgimento dei compiti istituzionali;

in situazioni eccezionali, come quella che si è verificata, appunto, a causa delle alluvioni del novembre scorso, gli amministratori sono costretti, se non vogliono perdere lo stipendio, a ricorrere alle ferie, circostanza, questa, che aggiunge ai pesi derivanti dall'impegno istituzionale un elemento di penalizzazione francamente ingiustificabile —

quali siano le valutazioni del Ministro interrogato sulla situazione descritta e quali provvedimenti ritenga di dover assumere per risolvere i problemi evidenziati;

se non reputi di dover intervenire per facilitare in futuro, anche in considerazione delle responsabilità maggiori che i sindaci vengono ad assumere con il nuovo sistema elettorale, l'espletamento delle funzioni amministrative in tutti i casi che, come quello di cui trattasi, richiedono il massimo impegno da parte di ogni amministratore locale. (4-07680)

RISPOSTA. — *La S.V. ha presentato l'interrogazione, della quale si unisce il testo, con richiesta di risposta scritta.*

Si risponde.

La regolamentazione degli interventi urgenti a favore delle zone colpite dagli eventi alluvionali del novembre 1994 è stata disposta con decreto-legge 24 novembre 1994, n. 646, convertito, con modificazioni, in legge n. 22 del 21/11/1995.

In tale atto normativo è stata prevista l'istituzione di un comitato che ha il compito di ripartire, tra le regioni, gli enti locali,

le altre amministrazioni e le prefetture interessate, uno stanziamento da stabilirsi sulla base delle esigenze rilevate e da destinare, tra gli altri, agli interventi di soccorso alle popolazioni, alle attività di assistenza e di ripristino dei servizi di prima necessità, alla riparazione dei danni subiti dalle infrastrutture pubbliche, alle spese di consolidamento dei dissesti idrogeologici e di riassetto idraulico della rete idrogeologica.

È previsto che i rendiconti delle spese erogate sulle somme assegnate dal comitato alle regioni, alle altre amministrazioni e alle prefetture interessate siano sottoposti al riscontro degli uffici decentrati e periferici della Ragioneria Generale dello Stato e della Corte dei Conti.

È prevista, inoltre, la facoltà per le amministrazioni interessate di operare in deroga alle norme vigenti, purché nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico ed, in tal caso, le amministrazioni sono tenute a trasmettere al Presidente del Consiglio dei Ministri una relazione semestrale, corredata dal rendiconto delle spese, da sottoporre alla valutazione del Consiglio dei Ministri per il successivo inoltro ai Presidenti delle Camere.

Una soluzione definitiva del problema richiede, comunque, l'intervento di tutti gli organi responsabili, nei cui confronti non viene meno, da parte di questa amministrazione, un'attenta opera di sollecitazione ed impegno per l'adozione di provvedimenti di rispettiva competenza.

Il Ministro dell'interno: **Brancaccio.**

CALZOLAIO. — *Al Ministro di grazia e giustizia. — Per sapere — premesso che:*

il signor Scipioni Giovanni, nato a Potenza Picena, Macerata, il 7 gennaio 1956, è dipendente del Ministero di grazia e giustizia, immesso in ruolo con decreto in data 13 ottobre 1994, ed attualmente presta servizio presso la sezione distaccata di Recanati della Pretura Circondariale di Macerata. La sua immissione in ruolo è avvenuta in forza dell'articolo 12, comma 5, della legge 21 novembre 1991, n. 374, sul presupposto del suo servizio continua-

(...)

antica, sono venuti alla luce nel 1977 dei preziosissimi affreschi attribuiti a Baldassarre Peruzzi;

che detti capolavori sono una delle attrattive culturali e turistiche più preziose di Ostia antica —

se corrisponda a verità che nell'edificio stia avanzando in modo preoccupante l'umidità, che tra poco tempo rischia di danneggiare irreparabilmente i preziosissimi affreschi;

se corrisponda a verità che codesto ministero abbia stanziato circa cento milioni per la urgentissima riparazione del tetto dell'episcopio, ma che tale lavoro non sia ancora stato iniziato;

se corrisponda a verità che il sopracitato stanziamento non basterà a rendere stabile o sicuro l'edificio, poiché esso è minacciato da falde acquifere sottostanti che ne minano la stabilità e la sicurezza.
(4-10459)

Risposta. — *In merito all'interrogazione parlamentare indicata in oggetto si fa presente quanto segue.*

Tutto l'abitato denominato « Borgo di Ostia Antica », comprendente il Castello di Giulio II, l'Episcopio e la Chiesa di S. Aurea, risente della particolare composizione degli strati sottofondali.

Da indagini geologiche effettuate nella zona è risultato che tutto il complesso medioevale sorge sopra un banco di torba la cui profondità è di circa 15 metri; le continue variazioni igroscopiche del terreno sono la principale causa dei dissesti riscontrabili in molti edifici storici.

I dissesti, evidenziati mediante strumenti di controllo elementari, dimostrano che è in atto un processo evolutivo delle lesioni, causa questa del progressivo degrado delle strutture portanti e delle relative decorazioni pittoriche.

In data 21 giugno 1995, a seguito della comunicazione effettuata dal parroco della Chiesa di S. Aurea di crolli di parti murarie dovute a fatiscenza dei materiali e alle recenti scosse, la Soprintendenza per i beni ambientali e architettonici di Roma ha pro-

ceduto alla consegna dei lavori ad una ditta di fiducia per un immediato inizio dei lavori stessi sotto riserva di legge, in attesa di definire le dovute pratiche amministrative.

Nel bilancio di questo Ministero, per il 1994, è stato previsto uno stanziamento di L. 150.000.000 con il quale si potrà procedere al restauro di una porzione limitata di coperture. Detto intervento sarà propedeutico ad un recupero degli affreschi sottostanti.

Anche nella prossima programmazione questo Ministero, compatibilmente con le limitate risorse finanziarie disponibili, provvederà a stanziare fondi per l'effettuazione degli interventi necessari per la salvaguardia e la valorizzazione della Chiesa in questione.

Il Ministro dei beni culturali e ambientali: Paolucci.

CACCAVARI e FUMAGALLI. — *Al Ministro delle poste e delle telecomunicazioni. — Per sapere — premesso che:*

le zone montane sono in condizioni svantaggiate per quanto riguarda le comunicazioni varie e i trasporti;

la diffusione sempre più ampia della telefonia cellulare rappresenta un sicuro miglioramento delle possibilità di comunicazione nelle diverse fasi delle attività quotidiane e in quelle eccezionali legate ad eventi di calamità;

viene presentata da più parti la difficoltà di uso degli apparecchi cellulari per mancanza di collegamento;

in particolare la comunità Montana delle Valli del Taro e del Ceno (PR), (sollecitata anche dal Soccorso Alpino SAER intervenuto recentemente in quelle zone per calamità naturali) segnala la completa inefficienza dei telefoni cellulari;

tale inefficienza può determinare inconvenienti per i cittadini che abbiano bisogno di soccorso in condizioni di pericolo e creare altre difficoltà nelle attività economiche e commerciali dei residenti che hanno diritto ad utilizzare tecnologie avanzate di comunicazione —

quali provvedimenti intenda prendere per realizzare con urgenza la copertura

radioelettrica nelle zone montane della Valtaro e Valceno (Parma) dove la telefonia cellulare diventa sempre di più uno strumento indispensabile di lavoro e di tutela personale in caso di rischi. (4-05335)

RISPOSTA. — *Al riguardo si fa presente che il servizio radiomobile in tecnica TACS serve attualmente circa 2,5 milioni di abbonati su tutto il territorio nazionale, nonostante abbia avuto inizio solo nel 1990.*

Gli ingenti investimenti realizzati nel settore, infatti, hanno consentito di conseguire risultati soddisfacenti tanto che la copertura, che inizialmente ha interessato le maggiori aree metropolitane e le grandi vie di comunicazione, attualmente raggiunge il 69 per cento del territorio ed il 95 per cento della popolazione.

Da tali dati si evince, pertanto, che la copertura radioelettrica è diffusa anche in ambiti territoriali con scarsa densità urbanistica: risultato che è stato possibile raggiungere solo superando grandi difficoltà dovute alla conformazione orografica del territorio nazionale.

Ciò premesso in linea generale, per quanto riguarda la copertura radioelettrica delle valli del Taro e del Ceno la concessionaria Telecom ha riferito che effettivamente il servizio in parola non raggiunge livelli di qualità del tutto soddisfacente.

La medesima concessionaria ha, tuttavia, assicurato che non mancherà di tenere nel debito conto le esigenze della popolazione interessata in occasione della predisposizione dei futuri piani di sviluppo.

Si rammenta, infine, che con l'approvazione delle convenzioni fra il Ministero p.t. e la Omnitel Pronto Italia S.p.a. nonché con la medesima Telecom per l'espletamento del servizio pubblico radiomobile di comunicazione con il sistema in tecnica numerica denominato GSM la rete radiomobile dovrebbe registrare un notevole incremento e, di conseguenza, dovrebbe essere assicurato lo sviluppo del servizio in parola anche nella zona menzionata dalla S.V. On.le.

Il Ministro delle poste e delle telecomunicazioni: Gambino.

CALDEROLI. — *Ai Ministri dell'interno e di grazia e giustizia.* — Per sapere — premesso che:

è in corso presso la Corte di Assise di Palermo il processo di primo grado contro mandanti ed esecutori dell'omicidio dell'Onorevole Salvo Lima;

è stata resa deposizione dal Signor Salvatore Cancemi, collaboratore di giustizia, in data 3 e 4 marzo u.s.;

le circostanze i fatti riferiti dal Cancemi, sottoposto ad interrogatorio in aula, relativi a gravi episodi di corruzione che coinvolgerebbero Giudici della Corte di Cassazione tra i quali Corrado Carnevale, risultano confermati dal correo Vittorio Mangano, chiamato in causa dallo stesso Cancemi;

secondo Salvatore Cancemi è Vittorio Mangano la persona che fisicamente ha consegnato il denaro, 100 milioni in contanti, all'avvocato Aricò del Foro di Palermo, denaro destinato secondo il Cancemi a corrompere i magistrati della Cassazione;

Marcello Dell'Utri è la persona che, per sua stessa ammissione, ha introdotto Vittorio Mangano a Silvio Berlusconi;

la Criminalpol con relazione datata 13 aprile 1981 a pag. 177 scrive:

«L'aver accertato attraverso la citata intercettazione telefonica il contatto tra Mangano Vittorio di cui è bene ricordare sempre la sua particolare pericolosità criminale e Dell'Utri Marcello, ne consegue...» Brano riportato fedelmente dalla suddetta relazione;

risulta dalle deposizioni rese da Silvio Berlusconi nel 1987 al Giudice Istruttore Della Lucia che Mangano Vittorio, condannato per traffico di stupefacenti nel processo alla cosca Spatola Gambino Inzerillo, ha frequentato a lungo la casa di Silvio Berlusconi ad Arcore, espressamente la meglio nota Villa Sal Martino, dove ha alloggiato tra l'estate del 1974 e il 1980;

(...)



[Torna all'indice](#)

INTERVENTI SU PROGETTI DI LEGGE IN ASSEMBLEA

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 26 LUGLIO 1994

RESOCONTO STENOGRAFICO

42.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MARTEDÌ 26 LUGLIO 1994

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE VITTORIO DOTTI

INDICE

|

42.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 26 LUGLIO 1994

PAG.

Votazione finale del disegno di legge di conversione:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 1994, n. 401, recante disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali (768).

PRESIDENTE	2081, 2083, 2084, 2085, 2086
BLANCO ANGELO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	2081
CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	2082
LODOLO D'ORIA VITTORIO (gruppo forza Italia)	2083
POLENTA PAOLO (gruppo PPI)	2084
PROVERA FIORELLO (gruppo lega nord)	2085
SAIA ANTONIO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	2083
SITRA GIANCARLO (gruppo progressisti-federativo)	2086

rappresenta un chiaro segnale nei riguardi di chi ha vissuto per troppo tempo nel disinteresse spesso interessato.

Onorevoli colleghi, vorrei richiamare la vostra attenzione su uno degli obiettivi fondamentali di questo processo di cambiamento, rappresentato dal controllo della qualità dell'assistenza da parte del Governo centrale. Troppe omissioni e ritardi sono stati accumulati dalle regioni, le quali, pur vedendosi riconosciuto un ambito di autonomia in materia sanitaria forse eccessivo e pur non vivendo in situazione oltremodo drammatica, poco o nulla hanno fatto per migliorare la sanità.

In un momento in cui è richiesto il massimo impegno da parte della classe politica, alleanza nazionale si vuole distinguere per la peculiarità che l'ha sempre caratterizzata, vale a dire per il perseguimento di un rinnovato rapporto tra popolo e istituzioni (*Applausi dei deputati del gruppo di alleanza nazionale-MSI*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la conversione in legge del decreto-legge n. 401 del 1994 non consentirà di rendere definitive ed ordinarie le disposizioni urgenti di riorganizzazione delle unità sanitarie locali, in quanto resteranno ancora in attività, in molte zone del paese, organi provvisori di gestione. Il lavoro svolto dalla XII Commissione e le audizioni del ministro hanno però indotto alcuni colleghi a presentare emendamenti finalizzati a correggere l'impostazione iniziale, che avrebbe portato al blocco generalizzato delle nomine dei direttori generali, penalizzando fortemente le regioni che avevano ben operato e che, nei termini e con le modalità previste dalla legge n. 502, avevano provveduto a scegliere i direttori generali delle USL e degli ospedali. È certo, però, che i ritardi accumulati da alcune regioni inadempienti hanno indotto il Governo a predisporre alcune parti del decreto-legge, che sono da ritenere francamente paradossali. Com'è possibile che una persona sia nomi-

nata direttore generale per concorso quando i tratti salienti di tale incarico sono proprio la sua temporaneità e la sua revocabilità? Il complesso delle norme di riordino del sistema sanitario nazionale, non senza limiti ed incongruenze, afferma tuttavia una concezione che dovrebbe essere largamente condivisa dalla nuova maggioranza: intendo riferirmi alla natura aziendale del servizio, con tutte le conseguenze in tema di responsabilità ed efficienza che, con la dovuta gradualità, dovranno discendere dalla nuova impostazione.

È possibile che la nuova maggioranza di fronte al primo e reale tentativo di privatizzazione della gestione di un servizio pubblico ponga difficoltà e burocratizzazioni eccessive — come l'albo nazionale dei direttori — affermando una concezione centralistica e dimenticando che la sanità è materia attribuita dall'articolo 117 della Costituzione alle regioni?

È necessario dunque dare rapidità ai processi di cambiamento e di razionalizzazione della sanità per un'equa tutela della salute della collettività, costruendo il nuovo modello istituzionale delle aziende USL e della aziende-ospedali espresso da un responsabile che abbia i requisiti professionali e tecnici e che sia anche organo di controllo. Bisogna fare ordine nella spesa sanitaria, intensificare i controlli e rendere trasparenti i passaggi dal finanziamento alla spesa, in modo che i cittadini vogliano e sappiano farsene carico con consapevolezza.

Vorrei sottolineare il fatto che non bisognerebbe penalizzare i malati per risparmiare e per decurtare gli investimenti nella sanità, in quanto le azioni finalizzate al risparmio devono avere come destinatari i produttori dei servizi e non solo i consumatori degli stessi, i quali — come è noto — non sono i veri e propri effettivi ordinatori di spesa.

Resta ancora molto da fare per raggiungere un livello soddisfacente di risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Auspico che la maggioranza vorrà cercare traguardi avanzati e rispettosi della dignità umana e civile di ognuno. È certo, però, che dall'opposizione non staremo a guardare, ma saremo di stimolo e di controllo, disposti a collaborare

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 26 LUGLIO 1994

per il miglioramento della qualità delle risposte sanitarie. Mi pare che le modificazioni discusse ed apportate al decreto-legge n. 401 del 1994 ne siano una prova.

Dichiaro in conclusione il voto favorevole dei deputati del gruppo dei progressisti-federativo sul provvedimento in esame (*Applausi dei deputati del gruppo progressisti-federativo*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Lodolo D'Oria. Ne ha facoltà.

VITTORIO LODOLO D'ORIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la sensibilità che i deputati del gruppo di forza Italia vogliono dimostrare nel campo della sanità è rappresentata proprio dal voto favorevole che dichiariamo sul decreto-legge n. 401 del 1994. Proprio per questo motivo, sottolineiamo che era indispensabile arrestare la nomina dei direttori generali per rivedere l'elenco ed i criteri sulla base dei quali esso è stato predisposto.

Proprio per questo noi non vogliamo — checché ne dicano i nostri colleghi progressisti — penalizzare le regioni che hanno adempiuto ai propri doveri e che bene si sono comportate, ma sottolineare — è stato affermato anche dal ministro Costa — che vi è stata una accelerazione quanto meno sospetta da parte di alcune regioni che, fino ad allora, non si erano adoperate per la riforma sanitaria.

Ricordiamo e sottolineiamo il fatto che soprattutto la regione Lazio — che ha rappresentato il vertice di questi comportamenti sospetti — ha voluto addirittura procedere alla nomina notturna di questi direttori generali, in netto contrasto con il contenuto del decreto-legge. Di fronte a tale fatto noi assumiamo una posizione ben precisa, come chiaro e preciso è il nostro voto favorevole sul provvedimento: intendiamo premiare quelle regioni che ben hanno operato soprattutto sottolineando il fatto che era nostra ferma necessità e convinzione rivedere i criteri di predisposizione dell'elenco. Intendiamo sottolineare tale aspetto perché non riteniamo di aver penalizzato le regioni; siamo anzi convinti che rivedendo i criteri

di predisposizione dell'elenco potremo ben operare affinché ai vertici della sanità vengano poste persone non più «targate» politicamente, ma che abbiano ben operato e con un *curriculum* che dimostri la loro valenza e capacità professionale.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Saia. Ne ha facoltà.

ANTONIO SAIA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nell'annunciare il voto favorevole dei deputati del gruppo di rifondazione comunista-progressisti sul disegno di legge di conversione al nostro esame, voglio comunque sottolineare rapidamente alcuni aspetti sui quali ritengo necessaria una riflessione.

A norma delle leggi nn. 502 e 517, dalle quali trae origine il decreto-legge in questione, le regioni italiane avrebbero dovuto, in tempi ragionevolmente brevi, provvedere alla ridefinizione dei territori di competenza delle unità sanitarie locali e alla nomina dei direttori generali, le cui caratteristiche, nello spirito della legge, dovevano essere improntate a grande managerialità e a dimostrata capacità imprenditoriale.

Nel corso di questi mesi si è assistito, come al solito nella sanità italiana, ad una serie di gravi difformità di comportamento fra le varie regioni; alcune, come per esempio l'Emilia Romagna ed altre, hanno dimostrato capacità di decidere rapidamente sul da farsi e soprattutto di organizzarsi celermente per ridefinire territorialmente le USL e per fare quanto previsto dalla legge, in altre regioni invece, si sono registrati gravissimi ritardi. Vorrei segnalare per esempio il caso della mia regione, l'Abruzzo, dove non è stata attuata una ridefinizione del territorio delle USL e dove addirittura non è stato ancora predisposto un piano sanitario, a distanza di 13 anni dall'entrata in vigore della legge n. 833.

Tali difformità di comportamento tra le regioni, sono però derivate essenzialmente dalla mancanza di chiarezza della normativa statale; una legge nella quale si riporta il concetto che di norma il territorio di com-

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 NOVEMBRE 1994

RESOCONTO STENOGRAFICO

90.

SEDUTA DI LUNEDÌ 7 NOVEMBRE 1994**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE IGNAZIO LA RUSSA**

INDI

DEL PRESIDENTE IRENE PIVETTI**INDICE**

	PAG.		PAG.
Disegno di legge (Seguito della discussione):		BLANCO ANGELO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	4717
Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (1365-bis).		BRUNETTI MARIO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	4712
PRESIDENTE . 4678, 4679, 4680, 4681, 4682, 4684, 4685, 4686, 4689, 4690, 4691, 4692, 4693, 4694, 4695, 4696, 4697, 4698, 4699, 4700, 4702, 4703, 4704, 4705, 4706, 4707, 4708, 4709, 4610, 4711, 4712, 4713, 4714, 4715, 4716, 4717, 4718, 4719, 4720, 4721, 4722, 4723, 4724, 4725, 4726, 4727, 4728, 4729, 4730, 4732, 4733, 4734, 4735, 4736, 4737, 4738, 4739, 4740, 4741, 4742		BUONTEMPO TEODORO (gruppo alleanza nazionale-MSI) . 4700, 4711, 4712, 4717, 4739	
BASILE VINCENZO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	4732	CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	4698
BECCHETTI PAOLO (gruppo CCD)	4713	CALDEROLI ROBERTO (gruppo lega nord) 4680, 4681, 4718, 4732	
BEEBE TARANTELLI CAROLE JANE (gruppo progressisti-federativo)	4738	CASTELLANETA SERGIO (gruppo misto) . 4694, 4697, 4719, 4734, 4741	
BENEDETTI VALENTINI DOMENICO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	4721	CECCONI UGO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	4718
BERLINGUER LUIGI (gruppo progressisti-federativo)	4678	COLOMBINI EDRO (gruppo forza Italia) . 4714, 4721, 4727, 4732	
		COLUCCI GAETANO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	4697
		CONTI GIULIO, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i> . . . 4705, 4707, 4719, 4740	

90.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
 Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

(...)

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 NOVEMBRE 1994

istituti di analisi od altro, ritengo — ripeto — che questa norma sia offensiva per la dignità della professione medica e dunque invito i parlamentari presenti in aula a votare contro l'articolo 2 del disegno di legge al nostro esame.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'articolo 2.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	365
Votanti	359
Astenuti	6
Maggioranza	180
Hanno votato sì	206
Hanno votato no	153

(La Camera approva).

Passiamo all'esame dell'articolo 3, nel testo della Commissione e del complesso degli emendamenti ad esso presentati *(vedi l'allegato A)*.

Avverto che la Presidenza non considera ammissibili gli emendamenti Polenta 3.60 e Soro 3.17, perché recano norme che comportano oneri aggiuntivi senza prevedere le necessarie compensazioni.

Passiamo agli interventi sull'articolo 3 e sul complesso degli emendamenti ad esso presentati.

Ha chiesto di parlare l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, voglio richiamare la vostra attenzione su questo articolo. Si tratta di una materia delicata, nel senso che esso tenta di affrontare la grossa questione degli ospedali. È chiaro che questi ultimi, considerati come luogo di diagnosi e cura, sono le strutture deputate al trattamento di quelle patologie, e quindi di quei malati, che non trovano una risposta curativa né a domicilio né nelle altre strutture esistenti sul territorio.

Nel nostro paese sono circa un migliaio le

strutture ospedaliere non equamente distribuite e non tutte assimilabili dal punto di vista della qualità e dell'efficienza. Ritengo pertanto auspicabile una razionalizzazione della distribuzione delle risorse sanitarie e del loro impiego. È un obiettivo per il cui conseguimento ci siamo sempre battuti, però reputo che con l'attuale stesura dell'articolo 3 si sia scelta la soluzione più irrazionale nell'affrontare una materia così delicata dal momento che esso rispecchia una visione centralistica. Infatti, si stabilisce quali ospedali chiudere o tenere aperti sulla base di criteri che non tengono adeguatamente conto delle realtà territoriali né dei tipi di malattie che possono più facilmente insorgere in determinati territori.

Siamo favorevoli a razionalizzare i servizi offerti dalla rete ospedaliera, ma dobbiamo individuare anche criteri diversificati perché in talune realtà gli ospedali con 120 posti letto spesso rappresentano l'unica risorsa ospedaliera ed anche l'unica possibilità di trattare patologie per le quali, diversamente, sarebbe necessaria un'emigrazione sanitaria verso altre località.

Vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi sul fatto che probabilmente una effettiva razionalizzazione delle strutture sanitarie dovrebbe comportare anche un esame attento e qualificato degli ospedali che abbiano più di 120 posti letto. Infatti in alcuni di essi vi sono reparti sottoutilizzati, che pertanto potrebbero essere chiusi, con conseguente risparmio, pur mantenendo aperto l'ospedale per i restanti servizi.

Quanto invece contenuto nell'articolo 3 ha lasciato anche la maggioranza sorpresa. Infatti, in Commissione bilancio sono stati presentati numerosi emendamenti che, se accolti, avrebbero reso la necessaria razionalizzazione degli ospedali una mera dichiarazione di volontà, introducendo invece delle regole che avrebbero vanificato un simile tentativo. Nel testo al nostro esame, la norma per la chiusura degli ospedali comporta che vengano scaricate sulle regioni determinate responsabilità. Infatti, quando si afferma che, se le regioni vogliono mantenere aperti gli ospedali, devono farsi carico delle spese sostenute, si tenta di dare alle regioni stesse la totale responsabilità del manteni-

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 7 NOVEMBRE 1994

mento della rete ospedaliera che, invece, è un servizio nazionale rispondente alle esigenze di tutti i cittadini e che quindi le regioni devono sì gestire, ma in accordo con il servizio sanitario nazionale.

Proponiamo pertanto di assegnare alle regioni il compito di razionalizzare e riconvertire gli ospedali sulla base degli obiettivi fissati dai piani sanitari. Penso che la riconversione stessa debba essere valutata in termini corretti e ponderati, in quanto l'ammmodernamento e l'adattamento delle strutture ospedaliere alle reali esigenze sanitarie richiedono un impegno finanziario enorme. Sul territorio nazionale sono 350 gli ospedali con meno di 120 posti letto e la loro riconversione o chiusura metterebbe in mobilità un personale pari a 40 mila unità. È necessario quindi prestare attenzione ai dati numerici perché può sembrare di risparmiare, mentre è possibile che la riconversione costi più del mantenimento in servizio degli ospedali.

In conclusione, proponiamo di chiudere gli ospedali inutili e che non rispondono alle esigenze dei cittadini, ma chiediamo che ciò avvenga attraverso un controllo delle regioni. In tale modo, se le regioni fossero inadempienti — fatto che è avvenuto —, il Governo potrebbe esercitare dei poteri sostitutivi manifestando la propria attenzione nei confronti di tutte le problematiche collegate alla sanità, anche gestendo direttamente quei settori nei quali si riscontrino inadempienze. In tal modo, la chiusura e la riconversione di piccoli ospedali avrebbe un senso perché finalizzata a tutelare la salute dei cittadini.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Polenta. Ne ha facoltà.

PAOLO POLENTA. Signor Presidente, ritengo che l'articolo 3 del provvedimento al nostro esame sia fondamentale. È un articolo che contestiamo nella sua complessità per il carattere prettamente centralistico e anti-regionalista dell'impostazione data dal Governo propo circa la questione annosa della riconversione dei piccoli ospedali.

In questi tempi si parla molto di regionalismo, ed io vorrei sottolineare che, nell'oc-

casione odierna — mi rivolgo in primo luogo agli amici della lega: se ci sono, battano un colpo! —, stiamo attuando un provvedimento che è il contrario esatto del regionalismo. Con la normativa in esame, infatti, si impongono decisioni che sono di competenza delle regioni — potremmo discutere al limite sulla stessa costituzionalità dell'articolo in esame —, mentre allo Stato compete essenzialmente l'indicazione...

Presidente, vorrei chiedere ai colleghi un po' di attenzione.

PRESIDENTE. Onorevole Polenta, credo che la stiano seguendo!

PAOLO POLENTA. Non mi pare proprio; comunque parlerò lo stesso!

Dicevo che allo Stato compete la determinazione, attraverso la legislazione nazionale ed il piano sanitario nazionale, delle modalità di funzionamento istituzionale della sanità. Allo Stato compete inoltre la determinazione dei livelli di assistenza che devono essere erogati uniformemente nel territorio nazionale.

PRESIDENTE. Prego i colleghi presenti nelle vicinanze dell'oratore di evitare di discutere; altrimenti, si che viene disturbato!

Onorevole Rinaldi, essendo lei vicina al collega che sta parlando, la pregherei di interrompere la sua conversazione!

Prosegua pure, onorevole Polenta.

PAOLO POLENTA. Dicevo che compete allo Stato la determinazione del fondo sanitario da distribuire alle regioni e, a quest'ultime, di stabilire a quali strumenti ricorrere (soppressione di ospedali e di «doppioni», politica del personale, interventi — come quelli previsti negli articoli successivi — di riduzione della spesa di beni e servizi) per raggiungere gli obiettivi determinati dallo Stato. In questo caso, devo dire che non abbiamo alcuna fiducia del livello regionale. Sottolineo, infatti, che non solo saltiamo quest'ultimo, ma demandiamo agli stessi direttori generali delle unità sanitarie locali — tra l'altro, non so chi a questo punto accetterà di ricoprire tale incarico — la funzione di sopprimere o di riconvertire,

(...)

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 16 NOVEMBRE 1994

RESOCONTO STENOGRAFICO

97.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 NOVEMBRE 1994**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE IRENE PIVETTI****INDI****DEI VICEPRESIDENTI LUCIANO VIOLANTE, RAFFAELE DELLA VALLE
E LORENZO ACQUARONE****INDICE**

	PAG.		PAG.
Disegno di legge (Seguito della discussione):		5652, 5653, 5654, 5655, 5656, 5657, 5658,	
Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (1365-bis)		5659, 5660, 5661, 5662, 5663, 5664, 5665,	
PRESIDENTE	5531, 5532, 5533, 5534, 5535,	5666, 5667, 5668, 5669, 5670, 5671, 5672,	
5536, 5537, 5539, 5540, 5542, 5544, 5546,		5673, 5674, 5675, 5676, 5677, 5678, 5679,	
5547, 5548, 5549, 5550, 5551, 5552, 5553,		5680, 5681	
5554, 5555, 5556, 5557, 5558, 5559, 5560,		AGOSTINACCHIO PAOLO (gruppo alleanza	
5561, 5562, 5563, 5564, 5565, 5566, 5567,		nazionale-MSI)	5618
5568, 5569, 5570, 5571, 5572, 5573, 5574,		AGOSTINI MAURO (gruppo progressisti-federativo)	5546
5575, 5576, 5577, 5578, 5579, 5580, 5581,		ALOISIO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	5547
5582, 5583, 5584, 5585, 5586, 5587, 5588,		ALTEA ANGELO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5637
5589, 5590, 5591, 5592, 5593, 5594, 5595,		AMICI SESA (gruppo progressisti-federativo)	5549
5596, 5597, 5598, 5599, 5600, 5601, 5602,		ANGELINI GIORDANO (gruppo progressisti-federativo)	5548
5603, 5604, 5605, 5606, 5612, 5613, 5614,		BARESI EUGENIO (gruppo CCD)	5576
5615, 5617, 5618, 5619, 5620, 5622, 5623,		BARTOLICH ADRIA (gruppo progressisti-federativo)	5672
5624, 5625, 5626, 5627, 5628, 5629, 5630,			
5631, 5632, 5633, 5634, 5635, 5636, 5637,			
5638, 5639, 5640, 5641, 5642, 5643, 5644,			
5645, 5646, 5647, 5648, 5649, 5650, 5651,			

97.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 16 NOVEMBRE 1994

	PAG.		PAG.
BARZANTI NEDO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5647	CORDONI ELENA EMMA (gruppo progressisti-federativo)	5638
BATTAFARANO GIOVANNI (gruppo progressisti-federativo)	5623	CORLEONE FRANCO (gruppo progressisti-federativo)	5593
BELLEI TRENTI ANGELA (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5642	CORNACCHIONE MILELLA MAGDA (gruppo progressisti-federativo)	5678
BERNARDELLI ROBERTO (gruppo lega nord)	5628	DALLA CHIESA MARIA SIMONA (gruppo progressisti-federativo)	5641
BERTINOTTI FAUSTO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5540	DANIELI FRANCO (gruppo progressisti-federativo)	5634
BIELLI VALTER (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5562, 5632	DE BIASE GAIOTTI PAOLA (gruppo progressisti-federativo)	5561
BIRICOTTI ANNA MARIA (gruppo progressisti-federativo)	5553	DE JULIO SERGIO (gruppo progressisti-federativo)	5643
BOGHETTA UGO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5601	DEL GAUDIO MICHELE (gruppo progressisti-federativo)	5550
BOLOGNESI MARIDA (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5617	DE MURTAS GIOVANNI (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5598, 5630
BONAFINI FLAVIO (gruppo lega nord) . .	5633	DI CAPUA FABIO (gruppo progressisti-federativo)	5579
BONITO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	5629	DI LELLO FINUOLI GIUSEPPE (gruppo progressisti-federativo)	5584
BONOMI GIUSEPPE (gruppo lega nord) . .	5532	DILIBERTO OLIVIERO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5550
BONSANTI ALESSANDRA (gruppo progressisti-federativo)	5631	DI ROSA ROBERTO (gruppo progressisti-federativo)	5564
BOVA DOMENICO (gruppo progressisti-federativo)	5579	DI STASI GIOVANNI (gruppo progressisti-federativo)	5584
BRACCI MARINAI MARIA GLORIA (gruppo progressisti-federativo)	5591	DOMENICI LEONARDO (gruppo progressisti-federativo)	5570
BRACCO FABRIZIO FELICE (gruppo progressisti-federativo)	5563	DORIGO MARTINO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5602
BRUNALE GIOVANNI (gruppo progressisti-federativo)	5597	DOTTI VITTORIO (gruppo forza Italia) . .	5620
BRUNETTI MARIO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5555, 5556	DUCA EUGENIO (gruppo progressisti-federativo)	5604
CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	5574	EMILIANI VITTORIO (gruppo progressisti-federativo)	5559
CALABRETTA MANZARA MARIA ANNA (gruppo PPI)	5616	FASSINO PIERO FRANCO (gruppo progressisti-federativo)	5554
CALVANESE FRANCESCO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5578	FERRANTE GIOVANNI (gruppo progressisti-federativo)	5558
CAMOIRANO MAURA (gruppo progressisti-federativo)	5574	FUMAGALLI VITO (gruppo progressisti-federativo)	5648
CANESI RICCARDO (gruppo progressisti-federativo)	5556	GALDELLI PRIMO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5596
CARAZZI MARIA (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5592, 5627	GALLETTI PAOLO (gruppo progressisti-federativo)	5649
CARLI CARLO (gruppo progressisti-federativo)	5557	GALLIANI LUCIANO (gruppo progressisti-federativo)	5679
CASINI PIER FERDINANDO (gruppo CCD)	5614	GAMBALE GIUSEPPE (gruppo progressisti-federativo)	5678
CAVERI LUCIANO (gruppo misto)	5531	GERARDINI FRANCO (gruppo progressisti-federativo)	5647
CENNAME ALDO (gruppo progressisti-federativo)	5635	GIACCO LUIGI (gruppo progressisti-federativo)	5650
CHIAVACCI FRANCESCA (gruppo progressisti-federativo)	5590		
COMMISSO RITA (gruppo rifondazione comunista-federativo)	5567		

(...)

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 16 NOVEMBRE 1994

degli anziani del nostro paese, dei poveri e dei pensionati, che fanno fatica a curarsi e che stentano a sopravvivere con la loro pensione, di quella parte del nostro paese che conta anche i biglietti da mille lire, anche gli spiccioli? E questo esercito di poveri, ogni giorno più numeroso, interroga il Governo e la maggioranza: sono i poveri che chiedono ragione di questa manovra finanziaria, dietro alla quale c'è un'economia di morte di cui voi siete infelici autori e maestri (*Applausi dei deputati dei gruppi progressisti-federativo e di rifondazione comunista-progressisti*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, in dissenso dal proprio gruppo, l'onorevole Camoirano. Ne ha facoltà.

MAURA CAMOIRANO. Annuncio il mio voto contrario sulla richiesta di fiducia avanzata dal ministro Dini a nome del Governo, sostanzialmente per due ragioni: la prima riguarda il merito dell'articolo 10 del disegno di legge al nostro esame, con una motivazione peraltro già ripresa molto precisamente e puntualmente dall'onorevole Pennacchi nel corso del suo intervento, il quale ricordava come noi, forza di opposizione, abbiamo chiesto lo stralcio da questo disegno di legge delle norme relative alla previdenza. Nell'apprestarci ad affrontare la riforma del sistema pensionistico e previdenziale del nostro paese, noi intendiamo regolare la vita di migliaia di donne e di uomini italiani ed intendiamo farlo in uno dei momenti più delicati della vita di molti di essi, per l'appunto quello del passaggio da un'attività lavorativa a quella che essi ritenevano potesse essere una fase di meritato riposo.

Credo — e voglio qui ribadirlo — che questa scelta di nuova regolazione della vita di donne e di uomini italiani non si possa fare senza certezza di conti, senza chiarezza di obiettivi né senza l'individuazione di gradualità che perlomeno consentano di farsi carico delle posizioni di lavoro più difficili e disagiate che sappiamo esistere nel nostro paese.

In una sua battuta pronunciata all'inizio di questa vicenda il Presidente Berlusconi

osservava come la durata media della vita sia molto allungata: mi chiedo davvero se il Presidente Berlusconi sia in grado di mettersi nei panni di un lavoratore di altoforno, di un'infermiera di un reparto di terapia intensiva o di un edile che lavora sopra un'impalcatura. Credo davvero che un ricorso a scelte di gradualità in questo senso avrebbe dovuto essere quanto meno consentito.

La seconda ragione che mi induce ad esprimere un «no» convinto alla richiesta di fiducia è dovuta proprio al reiterato ricorso alla stessa pratica della fiducia che — al di là del fatto tecnico più volte richiamato, e che a parer mio non sussiste, sia perché non serve ad accorciare i tempi sia perché le manovre ostruzionistiche dell'opposizione sono seguite a scelte del Governo — in realtà evidenzia un Governo sempre più debole ed incapace di proporre soluzioni che appaiano accettabili alle forze sociali e dell'opposizione, ma anche alle stesse forze di maggioranza.

In conclusione, credo che queste scelte alla fine non appariranno più accettabili nemmeno a quella parte del nostro paese costituita dalla classe degli imprenditori verso i quali oggi possono apparire rivolte, perché genereranno tensione sociale, instabilità e quindi, per responsabilità del Governo, nuovi problemi sul tessuto economico e sociale del nostro paese (*Applausi dei deputati dei gruppi progressisti-federativo e di rifondazione comunista-progressista*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, in dissenso dal proprio gruppo, l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi deputati, fa pensare che la fiducia, parola calda, protettiva, solidale, sia usata in questa situazione per coprire l'iniquità e lo squallore di una manovra finanziaria antisociale. Credo nessuno possa dubitare che si faccia una certa fatica a capire perché un Governo, il quale conta su un'ampia maggioranza, debba ricorrere alla posizione della questione di fiducia per approvare alcuni articoli di legge. Senza nessuna fatica, invece, si comprende perché

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 16 NOVEMBRE 1994

una maggioranza conflittuale e litigiosa deve essere autoritariamente messa in riga con un provvedimento che costringe ad un consenso forzoso verso le scelte del Governo. Ha costretto anche quei componenti della maggioranza i quali non condividono l'enorme impatto di illegalità che il condono edilizio, già approvato grazie alla fiducia, determinerà quando sarà dato riconoscimento alla pratica dell'abusivismo.

Mi pare allora che l'ostruzionismo sia praticato dal Governo che, ponendo la fiducia, impedisce lo svolgimento di un dibattito democratico su una questione di vitale interesse per tutti i cittadini qual è la previdenza.

Massima disponibilità è stata dimostrata dall'opposizione alla ricerca di soluzioni che, senza modificare il risultato finale della manovra finanziaria, potessero attenuarne le conseguenze sui cittadini più deboli. Fino a qualche ora fa è stata sottoposta al Governo la proposta di bloccare, non di ritirare, la questione di fiducia per cercare confronti ed altre possibilità di dialogo, stralciando la parte relativa alle pensioni. La rigidità e la prepotenza del Governo hanno cancellato però ogni possibilità di dialettica democratica con grande disprezzo anche della protesta civile di milioni di cittadini.

Per questa ragione, e per tante altre che non ho potuto illustrare, voterò e voterò contro la questione di fiducia posta da un Governo il quale sta portando — via via che vengono tagliate le pensioni, che aumenta la disoccupazione, che viene sovvertito lo Stato solidale e alterato quello sociale — verso una situazione di conflitto pericoloso, che interesserà tutta la collettività. Se questa maltratta gli anziani cancella la propria storia e se non esalta la qualità di vita dei giovani nega sicuramente il proprio futuro (*Applausi dei deputati del gruppo progressisti-federativo*).

BEPPE PISANU. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

BEPPE PISANU. Signor Presidente, prendo la parola per segnalare due episodi assai gravi, precisamente due attentati con bom-

be *molotov* compiuti questa notte contro le abitazioni dell'onorevole Galan, in Padova, e del senatore Merigliano.

Segnalo, inoltre, che precedentemente episodi analoghi si erano verificati a Padova: nella notte delle elezioni fu bruciata l'automobile di un nostro esponente, nei giorni dello sciopero fu devastata la sede di Publitalia.

Le modalità e le caratteristiche di queste azioni sembrano configurare non tanto fatti spiacevolissimi ma episodici, quanto qualcosa di più grave, che tende a svilupparsi in maniera continuativa. Non vogliamo né enfatizzare questi episodi, né assegnare ad essi valenze che non hanno. Certo è però che anche nelle manifestazioni di questi giorni, come ieri a Napoli, sono ricomparsi i visi coperti dei facinorosi di Autonomia ed hanno fatto la loro comparsa i simboli sinistri delle brigate rosse...

GIOVANNI DE MURTAS. Un milione di visi scoperti!

BEPPE PISANU. Sull'argomento...

PRESIDENTE. Colleghi, vi prego!

BEPPE PISANU. Non abbiamo alcun desiderio di speculare su questi episodi...

PRESIDENTE. Mi consenta, onorevole Pisanu. Questi sono fatti comunque gravissimi; ciascuno di noi ha in mente la recente storia d'Italia (*Applausi*).

Credo che un atteggiamento serio e costruttivo di tutte le parti politiche aiuti a superare queste fasi.

BEPPE PISANI. Signor Presidente, è esattamente in tale spirito che segnalo questi episodi. Ci riserviamo di formulare, se sarà necessario, una più dettagliata interrogazione a risposta scritta ed attendiamo di verificare se il Governo riterrà di dare informazioni più specifiche alla Camera (*Applausi dei deputati del gruppo di forza Italia*).

PRESIDENTE. Sul richiamo all'ordine dei lavori dell'onorevole Pisanu, ai sensi del combinato disposto degli articoli 41, comma

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 18 NOVEMBRE 1994

RESOCONTO STENOGRAFICO

99.

SEDUTA DI VENERDÌ 18 NOVEMBRE 1994**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE LORENZO ACQUARONE**

INDI

DEI VICEPRESIDENTI LUCIANO VIOLANTE E RAFFAELE DELLA VALLE**INDICE**

PAG.	PAG.
	5880, 5881, 5882, 5883, 5884, 5885, 5886, 5887, 5888, 5889, 5890, 5891, 5892, 5893, 5895, 5896, 5897, 5898, 5900, 5902, 5903, 5904, 5905, 5906, 5907, 5908, 5909, 5911, 5912, 5913, 5914, 5915, 5916, 5918, 5919, 5920, 5921, 5922
Disegno di legge (Seguito della discussione):	APREA VALENTINA (gruppo forza Italia) 5918
Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 1995 e bilancio pluriennale per il triennio 1995-1997 (1072) con la relativa nota di variazioni n. 1072-bis.	ANDREATTA BENIAMINO (gruppo PPI) 5874
PRESIDENTE 5817, 5818, 5819, 5821, 5822, 5823, 5824, 5825, 5826, 5827, 5828, 5829, 5830, 5831, 5832, 5833, 5834, 5835, 5836, 5837, 5838, 5839, 5840, 5841, 5842, 5843, 5844, 5845, 5846, 5847, 5848, 5849, 5850, 5851, 5852, 5853, 5854, 5855, 5856, 5857, 5858, 5859, 5860, 5861, 5862, 5863, 5864, 5865, 5866, 5867, 5869, 5870, 5871, 5872, 5873, 5874, 5875, 5876, 5877, 5878, 5879,	BECCETTI PAOLO (gruppo CCD) 5845, 5863
	BIELLI VALTER (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 5823
	BOGHETTA UGO (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 5863
	BONO NICOLA (gruppo alleanza nazionale-MSI) 5855
	BONOMI GIUSEPPE (gruppo lega nord) 5846
	BRACCI MARINAI MARIA GLORIA (gruppo progressisti-federativo) 5919
	BRUNETTI MARIO (gruppo rifondazione comunista-progressisti) . 5860, 5902, 5908

99.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'Allegato A.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'Allegato B.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 18 NOVEMBRE 1994

	PAG.		PAG.
CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	5854	GUERRA MAURO (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 5823, 5827, 5877,	5906
CAMPATELLI VASSILI (gruppo progressisti-federativo) . . . 5869, 5875, 5888,	5896	GUERZONI LUCIANO (gruppo progressisti-federativo)	5829, 5832
CANAVESE CRISTOFORO (gruppo lega nord)	5840, 5841	GUIDI ANTONIO, <i>Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale</i>	5885, 5887
CASTELLANETA SERGIO (gruppo misto) . .	5827	JERVOLINO RUSSO ROSA (gruppo PPI) . .	5871, 5889
CASTELLANI GIOVANNI (gruppo PPI) . . .	5884	LAZZARINI GIUSEPPE (gruppo forza Italia)	5846
CASTELLI ROBERTO (gruppo lega nord) .	5862	LENTI MARIA (gruppo rifondazione comunista-progressisti) . . 5833, 5848,	5852
CESETTI FABRIZIO (gruppo progressisti-federativo)	5893	LIA ANTONIO (gruppo PPI)	5889, 5890
CIOCCHETTI LUCIANO (gruppo CCD) . . .	5839	LIOTTA SILVIO (gruppo forza Italia), <i>Relatore per la maggioranza</i> 5821, 5823, 5824,	5826, 5828, 5847, 5848, 5853, 5857, 5858,
COMMISSO RITA (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5834, 5918	5859, 5864, 5865, 5872, 5875, 5876, 5887,	5888, 5889, 5892, 5895, 5898, 5904, 5905,
CRUCIANELLI FAMIANO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5881	5906, 5911, 5918, 5921, 5922	
DE BIASE GAIOTTI PAOLA (gruppo progressisti-federativo)	5828, 5900	LUMIA GIUSEPPE (gruppo progressisti-federativo) . . 5834, 5868, 5870, 5882,	5886
DE JULIO SERGIO (gruppo progressisti-federativo)	5882	MARINO LUIGI (gruppo rifondazione comunista-progressisti) . . . 5824, 5855,	5871
DANIELI FRANCO (gruppo progressisti-federativo)	5859	MATTIOLI GIANNI FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	5848, 5864
DELLA VALLE RAFFAELE (gruppo forza Italia)	5834	MAZZOCCHI ANTONIO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	5843
DI LELLO FINUOLI GIUSEPPE (gruppo progressisti-federativo)	5899	MAZZONE ANTONIO (gruppo alleanza nazionale-MSI)	5890
DI MUCCIO PIETRO (gruppo forza Italia)	5835	MELUZZI ALESSANDRO (gruppo forza Italia)	5826
DI ROSA ROBERTO (gruppo progressisti-federativo)	5865, 5921	MENEGON MAURIZIO (gruppo lega nord)	5914,
DOTTI VITTORIO (gruppo forza Italia) . .	5880, 5920	MOIOLI VIGANÒ MARIOLINA (gruppo PPI)	5819, 5829
DUCA EUGENIO (gruppo progressisti-federativo)	5856	MONTICONE ALBERTO (gruppo PPI)	5914, 5918
EMILIANI VITTORIO (gruppo progressisti-federativo)	5844	PAGGINI ROBERTO (gruppo misto) .	5850, 5851
FORMENTI FRANCESCO (gruppo lega nord)	5847	PALEARI PIERANGELO (gruppo forza Italia)	5856
GALLETTI PAOLO (gruppo progressisti-federativo)	5896	PETRINI PIERLUIGI (gruppo lega nord) . .	5881, 5912
GIACCO LUIGI (gruppo progressisti-federativo)	5884, 5885, 5891	PEZZONI MARCO (gruppo progressisti-federativo) . . 5825, 5860, 5869, 5876,	5908
GIACOVAZZO GIUSEPPE (gruppo PPI) . . .	5827	PISTONE GABRIELLA (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5841
GIANNOTTI VASCO (gruppo progressisti-federativo)	5873	RASTRELLI ANTONIO, <i>Sottosegretario di Stato per il tesoro</i>	5867
GIARDIELLO MICHELE (gruppo progressisti-federativo)	5860	RIZZA ANTONIETTA (gruppo progressisti-federativo)	5872
GIOVANARDI CARLO AMEDEO (gruppo CCD)	5830, 5879	ROSCIA DANIELE (gruppo lega nord) . . .	5826
GRASSI ENNIO (gruppo progressisti-federativo)	5849	ROSSO ROBERTO (gruppo forza Italia) . .	5872
GRILLO LUIGI, <i>Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri</i> 5822, 5823, 5826, 5828, 5830, 5836,	5846, 5847, 5854, 5858, 5861, 5864, 5865, 5872, 5874, 5876, 5877, 5882, 5889, 5892,	ROTONDI GIANFRANCO (gruppo PPI)	5827
5895, 5898, 5904, 5911, 5918, 5921		SAIA ANTONIO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	5851
		SANDRONE RICCARDO (gruppo misto) . . .	5842
		SANZA ANGELO MARIA (gruppo PPI)	5861, 5903
		SAVARESE ENZO (gruppo forza Italia) . . .	5845

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 18 NOVEMBRE 1994

nei diversi settori — che non sia riuscita, nel corso degli anni consentiti per il mantenimento dei residui, ad effettuare la spesa, cioè a liquidare le obbligazioni assunte. Il riferimento deve servire anche per un richiamo alle amministrazioni ed alla stessa Corte dei conti, affinché vigili in modo più proficuo e penetrante — al di là di esami puramente formali — sul carattere dei provvedimenti, che possono risultare tanto generali da impedire materialmente di mettere in moto i meccanismi di spesa.

Anche circa il secondo aspetto, relativo a normative non applicate per omissioni o volontà negative dell'esecutivo, pur rendendomi conto che la comunità potrebbe subire un danno per il fatto di non poter godere, per causa non propria, delle provvidenze previste nelle varie leggi, confermo il parere contrario.

Il Parlamento ha l'esigenza di riscrivere le regole di trasparenza di gestione delle spese previste dal bilancio dello Stato. Non possiamo firmare alcuna delega in bianco; occorre recuperare risorse. I movimenti emersi in questa legislatura si caratterizzano in modo più penetrante per i programmi e la progettualità che da essi deriva; abbiamo dunque bisogno di recuperare risorse per farle confluire nei fondi globali, affinché il Parlamento possa adempiere alla sua principale funzione: dar corso all'iniziativa legislativa non solo del Governo, ma anche dei deputati, per evitare di diventare, esso stesso, solo cassa di risonanza di iniziative legislative dell'esecutivo. Quest'ultimo ha certamente un ruolo primario propulsivo, ma i singoli deputati non possono trovarsi in posizione subalterna.

Il Governo ha presentato un decreto-legge recante differimento di taluni termini e molto opportunamente, in una dichiarazione resa presso la I Commissione, ha affermato che, una volta decaduto, il provvedimento non sarebbe più stato reiterato. È un segnale che apprezzo moltissimo, che si muove nell'ottica da me richiamata, per far sì che le norme generali, alla cui approvazione si concorre tutti insieme, ognuno per la propria parte, permettano di tenere un comportamento coerente. Si tratta di esulare dai cinque o dieci miliardi di incremento e di

incentrarsi sui problemi complessivi di trasparenza del bilancio e di perfetta rispondenza al dettato delle leggi e della Costituzione, a cui intendo riferirmi.

Ho detto tutto ciò per motivare il parere contrario sull'emendamento Lumia 2.3 (*Applausi*).

PRESIDENTE. Il Governo intende aggiungere qualcosa?

LUIGI GRILLO, Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri. Mi associo alle considerazioni espresse dal relatore per la maggioranza.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione dell'emendamento Lumia 2.3.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ho ascoltato con attenzione quanto affermato dal presidente Liotta, ma non mi sento di accettare le sue conclusioni. Intendo, dunque, illustrare l'emendamento Lumia 2.3, soprattutto in virtù della consistenza del finanziamento, al quale vorrei dare un significato programmatico un po' diverso da quello che in passato ha consentito, ad esempio, il non impegno di spesa da parte delle amministrazioni o, in qualche modo, la cattiva gestione del Governo.

Con l'emendamento in esame si propone un incremento del capitolo richiamato, per progetti sperimentali di intervento sulla persona e sulla realtà ambientale. La somma viene destinata ai comuni che sceglieranno di gestire le risorse potenziando direttamente i servizi pubblici e in convenzione con cooperative sociali ed associazioni di volontariato in tema di tossicodipendenza.

Per quanto riguarda questa problematica, credo sia opportuno spostare l'attenzione dalle dipendenze finora trattate (da oppiacei) a quelle, altrettanto consistenti e sicuramente molto più diffuse, determinate dall'abuso di alcol. Senza alcuna ossessione di voler condannare alla sobrietà i cittadini italiani, credo tuttavia sia giunto il momento di prendere in considerazione il fatto che la

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 18 NOVEMBRE 1994

diffusione di questa sostanza determina, nel nostro paese, un incremento di mortalità a causa delle intossicazioni che credo ci impongano di interessarci della problematica. Si è fatto qualcosa per gli stupefacenti, si fa qualcosa per il tabacco, ma per l'alcol si agisce esattamente al contrario. Ogniqualvolta viene trasmesso uno *spot* o si legge qualcosa sull'alcol, si constata come tali iniziative siano destinate soltanto ad incentivarne i consumi, rimanendo completamente trascurata la sottolineatura della gravità dell'intossicazione che l'assunzione di alcol determina.

Si tratta quindi di investire in progettualità, esperienze e risorse sui luoghi di manifestazione del disagio da tossicomania in generale e sotto il profilo dell'azione di prevenzione e di reintegrazione. Ricordo che, secondo un calcolo effettuato in materia, intorno ad ogni tossico-dipendente sono coinvolte quotidianamente circa quindici-venti persone: mi riferisco ai familiari, ai *partners* ed agli operatori. Se i tossicodipendenti sono centinaia di migliaia, ciò vuol dire che milioni di persone nel nostro paese sono direttamente coinvolte da quell'esperienza. Dare una risposta agli intossicati significa, quindi, fornire anche una risposta a milioni di altri cittadini.

Per le ragioni esposte, raccomando ai colleghi di valutare con attenzione l'emendamento Lumia 2.3. Le tossicodipendenze tagliano trasversalmente tutti gli strati sociali. La droga — anzi, le droghe in generale — si nutrono di ignoranza, ma avvelenano la cultura, crescono nel disagio ed anche nel benessere. Il nostro auspicio è che finalmente nel nostro paese si possa guardare alla droga, ed alle droghe in generale, come ad un fenomeno nei confronti del quale condurre una battaglia non solo sul fronte del traffico e dell'educazione sanitaria, ma anche sotto il profilo dell'esperienza umana, rispetto al quale ognuno di noi deve offrire il proprio contributo (*Applausi dei deputati dei gruppi progressisti-federativo e di rifondazione comunista-progressisti*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Luigi Marino. Ne ha facoltà.

LUIGI MARINO. Presidente, vorrei ricordare che il sottosegretario Grillo si era impegnato a rendere una dichiarazione in aula con riferimento alla questione affrontata nel merito dal collega che mi ha preceduto. Ricordo altresì che l'emendamento in esame, che oggi reca le firme del collega Lumia e di altri colleghi, era stato originariamente presentato in Commissione affari sociali. Noi concordiamo sull'esigenza di prestare una rigorosa attenzione all'ordinamento contabile vigente: sta di fatto, però, che il Governo non sempre manifesta tale attenzione, ispirandosi piuttosto ad una palese duttilità. Mi limito a citare gli articoli 46 e 47 del decreto di proroga e di differimento dei termini con i quali vengono mantenute in bilancio le somme iscritte nella parte dei residui di competenza per il 1994, 1995 e 1996 dei Ministeri dell'ambiente, dei lavori pubblici e della marina mercantile.

Concludo, rimanendo in attesa della dichiarazione che il sottosegretario Grillo si era impegnato a rendere in quest'aula.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Bono. Ne ha facoltà.

NICOLA BONO. Onorevole Presidente, onorevoli colleghi, a volte in quest'aula si ha l'impressione di assistere ad una recita a soggetto, nel momento in cui si constata perfino l'assenza della buona creanza di ascoltare le dichiarazioni dei colleghi e, quindi, di replicare a tono. Il presidente della V Commissione, interpretando la volontà del Comitato dei nove sulla materia di cui stiamo discutendo, ha indicato, al di là del merito dell'emendamento, un percorso ed un comportamento in ordine alla vicenda della gestione dei residui di bilancio, uno dei buchi neri del nostro modo di governare che va risolto in maniera radicale e definitiva per restituire trasparenza e correttezza alla gestione delle risorse pubbliche. La risposta a tali esigenze non tocca il merito dell'emendamento: se si insiste nel parlare sul merito dell'emendamento, si continua a svolgere un dialogo tra sordi. Nessuno contesta la validità dell'utilizzazione dello stanziamento ai fini della lotta alla tossicodipendenza;

(...)

 XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

RESOCONTO STENOGRAFICO

142.

SEDUTA DI MARTEDÌ 21 FEBBRAIO 1995

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **RAFFAELE DELLA VALLE**

INDICE

PAG.

Disegno di legge di conversione (Discussione e approvazione):

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 gennaio 1995, n. 19, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (1893).

PRESIDENTE. 8463, 8465, 8466, 8468, 8469,
8471, 8473, 8474, 8476, 8477, 8478, 8479,
8480, 8481, 8482, 8483, 8484, 8485, 8487,
8488, 8489

BARBIERI GIUSEPPE (gruppo alleanza nazionale). 8485

142.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

	PAG.
BONITO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo).....	8479, 8483
CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo). 8478, 8480,	8481, 8485
CORLEONE FRANCO (gruppo progressisti-federativo).....	8474, 8477
DEVETAG FLAVIO (gruppo LIFED)..	8484, 8485
LIA ANTONIO (gruppo PPI).....	8482
LODOLO D'ORIA VITTORIO (gruppo forza Italia).....	8466
LUMIA GIUSEPPE (gruppo progressisti-federativo).....	8469, 8482
MASSIDA PIERGIORGIO (gruppo forza Italia)	8484
NARDINI MARIA CELESTE (gruppo rifondazione comunista-progressisti) .8472,	8482, 8484
OSSICINI ADRIANO, <i>Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale</i> . .	.8465, 8474, 8476, 8478, 8481, 8483
PISANU BEPPE (gruppo forza Italia) . . .	8477
POLENTA PAOLO (gruppo PPI)	8465
SAIA ANTONIO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	8484
SCOCA MARETTA (gruppo CCD)	8488
STICOTTI CARLO (gruppo lega nord) . . .	8488
VALENTI FRANCA (gruppo LIFED), <i>Relatore</i>8464, 8473, 8476, 8478, 8481
VALPIANA TIZIANA (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	8487

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

esposto, di riconsiderare, per quanto riguarda la prima parte dell'emendamento, il parere da lui espresso, giacché si tratta solo di garantire agli enti locali e alle unità sanitarie locali la possibilità di chiedere il finanziamento per attivare servizi sperimentali di prevenzione e recupero sul territorio, con particolare riferimento ai centri di prima accoglienza e alle unità di strada, finalizzati proprio alla riduzione del danno. Chiediamo quindi che una tale previsione, di contenuto politico, venga inserita nel provvedimento, lasciando la possibilità agli enti locali ed alle unità sanitarie locali di presentare progetti e chiedere finanziamenti.

Il contenuto della seconda parte dell'emendamento può essere riservato alla competenza del ministro, che potrà intervenire con proprio decreto.

Alla luce di quanto detto, chiedo quindi — ripeto — al ministro di riconsiderare, in merito alla prima parte dell'emendamento, il parere già espresso.

PRESIDENTE. La Presidenza ritiene ammissibile la richiesta di votazione per parti separate da lei avanzata, onorevole Corleone.

Chiedo ora al relatore se mantenga il parere contrario o intenda modificarlo.

FRANCA VALENTI, Relatore. Confermo il parere contrario.

PRESIDENTE. Il Governo?

ADRIANO OSSICINI, Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale. Mi sembra che in questo caso le obiezioni mosse debbano essere superate. Comunque, il Governo, modificando il parere precedentemente espresso sul primo periodo dell'emendamento Corleone 1.4, si rimette all'Assemblea.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla prima parte dell'emendamento Corleone 1.4, fino alle parole «riduzione del danno», non accettata dalla Commissione e sulla quale il Governo si rimette all'Assemblea.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	432
Votanti	427
Astenuti	5
Maggioranza	214
Hanno votato <i>si</i>	187
Hanno votato <i>no</i>	240

(La Camera respinge).

La restante parte dell'emendamento è così preclusa.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Nardini 1.2, non accettato dalla Commissione e accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	434
Votanti	429
Astenuti	5
Maggioranza	215
Hanno votato <i>si</i>	190
Hanno votato <i>no</i>	239

(La Camera respinge).

Sull'emendamento Caccavari 4.1 vi è un invito al ritiro. I presentatori lo accolgono?

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Ritiro il mio emendamento 4.1.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Caccavari.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 4.2, della Commissione, accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

(...)

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

PRESIDENTE. D'accordo, onorevole Bonito, la sua spiegazione è stata convincente. Ritengo quindi di poter accedere alla sua richiesta; l'emendamento Bonito 8.10 è pertanto accantonato e sarà pertanto posto in votazione dopo l'emendamento Lumia 8.7.

Passiamo ora alla votazione degli identici emendamenti Caccavari 8.1 e Polenta 8.2.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, intervengo brevemente sul mio emendamento 8.1, identico all'emendamento Polenta 8.2, per sottolineare che esso intende chiarire quale possa essere in futuro la responsabilità dirigenziale dei servizi pubblici per le tossicodipendenze. La norma contenuta nell'articolo 8 prevede che solo ed esclusivamente il personale medico possa giungere a tale livello di qualifica.

Credo che l'esperienza di questi anni in tutti i servizi pubblici abbia potuto dimostrare come altre figure professionali abbiano maturato conoscenze, professionalità, capacità dirigenziali ed anche tecnicamente e strettamente operative tali da consentir loro di essere sicuramente all'altezza di mantenere la dirigenza di un servizio.

Voglio dire, inoltre, che la scelta di una sola professionalità per la dirigenza del SERT metterebbe le aziende USL in difficoltà soprattutto in ordine alla scelta del personale più adatto, in quanto la dirigenza stessa non è solo l'estrinsecazione di un'attività strettamente professionale, ma è anche la messa assieme di qualità e di capacità di controllo, di operatività e di organizzazione da cui dipende la difesa di quei concetti di multidisciplinarietà che nei servizi pubblici sono necessari per organizzare gli interventi in materia di tossicodipendenze.

Dico ciò sicuramente per salvaguardare l'alta professionalità che i medici dimostrano in questi servizi; ma voglio anche dire che vi sono fasi di grande importanza nella cura, nel trattamento e nella riabilitazione dei tossicodipendenti nelle quali la presenza, l'attività e l'impegno professionale di altre figure, come per esempio gli psicologi, sono veramente fondamentali.

Sappiamo che una gran parte dei tossico-

dipendenti, in strutture private o anche pubbliche, riceve trattamenti ed interventi soprattutto di tipo psicoterapico; una simile attività è riconosciuta ed addirittura esaltata. Ma se, da una parte, è noto che momenti qualificanti ed irrinunciabili degli interventi sono legati ad un'attività strettamente medica, è anche vero che la globalità, la complessità degli interventi per il recupero di una condizione di tossicodipendenza crea la necessità di una multidisciplinarietà.

Tra gli operatori che possono essere coinvolti nella gestione della tossicodipendenza, nessuno deve essere inferiore ad un altro; credo che le possibilità di sviluppo della carriera, e quindi di assunzione di responsabilità nella gestione dei servizi debbano riguardare, oltre ai medici, anche altre figure professionali.

Nei servizi pubblici per le tossicodipendenze la figura medica è stata spesso preminente, ma ritengo che ora il dato sia da rivedere, in quanto l'eccessiva medicalizzazione di tali servizi comporta interventi quasi sempre monotematici, cioè trattamenti farmacologici al di fuori di qualsiasi intervento (o con scarsi interventi), laddove non vi sono supporti psicologici, negli ambiti di recupero e di ricostruzione della personalità del tossicodipendente, che invece sono fondamentali. La dirigenza dei servizi per le tossicodipendenze può essere ben gestita anche da figure professionali che sono coinvolte molto più dei medici in alcune fasi della cura della tossicodipendenza.

Superato lo stadio della disintossicazione fisica e del controllo delle malattie, superato il problema di una fisicità in crisi, si apre l'ampio terreno del recupero dei tossicodipendenti, per il quale la competenza sul piano psicologico è estremamente importante, anche sotto il profilo dell'organizzazione degli interventi di altri soggetti. Ognuno deve fare la sua parte e, proprio per il fatto che tutti devono svolgere un ruolo di grande responsabilità, è necessario che altre figure professionali possano accedere alla dirigenza nei servizi pubblici per le tossicodipendenze.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

procedimento elettronico, sugli identici emendamenti Caccavari 8.1 e Polenta 8.2, non accettati dalla Commissione e accettati dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	416
Votanti	412
Astenuti	4
Maggioranza	207
Hanno votato sì	188
Hanno votato no	224

(Camera respinge).

Chiedo ai presentatori dell'emendamento Lumia 8.3 se accolgano l'invito al ritiro rivolto loro dal relatore.

GIUSEPPE LUMIA. Sì, Presidente, ritiriamo l'emendamento.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Lumia.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Lumia 8.4, accettato dal Governo e sul quale la Commissione si rimette all'Assemblea.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	415
Votanti	408
Astenuti	7
Maggioranza	205
Hanno votato sì	182
Hanno votato no	226

(La Camera respinge).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Caccavari 8.5.

ADRIANO OSSICINI, *Ministro per la fami-*

glia e la solidarietà sociale. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ADRIANO OSSICINI, *Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale.* Signor Presidente, l'emendamento Caccavari 8.5 ha un'importanza fondamentale in quanto, prevedendo una deroga al blocco delle assunzioni, rende possibili i concorsi pubblici. Invito quindi il relatore a modificare il parere contrario espresso in precedenza.

PRESIDENTE. Chiedo al relatore se aderisce all'invito del Governo a modificare il parere precedentemente espresso.

FRANCA VALENTI, *Relatore.* Desidero precisare che anche la Commissione bilancio ha espresso parere contrario sull'emendamento Caccavari 8.5; non ritengo quindi di poter eccedere alla richiesta del Governo e, pertanto, confermo il parere contrario precedentemente espresso.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, l'emendamento in esame è un po' contorto nella sua formulazione, ma affronta un problema molto semplice.

Il decreto-legge del 14 maggio 1993 stabiliva, per favorire la messa a concorso interno dei posti per il personale del nono livello, una deroga, che è stata sempre presente in tutte le reiterazioni del decreto-legge, fino al 1994. Successivamente, la norma in questione è stata eliminata, per cui il personale interessato al mantenimento del posto all'interno dei servizi per le tossicodipendenze è stato escluso dalla partecipazione ai concorsi.

Ciò determina una grave demotivazione del personale, che vive una condizione continua di precarietà, e la scomparsa di figure professionali estremamente importanti e significative, portanti nell'ambito di tali strutture.

Le figure del nono livello sono infatti

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

necessarie quanto le altre per il mantenimento dell'attività all'interno dei servizi.

Richiamo quindi l'attenzione dell'Assemblea sul fatto che l'approvazione di questo emendamento comporterebbe il ripristino, nel testo del decreto, di una norma che vi era contenuta fino al 1994.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Caccavari 8.5, non accettato dalla Commissione ed accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	411
Votanti	405
Astenuti	6
Maggioranza	203
Hanno votato sì	184
Hanno votato no	221

(La Camera respinge).

Chiedo all'onorevole Lumia se accolga l'invito al ritiro del suo emendamento 8.6 formulato dal relatore.

GIUSEPPE LUMIA. No, Presidente, mantengo il mio emendamento.

PRESIDENTE. Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Lumia 8.6, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	408
Votanti	404
Astenuti	4
Maggioranza	203
Hanno votato sì	159
Hanno votato no	245

(La Camera respinge).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Nardini 8.9.

Chiedo preliminarmente ai presentatori se accolgano l'invito al ritiro formulato dal relatore.

MARIA CELESTE NARDINI. No, signor Presidente, mantengo il mio emendamento 8.9 e chiedo di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARIA CELESTE NARDINI. L'Assemblea ha respinto l'emendamento precedente; ricordo alle colleghi ed ai colleghi, con i quali abbiamo a lungo ragionato in merito alla questione, che il mio emendamento 8.9 (come del resto il successivo, cui è molto affine) concerne la sistemazione del personale precario che opera da anni nei SERT. Alcuni operatori sono precari in tali servizi da sei-otto anni e ritengo che da quest'aula non possa, ancora una volta, venire una risposta negativa nei confronti del servizio pubblico e della vera possibilità, per quest'ultimo, di operare. Il problema riguarda infatti sia la continuità terapeutica sia la sorte di lavoratrici e lavoratori che operano nell'ambito di convenzioni continuamente rinnovate. Mi chiedo se sia possibile continuare in questo modo e se sia questa la maniera di dare risposta ad un problema del servizio pubblico rilevante come quello dei SERT.

Invito quindi l'Assemblea a votare a favore del mio emendamento 8.9.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Lia. Ne ha facoltà.

ANTONIO LIA. Desidero esprimere la mia solidarietà alla collega Nardini. Se, infatti, il suo emendamento 8.9 non dovesse essere approvato, centinaia di persone che da anni lavorano fornendo un significativo contributo a favore di soggetti che hanno bisogno di aiuto riceverebbero un danno irreversibile nel momento in cui necessitano, al contrario, di una manifestazione di solidarietà.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

(...)

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

legge un decreto fin troppe volte reiterato e, quindi, voterà a favore del provvedimento.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Devetag. Ne ha facoltà.

FLAVIO DEVETAG. Signor Presidente, colleghi, questo decreto più volte reiterato ha subito una radicale trasformazione migliorativa nel suo lungo iter in Commissione affari sociali. Si è infatti optato per alcune scelte operative che vanno nel senso di un federalismo sanitario, come la parziale regionalizzazione dei fondi (articolo 4) e l'abolizione del controllo centrale, con l'istituzione del nucleo operativo (articolo 5).

Infine non meno importante è l'introduzione nel decreto del problema alcol, già previsto nel testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, anche se limitatamente alla sua correlazione con la tossicodipendenza da droghe.

Noi riteniamo, in ciò confortati dalle più importanti classificazioni internazionali, sia dell'associazione americana psichiatri, sia dall'Organizzazione mondiale della sanità, che l'alcolismo rientri a pieno titolo nella tossicodipendenza come parte integrante. È quindi necessario un intervento legislativo in tempi rapidi che favorisca una notevole diminuzione del fenomeno alcol, il quale ha anche enormi implicazioni sociali ed economiche. Basti pensare alla mancata produttività degli alcolisti e alle spese per l'assistenza per le patologie alcol-correlate. Per questo scopo abbiamo già presentato un ordine del giorno che è stato approvato nella seduta odierna.

Per tutti questi motivi, a nome dei deputati del gruppo della lega italiana federalista, dichiaro il mio voto favorevole sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 19, pur con le limitazioni che esso presenta (*Applausi dei deputati dei gruppi della lega italiana federalista e di forza Italia*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Barbieri. Ne ha facoltà

GIUSEPPE BARBIERI. Signor Presidente, signor ministro, colleghi dopo parecchi mesi di discussione in Commissione — che qualche volta è stata aspra e tesa — anche questo disegno di legge di conversione arriva al traguardo.

Dire che esso rappresenti il meglio che la Commissione potesse fare sarebbe un'inesattezza, ma occorre andare oltre il decreto presidenziale 9 ottobre 1990, n. 309. Escludere ancora dal provvedimento sulle tossicodipendenze l'alcolismo ed il tabagismo, due mostri incalzanti specialmente tra i giovani, non è stata una dimenticanza, ma la conseguenza della dichiarata impossibilità di trovare soluzioni capaci di affrontare in maniera adeguata il problema.

I giornali di oggi portano nuovamente in evidenza la sentenza del giudice torinese Edoardo Denaro, che ha sancito la legittimità dell'esigenza dei non fumatori di non subire il fumo passivo negli ambienti di lavoro. È senz'altro una coraggiosa sentenza che avrà in seguito conseguenze positive, visto che le malattie polmonari e specialmente quelle neoplastiche registrano — soprattutto tra le donne — un incremento tragico, tanto che solo tra qualche anno saranno in proporzione uguali a quelle degli uomini.

È ormai accertato che il 92 per cento delle neoplasie polmonari sono effetto della irritazione cronica dovuta al fumo e ad altre sostanze ambientali.

È evidente quindi, che il provvedimento al nostro esame risulta incompleto, ma nonostante questa dichiarata insoddisfazione, a nome dei deputati del gruppo di alleanza nazionale, dichiaro il voto favorevole su di esso, con l'impegno del nostro gruppo a proporre al più presto una legge più rispondente alle attuali esigenze sociologiche (*Applausi dei deputati del gruppo di alleanza nazionale*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, l'iter di questo decreto-legge, come è stato ripetutamente detto, è

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

stato non solo complicato, ma anche segnato da una discussione quasi continua, viste le reiterazioni, che sono arrivate fino al numero di nove.

Dico ciò per sottolineare come anche in Commissione i vari punti del decreto-legge, diversamente esaminati, approfonditi e sottoposti ad un'analisi sempre più minuziosa, avevano convinto i commissari a richiedere al ministro Guidi un disegno di legge per superare completamente il decreto-legge.

Così non è stato e adesso ci troviamo a convertire in legge il decreto nella sua ultima reiterazione. Si tratta ovviamente di un risultato parziale rispetto a quanto era stato portato avanti in Commissione, anche se, devo dirlo, la conclusione del dibattito mi lascia ancora più amareggiato, nonostante alcuni aspetti positivi, per la scarsa considerazione prestata alle questioni del personale che opera nei servizi pubblici, e che rappresentano nel nostro paese il riferimento territorialmente più chiaro per le famiglie, i giovani e le associazioni pubbliche e private che cerchino una risposta organizzata sulle questioni della tossicodipendenza.

Ho sentito richiamare frequentemente la funzione del volontariato, che reputo importante e che personalmente sostengo da quasi vent'anni, vale a dire da quando mi occupo del problema come primario medico di un servizio per le tossicodipendenze, però non è possibile fare l'apoteosi del volontariato e poi mortificare quelle iniziative e non dare spazio agli emendamenti che volevano dare al volontariato stesso una maggiore forza decisionale.

In particolare, noi volevamo porre rimedio ad alcuni squilibri presenti nel settore. Infatti, ad alcune figure professionali vengono assegnate funzioni apicali basandosi per tale valutazione soltanto sulla laurea; in tal modo vengono mortificate professionalità importanti che in questi anni hanno consentito di conseguire parziali successi nella lotta alle tossicodipendenze. Il problema non è stato inquadrato in modo corretto né sono stati adottati tutti gli argomenti necessari, ma il problema del trattamento del personale apicale rappresenta un'ingiustizia che colpirà anche i medici dei servizi a media e a bassa utenza perché questi non riusciranno

mai a concorrere ad un primariato per mancanza di idoneità, dal momento che da molti anni non si fa più una valutazione di idoneità per il primariato stesso.

Inoltre, non viene prevista un'idoneità specifica nel campo delle farmacoterapie per le tossicodipendenze. Si correrà pertanto il rischio di consegnare a medici, validissimi professionisti sotto altri punti di vista ma privi di esperienza in questo campo, servizi che sono stati tenuti in vita per tutti questi anni pur con notevoli difficoltà. Ebbene, lo ripeto, questi servizi verranno consegnati nelle mani di medici privi di esperienza specifica sacrificando figure professionali che nell'arco di questi anni hanno difeso, nella generale incomprendimento, la propria funzione con tutti i limiti creati da una legislazione che definirei «ballerina», perché di volta in volta aggiustava il tiro a seconda dei desideri che venivano recepiti a livello legislativo.

Ricapitolando, il provvedimento al nostro esame svolge una funzione di razionalizzazione rispetto a determinate questioni, come quella dei fondi, e consente di dare seguito ai progetti approvati. Il fatto però che venga sacrificato il personale ne fa un provvedimento che agisce sulle cose ma non sulla sostanza della tossicodipendenza. Infatti, quando ci si occupa di servizi che riguardano le persone è importante intervenire in modo che quanti si prendono cura di individui con problemi vengano gratificati anche attraverso un adeguato riconoscimento professionale.

Pur con tutte le riserve avanzate, dichiaro il voto favorevole dei deputati del gruppo progressisti-federativo sulla conversione in legge del decreto-legge n. 19 del 1995.

Concludo raccomandando al ministro che l'impegno assunto dal Governo di predisporre un disegno di legge nel quale ci possiamo tutti riconoscere venga mantenuto anche qualora i tempi si rivelassero ristretti. D'altronde, quelli della tossicodipendenza non sono tempi che possono seguire un calendario essendo estremamente lunghi per determinati aspetti ed estremamente brevi per altri. Il nostro sforzo, quindi, deve essere quello di adattarci a questo orologio impazito non per seguirlo nella follia, bensì per

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 FEBBRAIO 1995

introdurvi degli elementi di ragionevolezza (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Valpiana. Ne ha facoltà.

TIZIANA VALPIANA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, parlare per ultimi dopo un intenso dibattito e dopo l'articolata discussione che si è svolta in Commissione rappresenta per un verso un vantaggio e per un altro uno svantaggio. È uno svantaggio perché siamo tutti stanchi, alla nona reiterazione, di affrontare gli stessi temi; è un vantaggio perché ormai è stato detto quasi tutto, ragion per cui rimane poco da aggiungere.

Tutti gli interventi di questa mattina hanno rilevato come il decreto-legge n. 19 del 1995 svolga solo una funzione tampone e non risolva i gravi problemi che abbiamo di fronte. Inoltre, tutti i colleghi hanno rilevato anche come in Commissione si sia lavorato nel migliore dei modi per predisporre un testo tale da incontrare il voto favorevole dell'Assemblea.

Si è già ricordato come l'esame della Commissione sia stato lungo e tormentato, caratterizzato da confronti e da notevoli scontri. Il gruppo di rifondazione comunista ha svolto inizialmente una funzione molto critica sul provvedimento in discussione, cercando di dare il suo contributo al miglioramento dello stesso; ora ci accingiamo ad esprimere un voto favorevole anche se rimangono grosse lacune.

Il nostro parere inizialmente molto negativo era dovuto alla presenza di alcuni aspetti oggi in parte superati: mi riferisco all'assenza di richiami alle altre dipendenze — quella da alcol in particolare — e alla tematica della riduzione del danno, nonché alla presenza di una forte volontà accentratrice. Si è poi trovato un accordo sulla necessità di arrivare all'adozione di una nuova legge caratterizzata da un diverso approccio al problema della dipendenza e da una revisione delle tematiche dei SERT e della riqualificazione dei servizi.

In Commissione si è registrata una comune volontà di approvare tale legge soprattutto allo scopo di regolarizzare alcuni progetti

divenuti operativi sulla scia del provvedimento che stiamo discutendo, la cui mancata conversione comporterebbe gravi disguidi e carenze drammatiche in servizi che già operano.

Vorrei sottolineare alcuni aspetti del lavoro svolto in Commissione, che mi sembrano particolarmente positivi. Mi riferisco all'intervento sul lavoro informativo e preventivo nelle scuole, non previsto inizialmente, all'aggancio — anche se solo di sfuggita — all'argomento dell'alcoldipendenza correlata, al riconoscimento del ruolo delle cooperative sociali che possono intervenire anche nel momento della prevenzione. Sottolineo inoltre l'avvio della regionalizzazione e la possibilità per i SERT di utilizzare le risorse presenti ed il *know-how* accumulato in questi anni.

Rimangono tuttavia alcuni nodi molto gravi da sciogliere, trattati anche questa mattina. Il testo in esame prevedeva in origine un intervento particolare a favore del Mezzogiorno, che è stato cancellato in Commissione, che avrebbe avuto lo scopo di colmare le disuguaglianze soprattutto sotto il profilo del numero dei servizi offerti ai tossicodipendenti nel centro sud. Credo quindi che non sia stato corretto sopprimere tale previsione da parte della Commissione.

Ribadisco comunque il voto favorevole del gruppo di rifondazione comunista, anche se pensiamo che questa mattina siano avvenuti due fatti gravi. È stato ribadito ancora una volta che solo i medici possano essere dirigenti, mentre noi riteniamo che l'approccio al problema dovrebbe essere il più globale possibile, dovendosi tener conto anche dell'aspetto psicologico-relazionale per quanto riguarda l'affidamento della dirigenza. In secondo luogo — come ha già sottolineato il collega Caccavari — sarebbe stato importante regolarizzare il rapporto di lavoro dei precari che da molti anni lavorano nel settore. Di queste carenze debbono assumersi la responsabilità le forze politiche che hanno votato contro le nostre proposte, visto che il Governo aveva dimostrato una disponibilità maggiore di quella effettivamente registrata in quest'aula.

Il collega Corleone ha proposto una sessione parlamentare sul problema delle dro-

(...)

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 NOVEMBRE 1995

RESOCONTO STENOGRAFICO

277.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MARTEDÌ 14 NOVEMBRE 1995

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE RAFFAELE DELLA VALLE

INDICE

PAG.	PAG.
Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione e approvazione):	CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo) 17110
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 1995, n. 383, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (3127).	CASTELLANETA SERGIO (gruppo misto) . . 17101, 17107
PRESIDENTE . . 17094, 17095, 17096, 17097, 17098, 17099, 17100, 17101, 17102, 17103, 17104, 17105, 17107, 17108, 17109, 17110, 17111	CORLEONE FRANCO (gruppo progressisti-federativo) 17098, 17101
BARBIERI GIUSEPPE (gruppo alleanza nazionale) 17109	DEVETAG FLAVIO (gruppo FLD) 17097, 17111
BASILE VINCENZO (gruppo alleanza nazionale) 17102, 17110	GUIDI ANTONIO (gruppo forza Italia) . . 17103
BEEBE TARANTELLI CAROLE JANE (gruppo progressisti-federativo) 17107	LATRONICO FEDE (gruppo FLD) 17095
	LODOLO D'ORIA VITTORIO (gruppo forza Italia) 17101
	LUMIA GIUSEPPE (gruppo progressisti-federativo), <i>Relatore</i> . 17096, 17099, 17107
	MARINO BUCCELLATO FRANCA (gruppo alleanza nazionale) 17103
	MASSIDDA PIERGIORGIO (gruppo forza Italia) 17108, 17110
	NARDINI MARIA CELESTE (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 17108, 17111

277.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
 Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

(…)

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 NOVEMBRE 1995

Presenti	312
Votanti	300
Astenuti	12
Maggioranza	151
Hanno votato <i>sì</i>	125
Hanno votato <i>no</i>	175

Sono in missione 24 deputati.

(La Camera respinge).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 7.7 del Governo, non accettato dalla Commissione.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	310
Votanti	301
Astenuti	9
Maggioranza	151
Hanno votato <i>sì</i>	226
Hanno votato <i>no</i>	75

Sono in missione 23 deputati.

(La Camera approva).

Sono stati presentati gli ordini del giorno Saia ed altri n. 9/3127/1, Nardini ed altri n. 9/3127/2 e Polenta n. 9/3127/3 (*vedi l'allegato A*).

Qual è il parere del Governo sugli ordini del giorno presentati?

ADRIANO OSSICINI, *Ministro per la famiglia e per la solidarietà sociale*. Signor Presidente, il Governo accetta gli ordini del giorno Saia ed altri n. 9/3127/1, Nardini ed altri n. 9/3127/2 e Polenta n. 9/3127/3.

PRESIDENTE. Prendo atto che i presentatori degli ordini del giorno Saia ed altri n. 9/3127/1, Nardini ed altri n. 9/3127/2 e Polenta n. 9/3127/3 non insistono per la votazione.

Passiamo dunque alle dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Massidda. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, considerata l'ora tarda, chiedo alla Presidenza di autorizzare la pubblicazione del testo della mia dichiarazione di voto in calce al resoconto stenografico della seduta odierna.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, onorevole Massidda.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Soro. Ne ha facoltà.

ANTONELLO SORO. Signor Presidente, anch'io chiedo alla Presidenza di autorizzare la pubblicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna del testo della mia dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, onorevole Soro.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, chiedo a mia volta alla Presidenza di autorizzare la pubblicazione del testo della mia dichiarazione di voto in calce al resoconto stenografico della seduta odierna.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, onorevole Caccavari.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Vincenzo Basile. Ne ha facoltà.

VINCENZO BASILE. Signor Presidente, chiedo alla Presidenza di autorizzare la pubblicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna del testo della mia dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, onorevole Basile.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Strik Lievers. Ne ha facoltà.

LORENZO STRIK LIEVERS. Signor Presidente, ho già illustrato nel corso dell'esame del provvedimento la mia posizione sullo

(...)

Italia ad esprimere un voto positivo. Tale voto però non vuole essere una delega in bianco; è anzi il presupposto dell'impegno del nostro gruppo a vigilare sull'effettiva applicazione della legge, non solo per quanto riguarda i campi di intervento, ma anche e soprattutto affinché vengano rispettate tutte le scadenze previste.

Nel decreto, infatti, sono enunciate date precise e dettagliate scadenze le quali, se non rispettate, rischiano di far fallire miseramente ogni intervento.

Noi tasteremo il polso della sua efficacia e verificheremo se i tempi previsti dalla legge verranno rispettati o se la stessa verrà applicata nello spirito con cui è stata emanata. Concludo riaffermando il voto positivo del gruppo parlamentare di forza Italia, pur riconoscendo alla legge alcuni limiti che potranno essere perfezionati nel tempo, sulla base delle verifiche che periodicamente dovranno essere fatte.

ANTONELLO SORO. La lunga storia di reiterare è cornice ineludibile per un giudizio serio e motivato. Abbiamo corso il rischio di disperdere un complesso lavoro del Parlamento, ma anche di una delusione insopportabile per tutti quei soggetti impegnati nel territorio; e da ultimo, ma non ultimo, di rendere più drammatica la condizione di chi vive l'esperienza delle tossicodipendenze. Una condizione per la quale occorre una risposta globale. Questa legge non è conclusiva: occorrerà un provvedimento generale che segni una tappa concreta, importante, di ordinamento, di definizione, di sostegno, in un ambito di impegno nel quale le comunità locali, le organizzazioni del volontariato, del privato sociale hanno per anni speso, in solitudine, testimonianze grandissime di solidarietà.

Complessivamente abbiamo conseguito un miglior testo in ragione di un confronto non rituale sia in Commissione che in Assemblea.

La questione della riduzione del danno è stata vissuta con qualche eccesso di radicalismo e non senza punte di strumentalità.

Il risultato conseguito premia la nostra posizione. Noi non abbiamo mai pensato alla riduzione del danno come rinuncia ad

una precisa e totale lotta al fenomeno della tossicodipendenza ma come la volontà di perseguire tutti gli obiettivi intermedi nel cammino della completa disintossicazione proprio perché gli obiettivi intermedi si devono collegare a quello principale.

Esistono in questo processo tappe intermedie, esistono margini per un intervento diverso dalla somministrazione delle droghe, dalla legalizzazione delle droghe leggere. Tutti questi margini vanno allargati.

Nel grande dibattito in corso nel nostro paese abbiamo quindi dato una prova concreta della prevalente volontà di affrontare il problema partendo dall'uomo, dal suo bisogno di solidarietà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. La conversione in legge del decreto in esame pone finalmente termine ad una reiterazione eccessivamente ripetuta (14 volte) che ha determinato nel tempo trascorso anche problemi particolarmente sentiti nei settori interessati ai finanziamenti da investire nella progettualità diretta alla lotta contro la tossicodipendenza. Un ritardo cui si devono far risalire sia la mancata realizzazione di progetti già presentati sia la conseguente assenza di verifiche e quindi un arresto dell'evoluzione sperimentale che ha rappresentato da sempre il test di confronto tra i diversi interventi sia pubblici che privati e il divenire costante delle abitudini tossicomaniache tra la popolazione dei consumatori.

Ritardo che va rapidamente recuperato per continuare a scegliere progetti di intervento che siano sempre più aderenti alla fondamentale esigenza maturata nelle attività del volontariato e del servizio pubblico. Infatti, le comunità, le associazioni del volontariato, le cooperative sociali, i SERT potranno assolvere il loro compito di attivatori di prevenzione, recupero e riabilitazione se saranno messi in condizioni di adattare la propria attività alla trasformazione del fenomeno delle dipendenze. È necessario che la conoscenza dei diversi aspetti che la tossicodipendenza presenta sia profonda e responsabilmente resa disponibile agli operatori per verificare il rapporto fra interventi e risultati.

Il decreto in esame tende al coinvolgimen-

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 14 NOVEMBRE 1995

to delle regioni nella gestione dei fondi e tale fatto è certamente positivo data l'estrema necessità che la programmazione nel campo delle tossicodipendenze sia il più possibile «su misura» per le persone coinvolte, utilizzando risorse culturali, umane e sociali di appartenenza alle persone tossicodipendenti. In tal senso è considerata la riduzione del danno che si vuole assumere non come regola di intervento fine a se stesso, ma come una modalità di gestione di alcune fasi anche drammatiche della vita dei tossicodipendenti, mantenendo completamente in atto e con riconoscimento legislativo, la condotta terapeutica che da sempre porta gli operatori a contenere per quanto possibile i danni.

Riteniamo molto importante che il decreto in esame preveda che ai finanziamenti per la prevenzione possa concorrere anche il volontariato comunque espresso. Tale opportunità rende più distribuito il faticoso lavoro di prevenzione che deve essere prioritario in quanto, prima di ogni altra strategia, la prevenzione rappresenta un valore operativo irrinunciabile. Gli operatori da strada riconosciuti come soggetti che portano in ogni luogo, fuori dagli uffici e dagli ambulatori, la cultura contro la droga e disponibilità ragionata e responsabile a chi ha bisogno, rappresentano un investimento di risorse umane sul terreno della prevenzione, impegnati tra l'altro a rimuovere le cause che possono produrre situazioni a rischio di droga.

Altri aspetti del decreto sono condivisibili, come la sistemazione del personale precario dei SERT, altri destano perplessità: così come è risolta la collocazione della figura dello psicologo è un riconoscimento che non va nel senso previsto dalla prima stesura del decreto. Credo si possa dire che il decreto convertito rappresenta un progresso rispetto al passato, ma certamente deve essere visto come la premessa per una futura legislazione, che raccolga, come elementi determinanti, anche i risultati del decreto in conversione.

Annunzio il voto favorevole del gruppo progressisti-federativo ricordando che la legislazione di cui sto parlando è indirizzata a dare regole che entrano profondamente nel-

la vita personale e sociale di tante persone: i consumatori di droga e le famiglie coinvolte (ma anche gli operatori di ogni settore sociale che viene interessato), tenendo quindi a mente che rinvii o cattive applicazioni della legge rappresentano aggravamento e comparsa di traumi umani insostenibili.

VINCENZO BASILE. Il gruppo parlamentare di alleanza nazionale voterà a favore di questo decreto per due motivi: il primo perché crediamo necessario e indispensabile rendere possibile interventi in favore di tanti giovani che sono entrati nel tunnel della tossicodipendenza; il secondo perché con l'emendamento 1.9 si è con chiarezza stabilito il concetto di minor danno per i tossicodipendenti.

Esso non va inteso come possibilità di distribuire le droghe leggere o pesanti e, quindi, respinge con chiarezza l'ipotesi di liberalizzare le droghe in forma subdola, così come era stato tentato di fare parlando di interventi per la riduzione del danno senza che fosse stato precisato quanto disposto con l'emendamento 1.9 delle Commissioni.

Noi, riteniamo infatti, che la cura e la prevenzione della tossicodipendenza siano in contrasto assoluto con qualsiasi liberalizzazione, perché ciò comporta un aumento della diffusione della droga.

Uno Stato non può e non deve farsi mai carico di distribuire la morte ai giovani, e liberalizzare la droga significa appunto distribuire e diffondere la morte fra i nostri giovani.

FLAVIO DEVETAG. Questa è la quattordicesima volta che il Parlamento si trova ad esaminare e ad emendare il decreto-legge, emanato la prima volta nel 1993 dal governo Ciampi e che porta un titolo profetico «Disposizioni urgenti — termine, quest'ultimo, che ha un significato del tutto particolare nelle nostre aule parlamentari se l'urgenza comprende un lasso temporale di almeno due anni — per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze».

È un fatto singolare e nello stesso tempo drammatico, che le procedure per varare un

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1995

RESOCONTO STENOGRAFICO

303.

SEDUTA DI MARTEDÌ 19 DICEMBRE 1995**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE LUCIANO VIOLANTE****INDICE**

PAG.	PAG.
	18627, 18628, 18629, 18630, 18631, 18632, 18633, 18634, 18635, 18636, 18637, 18638, 18639, 18640, 18641, 18642, 18643, 18644, 18645, 18646, 18647, 18648, 18649, 18650, 18651, 18652, 18653, 18654, 18655, 18656, 18657, 18658, 18659, 18660, 18661, 18662, 18663, 18664, 18665, 18666, 18667, 18668, 18669, 18670, 18671, 18672, 18673, 18674, 18675, 18676, 18677, 18678
Disegno di legge (Seguito della discussione):	
S. 2157. — Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (<i>approvato dal Senato</i>) (3438-bis).	
PRESIDENTE . . .	18554, 18555, 18556, 18557, 18558, 18559, 18560, 18561, 18562, 18563, 18564, 18565, 18566, 18567, 18569, 18570, 18571, 18572, 18573, 18574, 18575, 18576, 18577, 18579, 18580, 18581, 18582, 18583, 18584, 18585, 18586, 18587, 18588, 18589, 18590, 18591, 18592, 18593, 18594, 18595, 18596, 18597, 18598, 18599, 18601, 18602, 18603, 18604, 18605, 18606, 18607, 18608, 18609, 18610, 18611, 18612, 18613, 18614, 18615, 18616, 18617, 18618, 18619, 18620, 18621, 18622, 18623, 18624, 18625, 18626,
	ACIERNO ALBERTO (gruppo forza Italia) 18613 AGOSTINI MAURO (gruppo progressisti-federativo) 18670 AIMONE PRINA STEFANO (gruppo misto) . . 18643 ALOI FORTUNATO (gruppo alleanza nazionale) 18669, 18673 ANDREATTA BENIAMINO (gruppo PPI) . . 18642 ANEDDA GIAN FRANCO (gruppo alleanza nazionale) 18673 ANGIUS GAVINO (gruppo progressisti-federativo) 18669

303.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1995

PAG.	PAG.		
ARLACCHI GIUSEPPE (gruppo progressisti-federativo)	18613	CAVERI LUCIANO (gruppo misto-UV)	18585, 18598, 18657, 18672
ASQUINI ROBERTO (gruppo lega nord)	18560, 18586, 18595, 18602, 18672, 18673	CEFARATTI CESARE (gruppo alleanza nazionale)	18610
BACCINI MARIO (gruppo CCD)	18618	CENNAMO ALDO (gruppo progressisti-federativo)	18670
BALLAMAN EDOUARD (gruppo lega nord)	18561, 18570, 18576, 18582, 18605, 18621	CESETTI FABRIZIO (gruppo progressisti-federativo)	18663, 18672
BANDOLI FULVIA (gruppo progressisti-federativo)	18610, 18670	CIOCCHETTI LUCIANO (gruppo CCD)	18596, 18622, 18623, 18674
BARRA FRANCESCO MICHELE (gruppo alleanza nazionale)	18633	COCCI ITALO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	18603, 18604
BASILE DOMENICO ANTONIO (gruppo alleanza nazionale)	18658	COMMISSO RITA (gruppo misto)	18572
BASILE VINCENZO (gruppo alleanza nazionale)	18591	CONTE GIANFRANCO (gruppo forza Italia)	18596, 18673
BATTAFARANO GIOVANNI (gruppo progressisti-federativo)	18666, 18671	CONTI GIULIO (gruppo alleanza nazionale)	18593
BECCHETTI PAOLO (gruppo forza Italia)	18616, 18622	CORNACCHIONE MILELLA MAGDA (gruppo progressisti-federativo)	18671, 18674
BERTOTTI ELISABETTA (gruppo misto)	18661	DALLARA GIUSEPPE (gruppo forza Italia)	18614
BIONDI ALFREDO (gruppo forza Italia)	18609	DE GHISLANZONI CARDOLI GIACOMO (gruppo forza Italia)	18582
BOGHETTA UGO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	18567	DE ROSA GABRIELE (gruppo PPI)	18674
BONO NICOLA (gruppo alleanza nazionale), <i>Relatore di minoranza</i>	18556, 18565, 18568, 18590, 18626, 18631, 18640, 18648, 18674	DEVETAG FLAVIO (gruppo FLD)	18618
BRACCI MARINAI MARIA GLORIA (gruppo progressisti-federativo)	18668, 18671, 18675	DI CAPUA FABIO (gruppo progressisti-federativo)	18664, 18671
BRACCO FABRIZIO FELICE (gruppo progressisti-federativo)	18572	DILIBERTO OLIVIERO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	18554
BROGLIA GIAN PIERO (gruppo forza Italia)	18618	DI MUCCIO PIETRO (gruppo forza Italia)	18561
BUONTEMPO TEODORO (gruppo alleanza nazionale)	18615	D'ONOFRIO FRANCESCO (gruppo CCD)	18659, 18660, 18673
CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	18671	DOTTI VITTORIO (gruppo forza Italia)	18638, 18639, 18645, 18651
CALDERISI GIUSEPPE (gruppo forza Italia)	18639	DUCA EUGENIO (gruppo progressisti-federativo)	18668
CALDEROLI ROBERTO (gruppo lega nord)	18592, 18593, 18599	EMILIANI VITTORIO (gruppo progressisti-federativo)	18597
CALEFFI FRANCO, <i>Sottosegretario di Stato per le finanze</i>	18623	FANTOZZI AUGUSTO, <i>Ministro delle finanze</i>	18561, 18581, 18583, 18599, 18606, 18620
CALVANESE FRANCESCO (gruppo misto)	18615	FINOCCHIARO FIDELBO ANNA (gruppo progressisti-federativo)	18647
CALZOLAIO VALERIO (gruppo progressisti-federativo)	18656	FONTAN ROLANDO (gruppo lega nord)	18672
CAMPATELLI VASSILI (gruppo progressisti-federativo)	18556, 18575, 18585, 18602, 18603, 18627, 18630, 18638	FROSIO RONCALLI LUCIANA (gruppo lega nord)	18662, 18674
CAPITANEO FRANCESCO (gruppo alleanza nazionale)	18670	GALDELLI PRIMO (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	18580, 18630, 18648
CARAZZI MARIA (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	18601	GALLIANI LUCIANO (gruppo progressisti-federativo)	18670
CASTELLANETA SERGIO (gruppo misto)	18617	GARAVINI ANDREA SERGIO (gruppo misto)	18628, 18653
CAVALIERE ENRICO (gruppo lega nord)	18577, 18665, 18675	GARRA GIACOMO (gruppo forza Italia)	18620, 18648
		GERARDINI FRANCO (gruppo progressisti-federativo)	18619

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 19 DICEMBRE 1995

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori dell'ordine del giorno Caccavari ed altri n. 9/3438-bis/36 se insistano per la votazione.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Non insisto, Presidente.

PRESIDENTE. Constatò l'assenza dei presentatori dell'ordine del giorno Dell'Utri e Benedetti Valentini n. 9/3438-bis/38: s'intende che non insistano per la votazione.

Chiedo all'onorevole Lia, presentatore dell'ordine del giorno n. 9/3438-bis/39, se insista per la votazione del suo ordine del giorno.

ANTONIO LIA. Non insisto, Presidente.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori dell'ordine del giorno Battafarano ed altri n. 9/3438-bis/40 se insistano per la votazione.

GIOVANNI BATTAFARANO. No, Presidente, non insisto per la votazione dell'ordine del giorno n. 9/3438-bis/40, di cui sono primo firmatario.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori dell'ordine del giorno Mazzetto ed altri n. 9/3438-bis/43 se insistano per la votazione.

MARIELLA MAZZETTO. Non insistiamo, Presidente.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori dell'ordine del giorno Aprea ed altri n. 9/3438-bis/44 se insistano per la votazione.

ATTILIO SIGONA. No, signor Presidente, non insisto per la votazione dell'ordine del giorno Aprea ed altri, n. 9/3438-bis/44, di cui sono cofirmatario.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori se insistano per la votazione dell'ordine del giorno Stanisci ed altri n. 9/3438-bis/46.

ANTONIO LIA. Sì, signor Presidente, insisto per la votazione dell'ordine del giorno Stanisci ed altri n. 9/3438-bis/46, di cui sono firmatario.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'ordine del giorno Stanisci ed altri n. 9/3438-bis/46, non accettato dal Governo.

(È approvato — Applausi).

Chiedo ai presentatori se insistano per la votazione dell'ordine del giorno Bracci Marinai ed altri n. 9/3438-bis/48.

MARIA GLORIA BRACCI MARINAI. Sì, signor Presidente, insistiamo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'ordine del giorno Bracci Marinai ed altri n. 9/3438-bis/48, accettato dal Governo come raccomandazione.

(È approvato).

Chiedo ai presentatori se insistano per la votazione dell'ordine del giorno Di Capua ed altri n. 9/3438-bis/49.

FABIO DI CAPUA. No, non insistiamo.

PRESIDENTE. Chiedo ai presentatori se insistano per la votazione dell'ordine del giorno Innocenti ed altri n. 9/3438-bis/50.

RENZO INNOCENTI. Sì, signor Presidente, insisto per la votazione dell'ordine del giorno n. 9/3438-bis/50, di cui sono firmatario.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'ordine del giorno Innocenti ed altri n. 9/3438-bis/50, non accettato dal Governo.

(È approvato).

Chiedo ai presentatori se insistano per la votazione dell'ordine del giorno Cornacchione Milella ed altri n. 9/3438-bis/51.

MAGDA CORNACCHIONE MILELLA. Sì, insistiamo per la votazione.

(...)



[Torna all'indice](#)

INTERVENTI SU PROGETTI DI LEGGE IN COMMISSIONE

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

1.

SEDUTA DI MARTEDÌ 13 DICEMBRE 1994

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Proposta di legge (Discussione e rinvio):		Caccavari Rocco, <i>Relatore</i>	3
Signorelli ed altri: Proroga del programma cooperativo Italia-USA nella terapia dei tumori (<i>Approvata dal Senato</i>) (1631)	3	Castellaneta Sergio (gruppo misto)	5
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	3, 5, 6	Nisticò Giuseppe, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	5
Barbieri Giuseppe (gruppo alleanza nazionale-MSI)	6	Polenta Paolo (gruppo PPI)	6
		Valenti Franca (gruppo lega nord)	5

La seduta comincia alle 15,30.

Discussione della proposta di legge senatori Signorelli ed altri: Proroga del programma cooperativo Italia-USA nella terapia dei tumori Approvata dal Senato (1631).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa dei senatori Signorelli, Martelli, Monteleone e Xiumè: « Proroga del programma cooperativo Italia-USA nella terapia dei tumori », già approvata dal Senato nella seduta del 15 novembre 1994.

Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali. L'onorevole Caccavari ha facoltà di svolgere la relazione.

ROCCO CACCAVARI, Relatore. Signor presidente, colleghi, signor sottosegretario, la proposta di legge che ci accingiamo ad esaminare concerne la proroga del programma cooperativo Italia-USA nella terapia dei tumori. Il provvedimento, già approvato dal Senato, consta di un solo articolo di quattro commi in cui sono descritti i passaggi che interessano la proroga del suddetto programma cooperativo e il relativo rifinanziamento per il triennio 1995-1997.

Tale programma era stato varato in attuazione alla legge n. 531 del 29 dicembre 1987, la quale prevedeva un finanziamento di quattro miliardi per il quinquennio 1987-1991, successivamente rinnovato nel 1992 e nel 1993.

Debbo ricordare che un analogo provvedimento era stato approvato dal Senato nel corso della XI legislatura ma non giunse all'approvazione definitiva da parte

della Camera a causa dell'anticipato scioglimento delle Camere.

Possiamo definire quello che è stato attuato fino al 1993 come un programma di cooperazione di prima generazione, nel cui ambito la ricerca è stata finalizzata alla messa a punto di terapie nel trattamento delle neoplasie, partendo da alcune intuizioni che in quel periodo avevano aperto nuovi orizzonti scientifici circa la possibilità di intervenire, nel trattamento delle neoplasie, in maniera un po' diversa rispetto a quanto era stato fatto fino ad allora. Ricordo che tradizionalmente le terapie delle neoplasie sono di tipo chirurgico, radiante e chemioterapico.

Il nuovo modello di ricerca tende, invece, ad orientare i possibili sforzi scientifici al fine di ottenere risultati di una certa consistenza relativamente ad una progettualità bioterapica, ossia prevedendo interventi sulla cellula neoplastica con sistemi biologici prodotti da altre cellule.

Sulla base di quanto è avvenuto in passato nel settore della ricerca, possiamo dire che i risultati sono stati abbastanza soddisfacenti. I *trials* clinici combinati tra gli istituti di ricerca italiani e americani hanno rappresentato, sia pure nella limitatezza del numero dei pazienti esaminati, delle buone possibilità di continuare la ricerca, anche in considerazione dei discreti successi ottenuti. Da questo punto di vista debbo osservare che la convergenza di tutte le ricerche dei diversi *trials* ha determinato un orientamento del secondo programma, che stiamo oggi esaminando, verso finalità definite di seconda generazione nella ricerca delle bioterapie. È infatti ormai considerazione generale - e ciò trova conferma anche nella letteratura mondiale - che le neoplasie sono malattie

monomolecolari su base genetica acquisita. In particolare, l'attivazione dei proto-oncogeni ha un ruolo chiave nella patogenesi dei tumori maligni. Pertanto, è auspicabile che la terapia conclusiva sia di tipo molecolare su base patogenetica, forse attraverso l'inibizione dell'espressione di proto-oncogeni che causano l'avvio del processo neoplastico.

Va anche posta molta attenzione al tipo di risposta globale dell'organismo ai diversi tipi di terapia neoplastica, che sappiamo essere sempre caratterizzata dalle immunosoppressioni linfopoietiche tipiche soprattutto di certi modelli terapeutici, come per esempio quelli chemioterapici e radiante, ma che anche in questo tipo di terapia potrebbe rappresentare un ostacolo alla sua affermazione. Ne consegue che la ricerca di seconda generazione dovrebbe orientarsi verso una più affinata ricerca di terapie biomediche e immunosoppressive.

Ciò detto, debbo aggiungere che il finanziamento richiesto di quattro miliardi per il triennio 1995-1997 è sicuramente limitato. Mi pare infatti che questo tipo di indagini, i cui risultati interessano certamente non solo la nostra comunità nazionale ma tutto il mondo, dovrebbero essere sovvenzionate con finanziamenti di maggiore entità.

In generale abbiamo visto come la ricerca in Italia non sia adeguatamente sostenuta, pur sapendo che un grandissimo numero di soggetti muore a causa delle neoplasie. Ritengo pertanto che questa particolare ricerca debba essere finanziata in futuro o in occasione dell'avvio del programma in esame.

Ho cercato di conoscere come venivano regolamentati in passato i protocolli di accesso al programma, ma senza alcun risultato. Faccio questa considerazione per suggerire che, nel momento dell'applicazione del provvedimento di legge in esame, sia data a tutti i nostri istituti che si impegnano in questo settore la possibilità di collaborare con quelli stranieri, sempre che ne sussistano le condizioni necessarie.

Prima di concludere il mio intervento vorrei accennare brevemente al modello di

ricerca che viene sostenuto dal volontariato e dal privato sociale, attraverso le diverse attività dell'associazionismo. Oltre alle associazioni organizzate su tutto il territorio nazionale, quali, per esempio, la lega per la lotta contro i tumori e l'associazione per la ricerca sul cancro (peraltro riconosciute, da tempo, come enti morali) vi sono anche gruppi organizzati a dimensione provinciale o regionale che raccolgono fondi per le realtà scientifiche locali. Si tratta di iniziative nobili e importanti, che sottolineano fortemente il valore della solidarietà. Fatta salva la quota destinata, di solito, anche all'assistenza dei pazienti oncologici, accade però che i fondi siano destinati più allo studio di alcune patologie neoplastiche che ad altre, come se un cancro fosse più cancro di un altro. Penso pertanto che la ricerca debba essere sostenuta ad ampio raggio cioè per tutte le neoplasie indagabili e per ogni fascia di età interessata; penso altresì che il finanziamento previsto dal provvedimento di legge in oggetto - peraltro assai limitato, come ho poc'anzi detto - dovrebbe essere aumentato. A tale riguardo ritengo che sia possibile individuare una formula per utilizzare i fondi raccolti con i contributi volontari in modo da poter attivare maggiormente la collaborazione con la ricerca americana, più avanzata della nostra, e con tutti quegli istituti che si occupano della ricerca in oncologia, non trascurando la possibilità di una integrazione dei finanziamenti pubblici con quelli privati per favorire un'azione scientifica più consistente e che dia risultati più avanzati, in linea con il rapido progresso della ricerca in tutto il mondo.

Nel confermare quindi la validità di questo provvedimento di proroga e nel ritenere senz'altro necessaria la continuità della nostra collaborazione con gli istituti di ricerca americani, ribadisco l'opportunità che il finanziamento previsto sia aumentato, per quanto possibile, anche attraverso i fondi derivanti dalle contribuzioni volontarie.

Sulla base di tali considerazioni raccomandando alla Commissione l'approvazione della proposta di legge in esame.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

3.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 GIUGNO 1995

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

INDICE

	PAG.		PAG.
Testo unificato delle proposte di legge (Discussione e rinvio):		Barabaschi Sergio, <i>Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica</i>	14
Calderoli ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e nuove norme in materia di esercizio della professione di odontoiatra (671);		Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale)	16
Basile Vincenzo ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine degli odontoiatri (866);		Blanco Angelo (gruppo alleanza nazionale) ...	14
Caccavari ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine nazionale degli odontoiatri (1083);		Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	15
Gambale: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine degli odontoiatri (1522)	13	Cascio Francesco (gruppo forza Italia), <i>Relatore</i>	13
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	13, 15, 16, 17	Castellaneta Sergio (gruppo misto)	15
		Colombini Edro (gruppo forza Italia)	16
		Massida Piergiorgio (gruppo forza Italia)	14
		Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	14

quinto o del sesto anno, fermo restando che l'iscrizione avviene al terzo anno del corso di laurea in odontoiatria. Gli altri emendamenti, infine, sono di carattere più formale che sostanziale.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Gli emendamenti presentati sono numerosi, ma poiché di molti è stato preannunciato il ritiro, sarà più facile approfondire quelli che apportano cambiamenti sostanziali al testo in esame. Mi riferisco, in particolare, agli emendamenti presentati all'articolo 3, sui quali credo che dovremo riflettere e ragionare ancora, avendo una loro validità.

Rispondendo al collega Blanco, ritengo che più che di pressioni si debba parlare di suggerimenti: essendoci infatti incontrati con esponenti di diverse realtà associative, ci è stato possibile tastare il polso di una professione che anche per noi presenta novità non facili da comprendere.

Rilevo quindi l'opportunità, in sede di esame degli emendamenti, di approfondire la materia al fine di cercare una soluzione che ci consenta di tener conto delle informazioni avute dai rappresentanti delle realtà sindacali o associative con cui abbiamo avuto contatti.

SERGIO CASTELLANETA. Mi fa piacere leggere, all'articolo 4, che i laureati in medicina e chirurgia possono essere iscritti al terzo anno del corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria, perché la situazione era ed è drammatica: infatti, eccezion fatta per la specializzazione in odontostomatologia, i laureati in medicina che volessero intraprendere la carriera di dentista non ne avrebbero attualmente la possibilità, a meno che non si iscrivano al primo anno di odontoiatria. Oggi, chi ha una laurea in medicina non ha nemmeno un punteggio superiore a chi si iscrive al primo anno di odontoiatria! Vi sono dunque situazioni assurde di cui sono responsabili anche le forze politiche; vi sono *lobby* di tipo delinquenziale in un sistema che taluni hanno consentito. Non vi è dubbio che, dal punto di vista della cono-

scenza, un laureato in medicina, per quanto possa essere scadente, abbia più meriti di essere ammesso al corso di odontoiatria di un ragioniere o di chi abbia conseguito un altro diploma. In altre parole, non è possibile che il laureato in medicina si batta ad armi pari con chi, invece, ha solo un diploma di scuola media superiore.

Ben venga, dunque, la disposizione del comma 4 che ho ricordato, anche perché a tantissimi laureati in medicina, magari figli di dentisti, ora come ora non sarebbe possibile subentrare nello studio del padre. Mi auguro pertanto che questo testo passi così com'è.

Tutti sanno quali siano le materie del corso di laurea in medicina dal terzo anno in poi. La norma, quindi, è stata imposta dallo spirito corporativo degli odontoiatri. I laureati in odontoiatria sono come gli psicologi, se non stiamo attenti un bel momento ci invaderanno. Questi signori vogliono che un medico, laureatosi magari nel 1980, che voglia iscriversi all'albo degli odontoiatri (un istituto che gronda tradizione!), sia obbligato a cancellare la propria appartenenza all'ordine dei medici. È chiaro invece che un medico laureato da 15 anni, per ragioni di carattere affettivo oltre che accademico, non può essere sottoposto a tale obbligo. Se infatti mettiamo sulla bilancia la laurea in medicina e quella in odontoiatria è fatale che il piatto penda dalla parte della prima, con tutto il rispetto per gli odontoiatri.

Esistono *lobby* che influiscono su determinati partiti, che è possibile individuare. Gli psicologi, ad esempio, sono difesi dalla sinistra perché - ma non si sa per quale ragione - sarebbero di sinistra! La nostra funzione di legislatori ci impone invece di stare attenti, perché non si tratta di fare difese corporative ma del buon senso, non essendo più possibile andare avanti nell'attuale situazione.

PRESIDENTE. Siamo felici che per la prima volta l'onorevole Castellaneta concordi sul lavoro della Commissione!

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

4.

SEDUTA DI MARTEDÌ 20 GIUGNO 1995

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

INDICE

	PAG.		PAG.
Testo unificato delle proposte di legge (Seguito della discussione e approvazione):		Barabaschi Sergio, <i>Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica</i> ..	21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31
Calderoli ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e nuove norme in materia di esercizio della professione di odontoiatra (671):		Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale)	22, 23, 24, 35
Basile Vincenzo ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine degli odontoiatri (866):		Beebe Tarantelli Carole Jane (gruppo progressisti-federativo)	34
Caccavari ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine nazionale degli odontoiatri (1083):		Blanco Angelo (gruppo alleanza nazionale) ...	37
Gambale: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, e istituzione dell'ordine degli odontoiatri (1522)	21	Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	23, 24, 35
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i> ..	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37	Cascio Francesco (gruppo forza Italia), <i>Relatore</i>	21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33
		Castellaneta Sergio (gruppo misto)	36
		Colombini Edro (gruppo forza Italia)	23, 24, 31, 32, 35
		Condorelli Mario, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	31, 32

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Dal momento che l'onorevole Gambale non è presente volevo comunque far mio il suo emendamento 3.1; ad ogni modo - e pur condividendo il contenuto di tale emendamento - mi attengo al parere espresso dalla Commissione speciale per le politiche comunitarie e lo ritiro confidando in un approfondimento della materia al Senato.

PRESIDENTE. C'è un problema di coerenza con le indicazioni della Comunità europea. A tale proposito, ricordo che il parere espresso dalla Commissione speciale per le politiche comunitarie è favorevole al testo che abbiamo in esame.

Si legge tra l'altro in tale parere che « è pacifico ritenere che agli stessi obblighi normativi previsti in ogni paese membro si debbano sottoporre tutti coloro che, avendone diritto per aver seguito un curriculum formativo conforme oppure in deroga per diritto precedentemente acquisito, esercitano la stessa professione. Tale obiettivo potrà essere raggiunto pertanto solamente attraverso l'obbligatorietà dell'iscrizione all'ordine degli odontoiatri di tutti i soggetti sopra citati. La mancanza di tale obbligatorietà, infatti, porterebbe inevitabilmente alla nascita di un ordine ibrido » - credo sia questa la fattispecie riferita agli emendamenti Gambale 3.1 e Colombini 3.4 - « al quale si iscriverebbe solamente una parte degli esercenti l'odontoiatria », in particolare quelli iscritti alla relativa facoltà. « Si verrebbe così a creare » - continua il parere - « una situazione che vedrebbe professionisti che esercitano la stessa professione, con medesimi diritti e doveri, iscritti a due ordini professionali diversi ».

Onorevole Colombini, accetta l'invito a ritirare il suo emendamento 3.4 formulato dal relatore?

EDRO COLOMBINI. Udito il parere della Commissione speciale per le politiche comunitarie, penso sia opportuno adeguarsi alle conclusioni cui la stessa è

giunta; ritiro pertanto il mio emendamento 3.4.

VINCENZO BASILE. Sono disponibile a ritirare il mio emendamento 3.9 purché sia possibile subemendare l'emendamento Calderoli 1.2.

PRESIDENTE. Non è possibile farlo in quanto, essendo già stato approvato, l'emendamento Calderoli 1.2 non è subemendabile.

VINCENZO BASILE. Ritiro il mio emendamento 3.9.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti. Pongo in votazione l'emendamento 3.3 del relatore, nel testo recante la correzione illustrata in precedenza dal relatore stesso, non accettato dal Governo. *(È approvato).*

PIERGIORGIO MASSIDDA. Perché il Governo ha espresso parere contrario?

PRESIDENTE. Il relatore ha recepito le indicazioni provenienti dal ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica ed espresse in Commissione. Il Ministero della sanità non concorda su questo aspetto: non è la prima volta che i ministri hanno posizioni differenti!

EDRO COLOMBINI. Signor presidente, intervenendo sull'ordine dei lavori vorrei ricordare che siamo in sede legislativa e quindi richiamare tutti ad un comportamento adeguato. Non si può discutere ogni norma anche dopo la sua votazione! Questo non è previsto.

Richiamo, dunque, tutti i colleghi ad un comportamento adeguato a questa sede. Non ci troviamo in una fase di chiarimenti, l'ho già detto nella precedente seduta; chi non aveva le idee chiare, ha avuto una settimana per chiarirle. Non vorrei, quindi, che questa diventasse di nuovo occasione di dibattito perché, altrimenti, ci troveremo al di fuori della sede adeguata.

Non metto in dubbio che occorra una certa calma per consentire al presidente di cogliere le richieste di intervento, ma

voglio che ognuno sappia ciò che sta votando.

VINCENZO BASILE. Non c'entra niente! Sottolineo l'esigenza di procedere nelle votazioni consentendo l'approfondimento del dibattito.

PRESIDENTE. Per cortesia, onorevole Basile, chiariremo in altra sede questo aspetto. Procediamo nei nostri lavori.

Pongo dunque in votazione l'articolo 3 nel testo modificato dall'emendamento approvato.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 4 del testo unificato e degli emendamenti ad esso presentati.

Nessuno chiedendo di parlare, chiedo quale sia il parere del relatore e del Governo su tali emendamenti.

FRANCESCO CASCIO, Relatore. Esprimo parere contrario sugli identici emendamenti Gambale 4.1 e Colombini 4.3; invito l'onorevole Gambale a ritirare il suo emendamento 4.2, perché l'iniziativa legislativa anche se accettabile probabilmente in questo contesto risulterebbe fuori luogo; invito altresì l'onorevole Colombini a ritirare il suo emendamento 4.4, identico all'emendamento Gambale 4.2.

Sull'emendamento Saia 4.5 esprimo parere favorevole, purché le parole « 40 per cento » siano sostituite con le seguenti: « 30 per cento ». Esprimo infine parere favorevole sull'emendamento Saia 4.6.

SERGIO BARABASCHI, Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica. Il Governo esprime parere contrario sugli identici emendamenti Gambale 4.1 e Colombini 4.3, nonché sugli identici emendamenti Gambale 4.2 e Colombini 4.4. Esprimo invece parere favorevole sull'emendamento Saia 4.5, con la modifica proposta dal relatore, e sull'emendamento Saia 4.6.

EDRO COLOMBINI. Ritiro il mio emendamento 4.3. Accolgo l'invito del re-

latore a ritirare il mio emendamento 4.4, riservandomi la presentazione di una proposta di legge per l'istituzione della facoltà di odontoiatria.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Intendo associarmi a tale proposta.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Poiché l'onorevole Gambale non è presente, s'intende che abbia rinunciato ai suoi emendamenti 4.1 e 4.2.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Faccio miei gli emendamenti Gambale 4.1 e 4.2 e li ritiro.

PRESIDENTE. I presentatori dell'emendamento Saia 4.5 accettano la modifica proposta dal relatore?

MARIA CELESTE NARDINI. Accettiamo la modifica.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Saia 4.5, con la modifica proposta dal relatore, accettato dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Saia 4.6, accettato dal relatore e dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 4 nel testo modificato dagli emendamenti approvati.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 5 del testo unificato e degli emendamenti ad esso presentati.

Nessuno chiedendo di parlare, chiedo quale sia il parere del relatore e del Governo su tali emendamenti.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Ritiro il mio emendamento 5.2.

FRANCESCO CASCIO, Relatore. Invito i presentatori a ritirare l'emendamento Saia 5.1.

(...)

tualmente in vigore si era rivelata insufficiente a superare alcune situazioni negative proprie di questo settore professionale. Quindi è stato necessario adottare un provvedimento di questo tipo.

Voterò a favore del provvedimento insieme ai componenti del mio gruppo; mi sia però consentito aprire una piccola parentesi di tipo personale: come presidente di ordine provinciale della federazione dei medici chirurghi ed odontoiatri, considero questa una giornata storica.

VINCENZO BASILE. Ringrazio anzitutto i membri del comitato ristretto per il lavoro svolto; in questi mesi essi hanno operato per giungere al risultato odierno, certamente apprezzabile e soddisfacente.

Le preoccupazioni dell'onorevole Conti potevano essere facilmente superate se anziché parlare di terapie chirurgiche si fosse fatto riferimento esclusivamente alle terapie, facendo venir meno ogni dubbio in merito. Ritengo comunque che il provvedimento sia complessivamente positivo ed annuncio pertanto il voto favorevole del gruppo di alleanza nazionale.

EDRO COLOMBINI. Anch'io voglio ringraziare il comitato ristretto per il lavoro svolto in questi mesi; tutto sommato, la legge che stiamo per approvare è positiva e risponde alle necessità di un adeguamento della normativa del settore alla Comunità europea.

Alcuni aspetti sono migliorabili e il problema potrà essere affrontato in una successiva fase. Credo che i medici non abbiano perso nulla in quanto l'atto medico è proprio di quella professione e nessuno potrà mai disconoscerlo; le precisazioni effettuate con riferimento al campo chirurgico danno la possibilità anche al medico di base, magari in zone disagiate, di effettuare tranquillamente una estrazione dentaria o l'incisione di un accesso senza incorrere in alcun abuso.

Naturalmente non tutti gli addetti ai lavori saranno soddisfatti, soprattutto per quanto riguarda la contemporanea iscrizione ai due ordini per una fascia di lau-

reati; è stato necessario considerare le valutazioni della Commissione speciale per le politiche comunitarie, che ha lavorato tenendo presente quanto è accaduto in tutta Europa. Abbiamo dovuto adeguarci ad una realtà che potrà risultare più consona alla situazione del nostro paese.

In conclusione, ribadisco il mio voto favorevole sul provvedimento.

ANTONIO VALIANTE. Desidero solo sottolineare, annunciando il mio voto favorevole sul provvedimento, che sarebbe stato opportuno porre maggiore attenzione — soprattutto nella fase finale del procedimento — alle decisioni che si andavano assumendo, in quanto sicuramente la normativa presenta qualche lacuna. Ad esse si potrà ovviare adottando un regolamento attuativo che garantisca una corretta applicazione delle norme.

Era comunque necessario varare la legge, la cui attesa giustifica ampiamente qualche difetto di partenza. È indispensabile approvare il provvedimento con assoluta rapidità: per questo ribadisco il mio voto favorevole.

ENRICO INDELLI. Il gruppo dei democratici esprimerà voto favorevole al provvedimento in esame, anche tenendo presente il suo iter nel corso degli anni.

Si va a mettere ordine in un campo in cui — lo dico ai colleghi medici — l'abusivismo imperversa. Si chiariscono i rapporti tra noi medici — specialisti o odontoiatri — ed i laureati in odontoiatria. Sono stato relatore nella Commissione speciale per le politiche comunitarie e sono soddisfatto per la circostanza che il comitato ristretto abbia considerato il parere espresso da tale Commissione come chiave di volta per l'interpretazione della normativa in esame.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor presidente, concludiamo oggi un lavoro che dura da un paio di legislature, seppur brevi. Abbiamo la possibilità di continuare a ragionare sui problemi del settore anche perché siamo tutti consape-

voli di non aver accontentato tutte le richieste che erano state avanzate: anche nell'ambito delle diverse associazioni, infatti, esistono pareri contrastanti in materia.

Mi pare comunque che il Senato potrà riesaminare gli aspetti più problematici della normativa ed anche gli atti conseguenti all'approvazione della legge potranno far fronte ad eventuali insufficienze di quest'ultima. Abbiamo cercato, sia pure da posizioni diverse, di lavorare con il fine ultimo di fornire all'ordine degli odontoiatri un'autonomia che garantisca il riconoscimento delle nuove professionalità. Si è adottato il criterio del riconoscimento operato in sede comunitaria, il che ci colloca in una dimensione europea che va perseguita con sempre maggior decisione.

A coloro che non sono stati accontentati dal provvedimento in esame, prometiamo di impegnarci per trovare successivamente soluzioni ai problemi da essi prospettati.

MARIA CELESTE NARDINI. Anche il mio gruppo voterà a favore di questo provvedimento. Siamo convinti che nel settore vada posto ordine; occorre tuttavia sottolineare che - poiché parliamo di odontoiatria - non tutti i cittadini possono accedere a tale specializzazione, che comporta alti costi.

A proposito del problema della prevenzione - al quale si accenna anche nel testo normativo -, è necessario che il Ministero della sanità avvii campagne promozionali per la salute dentale, soprattutto con riferimento all'infanzia e all'adolescenza.

SERGIO CASTELLANETA. A mio avviso l'importanza di questa legge sta tutta nel comma 1 dell'articolo 4, secondo il quale i laureati in medicina e chirurgia possono essere iscritti al corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria.

La soppressione della specializzazione in odontoiatria senza preavviso per tutti coloro che si erano iscritti alla facoltà di medicina negli anni 1988-1990 - che ov-

vamente non sapevano quanto sarebbe accaduto -, ha fatto sì che chi si era iscritto a medicina per poi fare il dentista si venisse a trovare nella posizione assurda - e che solo in questo paese poteva realizzarsi - di dover prendere un'altra laurea, oltre a quella in medicina. Ricordo che si tratta di un corso di laurea di cinque anni; questi soggetti non avrebbero avuto alcun vantaggio nell'accesso a tale facoltà perché avrebbero dovuto confrontarsi alla pari con il maturando del liceo classico o del liceo scientifico. Si tratta di una situazione allucinante vissuta da coloro che si sono laureati in medicina nel 1994.

Non si vede poi perché dobbiamo ringraziare il comitato ristretto: esso non ha fatto altro che il suo dovere, per di più in ritardo. Non ringrazio nessuno ed anzi protesto perché vi sono laureati in medicina che hanno perso un anno, signor sottosegretario.

Non mi importa nulla della federazione regionale e di quant'altro: tanto non contano niente! Altro che dire che quella di oggi è una data storica: sarà contento solo chi potrà dire: « Io c'ero ».

Voterò quindi a favore della legge solo perché in essa è contenuto il comma 1 dell'articolo 4.

PRESIDENTE. La ringraziamo, anche perché, con le sue continue assenze, il Comitato ristretto è andato avanti nei suoi lavori in maniera più veloce!

FIORIELLO PROVERA. Nel dichiarare il voto favorevole dei deputati del gruppo della Lega nord, dissento dal collega Castellaneta. Questa data non entrerà nella storia, bensì - forse - nella cronaca.

SERGIO CASTELLANETA. Nera!

FIORIELLO PROVERA. La normativa è sicuramente perfettibile, come dicevo in precedenza, però, nel frattempo, essa pone alcune regole e sana l'abusivismo. A tale riguardo concordo con la collega del gruppo di Rifondazione comunista-progressisti, dalla quale dissento tuttavia quando dice che questa specializzazione

(...)



[Torna all'indice](#)

ATTIVITÀ NON LEGISLATIVA IN ASSEMBLEA

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 3 OTTOBRE 1995

RESOCONTO STENOGRAFICO

251.

SEDUTA ANTIMERIDIANA DI MARTEDÌ 3 OTTOBRE 1995

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDICE

|

251.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 3 OTTOBRE 1995

PAG.

**Sull'eccidio in Burundi di tre volontari
italiani:**

PRESIDENTE	15549
CACCAVARI ROCCO FRANCESCO (gruppo progressisti-federativo)	15549

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA ANTIMERIDIANA DEL 3 OTTOBRE 1995

procedimento elettronico, sull'ordine del giorno Percivalle e Baldi n. 9/1157/2, accettato dal Governo come raccomandazione.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	370
Votanti	365
Astenuti	5
Maggioranza	183
Hanno votato sì	203
Hanno votato no	162

(La Camera approva).

La votazione finale del provvedimento avrà luogo, come poc'anzi detto, nel prosieguo della seduta.

Votazione finale del disegno di legge di conversione n. 3167 (ore 12,55).

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione finale del disegno di legge di conversione n. 3167, oggi esaminato.

Indico la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sul disegno di legge di conversione n. 3167.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

S. 2056. — «Conversione in legge del decreto-legge 3 agosto 1995, n. 325, recante disposizioni per l'attuazione dei regolamenti comunitari relativi alla riforma della politica agricola comune per l'anno 1995» *(approvato dal Senato)* (3167):

Presenti	384
Votanti	374
Astenuti	10
Maggioranza	188

Hanno votato sì 357
Hanno votato no 17

(La Camera approva).

Sull'eccidio in Burundi di tre volontari italiani (ore 12,57).

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, intendo richiamare la vostra attenzione su un gravissimo fatto di sangue che si è verificato il 30 settembre scorso. Due padri missionari Saveriani, padre Ottorino Maule, di 53 anni, e padre Marchiol di 65, entrambi di Udine, e la volontaria laica Katina Gubert, di 74 anni, di Trento sono stati massacrati nella missione di Buyengero in Burundi. Questo fatto si aggiunge agli altri centomila omicidi commessi negli ultimi due anni in quel paese, senza che sia stato arrestato o processato alcun colpevole, come già hanno denunciato le commissioni ONU che hanno indagato sulla violazione dei diritti umani in Burundi.

Considerato l'alto valore che per l'Italia rivestono sia la presenza di italiani, religiosi e laici, nei paesi in via di sviluppo come ambasciatori di civiltà, di pace, sia l'appoggio concreto che tali persone offrono all'esperienza di promozione umana e di pratica della democrazia contro la guerra di etnia, chiedo che il Governo venga a riferire sulla conoscenza che ha dei fatti e sulle iniziative in corso o da promuovere per garantire un'opportuna ed adeguata assistenza degli italiani in Burundi *(Generali applausi)*.

PRESIDENTE. *(Si leva in piedi, e con lui i deputati e i membri del Governo)*. Onorevoli colleghi, la Presidenza della Camera, assicurando l'onorevole Caccavari che si farà interprete della sua richiesta presso il Governo, coglie l'occasione di questo intervento per esprimere il proprio profondo cordoglio per i tragici eventi verificatisi in Burundi e la propria esecrazione per i gra-

(...)



[Torna all'indice](#)

ATTIVITÀ NON LEGISLATIVA IN COMMISSIONE

**INTERVENTI IN INDAGINI
E UDIENZE CONOSCITIVE**

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 6)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 21 SETTEMBRE 1994

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LA FAMIGLIA E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE, ONOREVOLE ANTONIO GUIDI, SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL GOVERNO NEL SETTORE

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

INDI

DEI VICEPRESIDENTI **ALESSANDRA MUSSOLINI** E **VASCO GIANNOTTI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Seguito dell'audizione del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, onorevole Antonio Guidi, sulle linee programmatiche del Governo nel settore:		Guidi Antonio, Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale	111, 114, 115, 116 117, 118, 120, 123, 124, 125, 126, 128, 129 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	109, 111, 118	La Cerra Pasquale (gruppo progressisti-federativo)	119, 137
Mussolini Alessandra <i>Presidente</i>	111, 117, 119 123, 126, 129	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	134
Giannotti Vasco, <i>Presidente</i> ...	132, 134, 137, 138	Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	124, 125, 126
Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia)	135, 136	Rinaldi Alfonsina (gruppo progressisti-federativo)	135
Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale - MSI)	115, 132, 133	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	131
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	127, 137	Scoca Maretta (gruppo CCD)	137, 138
Castellaneta Sergio (gruppo misto)	114, 115	Tanzarella Sergio (gruppo progressisti-federativo)	118, 120, 123
Colombini Edro (gruppo forza Italia)	116, 118	Torre Vincenzo (gruppo progressisti-federativo)	136
Corleone Francesco (gruppo progressisti-federativo)	134	Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	109, 129, 130, 131
Giacco Luigi (gruppo progressisti-federativo)	123		
Giannotti Vasco (gruppo progressisti-federativo)	120, 123		
Guerzoni Luciano (gruppo progressisti-federativo)	109, 111		

svolgerà la relazione la collega Beebe Tarantelli. Affrontiamo, dunque, problemi che non devono più rappresentare un tabù.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor ministro, inizio chiedendole formalmente di poter approfondire – se possibile in un futuro molto vicino – l'argomento che ora affronterò, per esigenze di tempo, in maniera molto sintetica. Mi consenta soltanto una parentesi, con riferimento alle persone con le quali ha detto di aver parlato di certi problemi (è il suo mestiere e le va anche riconosciuto un antico impegno nel settore). A mio avviso, a distanza di tanti anni dall'approvazione della legge n. 180, bisogna avere anche la capacità di discernere cosa è avvenuto nelle diverse realtà italiane. Vi sono luoghi nei quali i reparti psichiatrici sono davvero obbrobriosi residui manicomiali e luoghi, invece, nei quali sono reparti di geratria. Personalmente, quindi, ritengo che la massificazione dei giudizi ci faccia correre un rischio di buttare via tutto, senza riuscire a valorizzare quelle esperienze che dovrebbero essere scelte come esempio per esportarle su tutto il territorio.

Questo è un primo atto di umiltà necessario. L'affermare, poi, che non possono essere individuate le responsabilità quando le cose non funzionano (non lo ha detto lei, ma così spesso si sostiene) non mi sembra vero, perché le responsabilità si possono trovare, in relazione non soltanto alla distruzione dei finanziamenti ma anche ai processi di distruzione culturale e sociale. Altrimenti si può arrivare al punto in cui il manicomio viene considerato come l'unico investimento sul quale può campare mezzo paese, e lei sa benissimo a cosa intendo riferirmi.

Passo ora a porle alcune domande, riservandomi di approfondire alcuni temi nel corso della nostra prossima occasione di incontro, che mi auguro vicina. La mia prima domanda è la seguente: come intende collegarsi con il Ministero della sanità per quanto riguarda la materia delle tossicodipendenze, in modo che tale collegamento consenta finalmente, in maniera seria e complementare, di individuare

obiettivi comuni? Non voglio confondere sanità e sociale, anzi voglio tenerli ben distinti, per farli convergere nella ricerca di obiettivi che consentano, dopo tanti anni, di individuare, anche sulla partita della tossicodipendenza, delle linee che consentano di ottenere dei risultati.

Ci si lamentava in questa sede che la nostra Commissione si occupa molto della materia sanitaria: non ne conosco la ragione, forse i problemi della sanità interessano un numero maggiore di persone. Come notava lo stesso ministro Guidi, però, bisogna dare voce a chi non l'ha, per pareggiare il conto, e quindi affrontare anche la materia del sociale.

Passando ad un'altra domanda, recentemente si è dibattuto su possibili convenzioni con le comunità terapeutiche, rispetto alle quali lei è intervenuto. Mi permetto di sottolineare come in questo ambito sia necessario, da una parte, tenere conto del fatto che le comunità terapeutiche, con tutte le difficoltà che hanno incontrato, ed anche con gli insuccessi e gli errori che si sono verificati, hanno rappresentato una possibilità di affrontare un'emergenza di cui nessuno voleva farsi carico; dall'altra parte, devo però osservare che anche per i servizi pubblici (di cui lei conosce benissimo la realtà) non è giusto unificare il giudizio negativo – chiamarli tutti servizi del metadone –, perché sono personalmente testimone di servizi nei quali si cerca di svolgere un'attività di recupero del soggetto, tanto che si mantengono buoni rapporti con le comunità terapeutiche.

Senza sollevare polemiche ma come vecchio operatore nel settore della tossicodipendenza, desidero poi fare riferimento al convegno che si terrà prossimamente, al quale parteciperà il ministro Guidi, oltre allo stesso Presidente del Consiglio. In quella sede si affronterà anche il grave problema dell'AIDS, il che è estremamente importante per richiamare l'attenzione generale. In Italia esistono 650 comunità e quasi 700 servizi pubblici: se potranno rappresentarsi i diversi modelli di intervento, lavorando tutti insieme – come ci invitava a fare prima il ministro – potremo

trovare quelle linee che consentano di ottenere maggiori risultati.

Le chiedo poi di impegnarsi davvero in un osservatorio sui finanziamenti, per sapere dove vanno a finire i soldi: spesso, i finanziamenti vengono utilizzati in maniera non opportuna, per fini differenti da quelli previsti, o peggio ancora — e questo è drammatico ed offensivo per una società che voglia difendersi — non vengono utilizzati. Da questo punto di vista, quindi, bisogna mettersi a lavorare seriamente insieme.

Un'ultima domanda che desidero rivolgere è la seguente: intende mantenere, correggere, modificare, sponsorizzare la moda attuale di guardare alla tossicodipendenza con la piccola ottica settoriale della riduzione del danno?

ANTONIO GUIDI, *Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale*. Sono d'accordo con molte delle considerazioni che sono state svolte; per quanto riguarda la legge n. 180, è verissimo che in un'Italia nella quale prevale la denuncia del negativo si perdono di vista — e questo non è scientifico — i risultati positivi che sono propeutici alle nuove proposte.

Per quanto concerne l'integrazione scolastica degli handicappati (che conosco abbastanza), per esempio, viene riportato dalla stampa solo il caso che va male; se fossero invece circuitati manuali sui risultati positivi, gli insegnanti non dovrebbero, di volta in volta, reinventare l'integrazione (ho fatto riferimento agli insegnanti, ma l'approccio è sistemico).

Figuriamoci se non sono d'accordo sulle considerazioni che sono state svolte a questo riguardo con riferimento alla legge n. 180. Esistono luoghi nei quali l'ospedale psichiatrico è diventato un centro sociale di quartiere, i centri di salute mentale e il pronto soccorso psichiatrico funzionano: i cosiddetti matti stanno così un po' meglio di prima, anche se non credo del tutto bene. Quando riflettevamo prima sull'opportunità di svolgere un'indagine, non era per prendere in considerazione soltanto quello che va male ma anche per valutare

nella giusta prospettiva le cose che vanno bene, per non ricominciare ogni volta daccapo.

Per quanto riguarda le comunità terapeutiche, io lavoro in una struttura pubblica ed ho sempre detto (ci vorrebbe un notaio) che vanno valorizzate le comunità come le strutture pubbliche che funzionano nel settore delle tossicodipendenze. Vanno valorizzate entrambe queste realtà, ma non posso stare al facile gioco di chi mi dice che sono due cose quasi uguali; sono invece talmente diverse che richiedono pari dignità di approccio. L'una non può essere considerata meglio dell'altra: non può esservi la comunità che demonizza la struttura pubblica, che ha fisiologicamente dei suoi percorsi; non può esservi la USL che si pone come modello quasi ospedaliero di una struttura che, per scelta di vita, non per struttura fisica, è completamente diversa. Da questo punto di vista, vengo a sapere che qualche giornale ha scoperto dove vado... Non lo sapevo, ma ci andrò. Posso dire che nel percorso tortuoso di questi primi mesi da ministro sono stato un po' dovunque, nelle USL, nelle comunità forti, ho « festeggiato » il giorno nazionale delle tossicodipendenze — e giustamente non l'ha saputo nessuno — nella più piccola comunità per tossicodipendenti d'Italia (ci sono stato io, e mi basta, ci mancherebbe altro). Esistono delle comunità anche parzialmente condivisibili (sto pesando le parole: anche parzialmente condivisibili) ma che permettono per cassa di risonanza fisiologica di mandare dei messaggi forti che non legittimano la comunità in cui stai ma legittimano il messaggio nel quale tu credi. Se vai in un manicomio a dire che sei contro il manicomio non legittimi il manicomio, legittimi il messaggio che dai. Da questo punto di vista nelle mie frequentazioni è evidente che quando vado in una USL non lo sa nessuno, se vado in una comunità piccola può essere presente un giornalista locale e lei non lo sa, mentre quando vado in una comunità grande, condivisibile o meno, l'annuncio c'è persino prima e non con la cronaca del dopo, perché magari ci

naro: questo non dovrebbe essere neanche permesso da un punto di vista ideologico.

ANTONIO GUIDI, *Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale*. Ribadisco ancora quello che ho detto, altrimenti rischiamo di dare la caccia alle streghe. Non vorrei essere stato frainteso: sono convinto che la facilità con la quale vengono in Italia bambini non censiti — lo dimostra il fatto che abbiamo censito con facilità relativa 23 mila bambini che lo scorso anno non erano stati controllati —, la facilità di avere sul territorio bambini di cui non si sa nulla (non rom, ma per un nomadismo di accatto), la possibilità che si usi la gemellarità per togliere, soprattutto a madri giovani e nubili, dei bambini (saranno pochi casi, ma sono comunque drammatici), fa sì che si crei una potenzialità di bambini, visti sotto vari aspetti, non controllabili, che per ora mi risulta siano stati presi in maniera impropria da genitori adottivi. In qualche caso passano per l'Italia organi non controllati e i bambini non censiti potrebbero essere — non so dove, come e quanto — banche viventi di organi. Dove si faccia questo non lo so, ma so che nell'indeterminatezza di una situazione di bambini sconosciuti questi sono preziosissimi per essere venduti interi o a pezzi. Dove questo si realizzi non lo so, però si fa.

PASQUALE LA CERRA. Signor ministro, anche per i 25 mila bambini che sono stati censiti e che lei sa essere tornati felicemente — come ha detto prima — nei luoghi dai quali provenivano (a meno che non si sia verificato che sono portatori di una cicatrice sul corpo per sospetto prelievo di organo) potremmo sospettare che sia avvenuto qualcosa?

ANTONIO GUIDI, *Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale*. Il rischio è ridotto, anche perché la permanenza in Italia è stata veramente breve, al massimo di un mese.

PRESIDENTE. Colleghi, non vi può essere ora una sorta di rincorsa. Il ministro

ci ha posto un problema drammatico: ritengo quindi utile che il presidente valuti insieme con l'ufficio di presidenza della Commissione se sia necessario compiere ulteriori accertamenti ed approfondimenti. Ritengo infatti che la nostra Commissione non possa rimanere insensibile ai problemi sollevati, seppure da un punto di vista deduttivo.

ANTONIO GUIDI, *Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale*. Mi permetto di chiedere caldamente che questo approfondimento venga compiuto.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor ministro, lei ha affermato che le risultano esservi stati trapianti di cui non si conosce il donatore...

ANTONIO GUIDI, *Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale*. Sì, ma non in Italia; purtroppo, sono bambini che sono passati dall'Italia, ma i trapianti non sono stati fatti in Italia.

Per quanto riguarda la manipolazione genetica, insisto nel dire che, come tutti gli argomenti della scienza avanzata, è foriera di altissime possibilità come di altissimi rischi. Esiste una commissione di bioetica che sta approfondendo il problema. Certo, si possono ridurre o eliminare potenzialmente delle malattie (ancora se ne sa poco, anche se qualcosa si sta facendo) e si può pensare di costruire abbastanza facilmente robot umani nel futuro, ma il problema inquietante è un altro: finora abbiamo parlato di bambini già nati, ma quanti embrioni congelati ci sono attualmente in Italia? Lo chiedo a voi.

Questi sono problemi che il ministro della sanità conosce molto meglio di me, anche perché ha tutte le opportunità di ricerca. Personalmente posso soltanto sollevare dei problemi che bisogna risolvere; a mio avviso, tutti gli embrioni scongelati a disposizione di donne ultrasessantenni sono un deterrente negativo.

MARETTA SCOCA. Devo sottolineare che riguardo al problema degli embrioni

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 12)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 29 MARZO 1995

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)***AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LA FAMIGLIA E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE, PROFESSOR ADRIANO OSSICINI, SUI FINANZIAMENTI ALLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE****PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ALESSANDRA MUSSOLINI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, professor Adriano Ossicini, sui finanziamenti alle comunità terapeutiche:		Lumia Giuseppe (gruppo progressisti-federativo)	232
Mussolini Alessandra, <i>Presidente</i> 225, 231, 241		Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	240
Barbieri Giuseppe (gruppo alleanza nazionale)	231	Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	238
Caccavari Rocco (gruppo progressisti-federativo)	234	Ossicini Adriano, <i>Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale</i>	225, 231
Devetag Flavio (gruppo LIF)	239	Polenta Paolo (gruppo PPI)	236
Lodolo D'Oria Vittorio (gruppo forza Italia)	237	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	233

nedì mattina, dando origine ad una serie di problemi: spesso i tossicodipendenti finiscono a rifornirsi in piazza dagli spacciatori o sono costretti a girare per i vari pronto soccorso o per le varie guardie mediche, che in modo del tutto s coordinato tra di loro, non essendo aperto il SERT di riferimento, erogano prestazioni di cui poi si perde ogni traccia. Pertanto è assolutamente necessario che i SERT siano aperti 24 ore su 24. Nel recente decreto che ha imposto la riduzione del numero delle USL — speravo che l'ordine del giorno approvato fosse stato almeno in parte recepito — si potrebbe prevedere l'apertura dei SERT, il cui numero risulta ridotto, 24 ore su 24 anche nei giorni festivi. È infatti importante che ogni USL abbia un SERT di riferimento, perché se un pronto soccorso ospedaliero si trova di fronte ad un soggetto in crisi di astinenza possa ricorrere al SERT competente per mettere sotto osservazione il tossicodipendente.

Concordo sul fatto che non debbano essere soltanto dei medici a dirigere i SERT, anzi in linea di massima ritengo che questi servizi dovrebbero tener conto principalmente dei fattori che portano alla tossicodipendenza, che mantengono questo stato e che impediscono il reinserimento; pertanto sarei quasi dell'idea che forse sarebbe preferibile che la gestione dei SERT fosse affidata da altri soggetti.

Mi sembra che nella relazione del ministro vi sia stato anche un riferimento alla ripartizione dei fondi sulla base del numero delle utenze: se dobbiamo fare della prevenzione in campo sanitario, ed in questo caso anche sociale, ritengo che questo non debba essere l'unico elemento della programmazione sanitaria, ma tutt'al più un correttivo nel momento in cui si individuassero cause specifiche che determinano un'incidenza particolarmente elevata del fenomeno in alcune zone. In linea di massima ritengo che abbiano maggiormente bisogno del servizio proprio le aree geografiche in cui esso è stato sempre assente o del tutto carente, motivo per il quale statisticamente non risulta una presenza rilevante del fenomeno della droga, che invece esiste e magari sta dilagando in

modo incontrollabile. Credo pertanto che il criterio fondamentale da seguire rimanga quello della popolazione a rischio, che va individuata sulla base delle fasce d'età e di altri correttivi che via via possono essere studiati.

ROCCO CACCAVARI. Signor ministro, ritengo che affrontare soltanto una parte della complessa problematica delle tossicodipendenze, come la questione delle comunità terapeutiche, sia riduttivo rispetto ad un ragionamento più ampio, che dovrebbe essere finalizzato a fissare alcune coordinate e a determinare qualche punto di chiarezza.

Penso che il dibattito di questi anni ci abbia orientati a definire una comunità come terapeutica facendo riferimento più al valore intrinseco delle prestazioni che eroga che non all'esito dei suoi interventi. Occorre pertanto distinguere, in questa come in altre occasioni, la differenza esistente tra un trattamento terapeutico finalizzato a superare una situazione sintomatica ed un trattamento tendente invece ad integrare la sintomatologia, ricercando risposte sintomo per sintomo al fine di trovare una soluzione.

La comunità terapeutica è un luogo dove la persona verifica le proprie capacità più o meno nascoste per riuscire, attraverso il contatto ed il contratto terapeutico con chi la assiste, ad affrontare e risolvere dei problemi.

Ho fatto queste considerazioni per rilevare come non sia quantificabile né il numero delle persone che devono occuparsi della materia né quello delle persone che possono stare all'interno delle comunità. Cito questo aspetto perché da alcuni anni la valutazione delle comunità viene in genere effettuata con riferimento ad un numero misterioso ed oscuro riguardante quelli che escono dalla loro disavventura tossicomantica.

Bisogna invece rilevare che le comunità sono un'integrazione di un progetto o di un processo terapeutico, importante e fondamentale in quanto commisurato alle esigenze della persona. Non vi sarebbe altrimenti questa curiosità statistica (che pur-

troppo è anche una verità negativa) di 1.276 comunità presenti sul territorio nazionale che, ospitando 23 mila soggetti, danno risposta, anche terapeutica, al 15 per cento del numero totale dei tossicodipendenti calcolato secondo i criteri indicati nella relazione del ministro.

La valutazione dell'importanza delle comunità terapeutiche non può prescindere da tutti gli altri aspetti di intervento che devono tener conto dei diversi itinerari dei tossicodipendenti e di quanti momenti di incontro e di confronto sia necessario attivare per demotivare con sempre maggiore sicurezza il ricorso all'uso delle droghe.

Bisogna cominciare con la prevenzione generica, globalmente indirizzata all'essere della persona, in quanto non si può certo fare prevenzione esclusivamente con riguardo alla tossicodipendenza: sarebbe come dare bacchettate sulle mani senza risolvere il problema. Mi riferisco ad un momento vissuto in grande solitudine dalle persone che cominciano questa esperienza; infatti, quasi sempre nella storia di un tossicodipendente questa solitudine viene consumata nello stesso modo.

Nonostante quanto è stato fatto, più o meno disordinatamente o in maniera qualificata, ogni volta che comincia una storia di tossicodipendenza essa si presenta come una storia nuova, nonostante sia la ripetizione quasi ossessiva degli stessi atteggiamenti e delle stesse condizioni di vita e, dopo, di sopravvivenza.

Usare parole come prevenzione, terapia, guarigione rispetto ad una storia di tossicodipendenza impone quindi di effettuare giorno dopo giorno una verifica di quanto queste parole si accostino al significato che la persona interessata dà loro. La prevenzione non è quella che l'operatore attua nei confronti del tossicodipendente ma è data dal quantitativo di beneficio terapeutico che dal comportamento dell'operatore ricade sul soggetto che ne è stato destinatario.

Questo discorso riguarda anche la convinzione — che anche io nutro — che la direzione di un servizio pubblico non debba essere esclusivamente appannaggio dei

medici, ma di persone qualificate e capaci di affrontare anche altri aspetti della questione droga.

Nelle vicende quotidiane di un tossicodipendente gli impatti sanitari sono numericamente molto ridotti. Si fa sempre riferimento alle crisi di astinenza, che rappresentano certamente una sindrome drammatica per il soggetto che vi incorre, ma posso dire che vedere una vera crisi di astinenza è estremamente difficile. Quasi sempre, infatti, il soggetto, ricorrendo anche a comportamenti antisociali o ai limiti della legalità, cerca di non andare in crisi di astinenza e quasi sempre vi riesce. Ritenere pertanto che i SERT debbano restare aperti 24 ore su 24 per affrontare le crisi di astinenza significa prefigurare un utilizzo improprio rispetto ad una corretta visione sanitaria del problema. I SERT devono invece restare aperti per l'intera giornata per dare risposte globali ed immediate, anche relativamente a fasi di crisi esistenziale, per offrire una risposta immediata laddove essa è necessaria.

Occorre a mio parere uno sforzo maggiore per trovare punti di incontro e di integrazione tra il sanitario e il sociale, senza incorrere nel frequente scadimento degli interventi per cui 1.200 progetti presentati per i tossicodipendenti si rivolgono alla fine (tra pubblico e privato) a circa 80 mila persone. Il numero dei tossicodipendenti è infatti molto più alto ed esistono dipendenze trasversali sia sotto il profilo delle sostanze consumate sia per quanto riguarda gli strati sociali coinvolti.

L'obiettivo fondamentale è oggi la creazione di una cultura terapeutica, che consenta di offrire, attraverso diversi passaggi nei luoghi di incontro e di maturazione delle esperienze giovanili, dalla famiglia alla scuola, al mondo del lavoro, alla aggregazione, una capacità sempre più forte di affrontare il problema delle droghe, non facendo leva sulla paura o sul terrorismo del passato e neanche ricorrendo alle facili liberalizzazioni di cui ogni tanto si parla.

Accettare esclusivamente quale possibile condotta terapeutica nei confronti del tossicodipendente la riduzione del danno rappresenta una mortificazione delle ca-

pacità di intervento dispiegabili, pur essendo necessaria e meritoria l'opera tendente a ridurre, attraverso programmi sperimentali ed altre scelte, i danni che questi soggetti subiscono.

Ogniquale volta accettiamo che il danno possa essere contenuto dobbiamo soprattutto accettare che esista il danno. Dobbiamo tentare di uscire dalla cultura della riparazione, cercando di fare prevenzione avvicinandoci al problema con la prudenza necessaria quando si trattano e si conoscono esperienze umane prima sconosciute. Se una storia di droga arriva in una famiglia, in un gruppo sociale o in una comunità, arriva qualcosa di cui tutti hanno forse sentito parlare ma non nel dovuto modo.

Faccio queste riflessioni per riconoscere la grande funzione delle comunità terapeutiche, ma anche per sottolineare la necessità di creare grandi occasioni di formazione e di scambio tra pubblico e privato, definendo una rete che impedisca il passaggio dei messaggi negativi dell'esperienza della droga. Vi è infatti il rischio reale che, ridotti come siamo dall'amarrezza degli insuccessi, si dimentichi molto spesso che il consumo di droga è un epifenomeno, è un sintomo e non una causa.

Se specialisti, se addetti ai lavori, se volontari possono dedicarsi all'attuazione di terapie di intervento per cambiare una storia di droga, tutti possono fare qualcosa per prevenirla, contribuendo ad una cultura terapeutica che non riduca il bisogno di droga ma se possibile lo cancelli o quanto meno lo contenga nei limiti di una esperienza affrontabile in termini molto più sostenibili.

Dobbiamo decidere come fare, ma dobbiamo fare in modo che il decreto-legge n. 82 del 1995 sia convertito in legge, esistendo l'assoluta necessità di finanziare le iniziative proposte. Alcuni progetti, signor ministro, sono peraltro datati, perché legati a momenti storici e di conoscenza del fenomeno ormai superati soprattutto grazie all'opera delle comunità terapeutiche.

PAOLO POLENTA. Signor ministro, anch'io la ringrazio per la sua interessante

relazione che ci fornisce elementi di giudizio da utilizzare nelle nostre discussioni, soprattutto nel momento in cui affrontiamo provvedimenti quale, per esempio, il decreto-legge a cui qui si è fatto riferimento e che purtroppo è nuovamente decaduto. Su questo fatto non può che esserci il rammarico, penso, di tutti perché effettivamente non si riesce a girare una pagina su queste vicende per poi affrontare il futuro.

Il mio intervento è finalizzato a richiedere, sempre che ciò sia possibile, altri dati oltre a quelli già contenuti nella relazione.

Dalla lettura della prima parte della relazione emerge un dato importante sul numero delle unità terapeutiche esistenti e sul grosso divario esistente tra le comunità, centri di accoglienza o altre strutture del nord e quelli del resto del paese. Trattandosi di strutture che nascono dal basso (come viene detto nella stessa relazione), che sono cioè frutto della soggettività sociale delle organizzazioni ed espressione dell'impegno civile, questo numero corrisponde effettivamente alla capacità di iniziativa e di impegno prodotti in questi anni in tale settore, nelle varie aree del paese.

Ai fini di una individuazione dei criteri più efficaci nella ripartizione dei fondi (anche se in parte si fa riferimento ad una ripartizione dei fondi in maniera percentualmente opposta tra il nord e il sud del paese per il finanziamento dei vari programmi), sarebbe interessante conoscere il dato, che penso sia già in possesso del ministro, riguardante l'accesso dei soggetti tossicodipendenti a queste strutture. Mi consta, infatti, in base alla mia pur breve esperienza, che l'accesso dei tossicodipendenti generalmente non avviene presso strutture presenti nella propria regione, o per lo meno questo non sempre avviene. Anzi, molto spesso c'è un interscambio di soggetti tra strutture di diverse regioni. La conoscenza del numero delle strutture non ci consente di avere un quadro completo sulle presenze dei soggetti in cura presso queste comunità, nel territorio nazionale. Sarebbe quindi interessante conoscere ol-

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 14)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 MAGGIO 1995

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento della Camera)***AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, PROFESSOR ELIO GUZZANTI, SULL'ATTUAZIONE DELLA RISOLUZIONE TANZARELLA N. 7-00149 RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE N. 210 DEL 1992****PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sull'attuazione della risoluzione Tanzarella n. 7-00149 relativa all'applicazione della legge n. 210 del 1992:		Condorelli Mario, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	251, 255, 256
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i> .	251, 254, 255, 256	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	253
Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale)	253	Tanzarella Sergio (gruppo progressisti-federativo)	253, 255
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	254	Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	255, 256

che attualmente costituiscono il punto d'incontro tra gli ammalati e l'istituzione; purtroppo vi sono moltissimi casi come quello che ho citato.

Chiedo quindi se non sia anche il caso di perseguire nei modi opportuni chi firma referti di questo genere, perché si tratta non solo di irresponsabili ma — mi si consenta — anche di incompetenti manifesti.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Nell'associarmi a molte delle considerazioni finora svolte, vorrei soltanto richiamare l'attenzione, nonostante i grandi miglioramenti che il sottosegretario ci presentava, sull'opportunità di seguire un criterio diverso nella valutazione del risarcimento, stabilendo una coraggiosa priorità tra le complicanze alle quali i pazienti possono andare incontro, a seconda che si tratti di infezione virale o di complicanza da vaccinazione, anche se sempre legata a infezioni virali.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, trattandosi di malattia oggi incurabile, la prognosi è comunque infausta e i tempi di vita estremamente ridotti. Nel caso invece delle infezioni con complicanze di cirrosi epatica, vi è la possibilità di un decorso più lungo nel tempo. Per quanto riguarda le complicanze delle vaccinazioni, queste sono immediate se di tipo anafilattico o più attenuate se la manifestazione è successiva.

Credo allora che la stessa commissione non possa essere coinvolta nell'ambito dello stesso sistema di valutazione del danno mettendo questi casi uno dietro l'altro con riferimento, per esempio, all'ordine cronologico di arrivo delle richieste e non invece ad una cronologia, a mio avviso fondamentale, basata sulla gravità della malattia.

Non intendo certamente essere io a stabilire quali siano le malattie da esaminare prima, ma ritengo che, essendo il risarcimento una risposta collettiva al danno provocato da una situazione non controllata, la priorità dovrebbe essere stabilita in rapporto ai tempi di vita che la malattia presumibilmente lascia al paziente. Credo quindi che le infezioni da

HIV, comunque determinate, debbano avere assolutamente la precedenza: occorre cioè prevedere un ordine di esame delle richieste legato ai tempi di vita che le malattie lasciano presumere e non al momento di arrivo delle domande; infatti, se queste saranno, per esempio, 10 mila, le ultime riceveranno un risarcimento dopo dieci anni, quando non ci saranno più non solo i pazienti interessati ma forse neppure gli eredi.

Ritengo pertanto che si debba analizzare la possibilità (su quest'aspetto il ministero potrà esprimere un parere certamente qualificato) di legare la valutazione del danno ed il conseguente risarcimento ai tempi di vita prevedibili a seguito dell'infezione che viene presa in esame.

PRESIDENTE. Ritengo che, al di là dei dati preziosi che ci sono stati forniti, sia emersa l'incompetenza, più che la competenza, nell'ambito di un passaggio determinante. Quanto ai dati riferiti dall'onorevole Tanzarella, ho avuto notizia di un caso analogo in cui, per la valutazione dello stato di salute, si è chiesto al paziente in quale modo fosse arrivato: avendo questi risposto di essere giunto in treno e da solo, gli è stato diagnosticato che stava bene! Credo che a questo punto si cada proprio nel ridicolo...

Possiamo comunque accelerare le procedure, ma se l'apparato burocratico e le commissioni medico-ospedaliere sono di questo livello, mi sembra improponibile pensare di fare qualunque altra cosa.

Propongo, pertanto, alla Commissione di svolgere un'indagine conoscitiva sul modo di operare di queste commissioni mediche, chiamando in questa sede loro rappresentanti (questo è possibile, anche se si tratta di personale militare) per avere una relazione sulla loro attività e sui metodi che utilizzano per la valutazione dei casi loro sottoposti. Infatti, se il cumulo delle due indennità fosse assicurato, anche solo affidandosi alla matematica (ma credo che non sia il caso di farlo), i risultati sarebbero diversi. Si tratta comunque di fatti di una gravità incredibile.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 15)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 21 GIUGNO 1995

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

**AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, PROFESSOR ELIO GUZZANTI,
SULLE QUESTIONI RELATIVE ALLA SICUREZZA DELLE TRASFUSIONI
NONCHÈ ALLA PRODUZIONE E ALLA IMPORTAZIONE DI SANGUE E DI PRODOTTI EMOderivATI**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **VASCO GIANNOTTI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sulle questioni relative alla sicurezza delle trasfusioni nonché alla produzione e alla importazione di sangue e di prodotti emoderivati:		Ceresa Roberto (gruppo lega nord)	264
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	259, 279	Colombini Edro (gruppo forza Italia)	271
	281, 287, 288	Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale)	276
Giannotti Vasco, <i>Presidente</i>	268, 269	Cornacchione Milella Magda (gruppo progressisti-federativo)	272
Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia)	267	Dallara Giuseppe (gruppo FLD)	267, 268, 269
Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale)	269	Devetag Flavio (gruppo LIF)	269
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	274	Giannotti Vasco (gruppo progressisti-federativo)	275
Carlesimo Onorio (gruppo forza Italia)	276	Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale)	279, 283
Castellaneta Sergio (gruppo misto)	270	Guidi Antonio (gruppo forza Italia)	272
		Guzzanti Elio, <i>Ministro della sanità</i> ..	259, 262
			281, 283, 286, 287

municazione di massa — un'euforia funebre — fu smaltita e si poté ragionare con magistrati di tribunali dei minorenni italiani e con persone che si occupano di infanzia anche a livello internazionale, si parlò di un cono d'ombra che potrebbe — come io denunciavi — nascondere fatti che non vogliamo assolutamente avvengano. La soluzione, insisto, non sta nella denuncia singola (perché forse come parlamentari non siamo in grado di farla), ma nell'operare insieme a lei, signor ministro, per elevare al massimo i controlli, affinché, se alcuni fatti ancora non sono avvenuti, a maggior ragione non possano avvenire in futuro.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Già in una precedente seduta abbiamo affrontato i temi oggi in discussione, quindi mi limiterò a svolgere qualche riflessione, dopo aver espresso a mia volta un ringraziamento al ministro per le cose che ci ha detto, le quali d'altronde non costituiscono per me una sorpresa, in quanto lo conosco come persona seria, da cui ci si deve aspettare questo ed anche qualcosa di più.

Vi è però una curiosa considerazione da fare: il dato riportatoci dal ministro in merito al numero delle donazioni (che sembrano tantissime, perché arrivano fino a 2 milioni 400 mila i preparati derivati dal sangue raccolto) potrebbe essere enormemente superiore se tutti noi donassimo il sangue almeno una volta nella nostra vita. Il sangue cui si riferiscono i dati citati dal ministro, infatti, è quello raccolto dai donatori abituali, che sono quasi sempre gli stessi, ossia quelle centinaia di migliaia di persone che in Italia fanno parte di qualche organizzazione di raccolta di sangue. Costoro vengono costretti dal resto della popolazione italiana — ossia gli altri 46 milioni — ad una vita morigerata, senza alcuna fuga né nel sogno né nell'irrealtà, in quanto debbono essere sempre disponibili a dare il sangue per coloro che ne hanno bisogno. Desidero quindi manifestare, naturalmente, enorme gratitudine nei confronti delle persone che hanno avviato simili iniziative di solidarietà, ma ri-

tengo che sia necessario fare qualcosa per incentivarle. Anch'io penso che le campagne di sensibilizzazione non servano a molto, perché il nostro è un popolo portato piuttosto a lasciarsi suggestionare da episodi concreti: basti pensare all'aumento che, nel meridione, il caso di Nicholas Green ha determinato nella donazione di sangue e nell'iscrizione alla donazione di organi. Vi sono, quindi, situazioni sciagurate dalle quali scaturisce qualche risultato positivo. Ritengo, però, che potremmo compiere notevoli passi avanti se riuscissimo a collegare la donazione di sangue con l'evento per il quale il sangue è necessario, favorendo notevolmente l'autodonazione, la donazione di sangue ai propri congiunti ed anche — anzi, soprattutto — la donazione mirata, che a mio avviso è fondamentale. Personalmente ricordo, per esempio, di aver iniziato a donare il sangue nel 1958, perché serviva ad un mio amico che doveva subire un intervento. Io ho poi continuato tale impegno, ma ritengo che sarebbe già molto se ognuno donasse il sangue anche una sola volta nella vita, in favore di un amico. La donazione mirata, l'autodonazione e lo scambio di sangue tra congiunti — ovviamente, quando sia compatibile — potrebbero senz'altro portare, ripeto, a risultati notevolmente migliori di quelli indicati dal ministro.

È inoltre necessario saper controllare l'abuso che spesso viene compiuto della trasfusione, nonché il cattivo uso che si fa del sangue residuo. Il ministro ha citato chiaramente il fatto che il sangue non viene restituito al centro trasfusionale, neppure quando non sia stato nemmeno toccato, il che significa che viene buttato via perché non si vuole ammettere di averlo richiesto senza che ve ne fosse bisogno. Esistono, insomma, sistemi che consentirebbero di aumentare notevolmente la raccolta. Solo per curiosità, per esempio, vorrei sapere quanti di noi che ci stiamo occupando della materia abbiano mai donato sangue.

Per quanto riguarda le strutture, ritengo che non solo debbano essere effettuati controlli straordinari sui centri tra-

sfusionali, ma si debba anche creare intorno ad essi un clima di gratificazione: quelli dell'AVIS, prima ancora che centri trasfusionali, sono splendidi luoghi di riunione, con sedi bellissime in cui si gioca a bocce, si organizzano attività ricreative e, tra l'altro, si dona il sangue. Si tratta quindi di una forma di autogratificazione che dovrebbe essere incentivata: anziché stampare manifesti, si potrebbero organizzare luoghi in cui le persone si riuniscano e, imparando a stare bene insieme, comprendano anche che è necessario donare il sangue.

VASCO GIANNOTTI. Desidero innanzitutto rivolgere un ringraziamento non formale al ministro.

Anche con riferimento alla mia interrogazione mi limiterò soltanto a porre alcune domande sulla scia di questioni che la nostra Commissione ha sollevato all'unanimità in occasione dell'approvazione della nota risoluzione.

Lei sa bene quanto noi, signor ministro (lo abbiamo scoperto anche leggendo la cronaca giudiziaria di questi giorni), che vi è un certo numero di donatori che non passano attraverso i controlli del servizio sanitario nazionale. In tal modo si viola la legge, ma la responsabilità non è certo dei donatori. Ciò crea un problema di sicurezza, nel senso che vi è una parte — magari piccola — dell'esercito dei donatori che, a rischio della salute propria, innanzitutto, e di quella di quanti potranno usufruire della donazione, non è stata sottoposta ai necessari controlli. Non pensa lei, signor ministro — questo per altro è un punto sollevato anche nella risoluzione — che sarebbe necessario che in una qualche forma — non so indicarle quale — i servizi sanitari nazionali si mettessero a disposizione di quei donatori, per sottoporli ai controlli ai quali fino ad oggi non sono stati sottoposti, elevando in questo modo la soglia della sicurezza?

Lei si è giustamente soffermato sul tema dei controlli, poi ripreso da molti colleghi. Al riguardo voglio sollevare alcune questioni. Mi risulta — non ne ho però avuto visione — che sia stata appro-

vata o che sia in via di approvazione una normativa europea che omogeneizza la materia dei controlli, imponendo o suggerendo anche il controllo lotto per lotto e superando dunque quello fatto in base alla certificazione. Chiedo se sia vero e se, eventualmente, il ministero pensi di adeguarsi con celerità a tale normativa, che mi sembrerebbe sicuramente alzare la soglia di sicurezza.

Alcuni colleghi — ultimo l'onorevole Castellaneta — hanno sollevato il problema delle strutture. Insisto anch'io: molto spesso i centri regionali di coordinamento, soprattutto in alcune regioni e soprattutto al sud, sono carenti di strutture, di personale e di finanziamenti. Non solo, ma anche la struttura di coordinamento generale prevista dall'Istituto superiore di sanità mi risulta non abbia gli strumenti, i fondi, le dotazioni per poter esercitare a pieno le proprie competenze.

So molto bene che, purtroppo, si devono fare i conti con una dotazione del fondo sanitario nazionale estremamente contenuta, ma domando a me stesso e a lei: se vogliamo essere coerenti con quanto abbiamo appena detto, questo non è uno di quei settori strategici, anche dal punto di vista della sicurezza, che consiglierebbero una forma di finanziamento mirato? Non pensa, signor ministro — tra poco approveremo la finanziaria — che magari sarà necessario, nel quadro degli investimenti per la sanità, se tutto il ragionamento che abbiamo fatto ha un senso, prevedere i finanziamenti necessari e sufficienti perché a livello regionale si possano dotare i centri di coordinamento delle strutture e delle risorse umane e finanziarie necessarie perché sia garantita la funzione di controllo?

Non so se sbaglio, ma ho avuto l'impressione che presso il suo ministero — non certo per responsabilità sua — forse su questa materia le competenze sono esageratamente frastagliate. Ai fini di una maggiore trasparenza e di un migliore coordinamento, non sarebbe possibile — ed io dico, anzitutto, necessaria — una maggiore trasparenza sia nell'Istituto superiore di sanità sia in sede ministeriale,

(...)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 13 LUGLIO 1995

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE VASCO GIANNOTTI

La seduta comincia alle 15,05.

Audizione del professor Giuseppe Vicari, direttore generale dell'Istituto superiore di sanità.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 4 maggio 1990, n. 107, l'audizione del professor Giuseppe Vicari, direttore generale dell'Istituto superiore di sanità.

Voglio anzitutto ringraziare sentitamente, anche a nome dei membri della Commissione, il professor Vicari, accompagnato dalla dottoressa Orlando e dal professor Gentili, la cui disponibilità ci consente di iniziare l'indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 4 maggio 1990, n. 107.

Ricordo che nella Commissione affari sociali, dopo una approfondita discussione alla presenza del ministro, è stata approvata una risoluzione sulla vicenda sangue, plasma ed emoderivati, anche in conseguenza dei fatti avvenuti, i quali hanno comportato l'intervento della magistratura. Scopo della risoluzione approvata era, fondamentalmente, quello di richiamare l'attenzione del Governo su alcuni atti da compiere in attesa di predisporre materiale e di acquisire conoscenze sufficienti per addivenire ad una proposta di modifica della legge n. 107 del 1990. La Camera dei Deputati e la Commissione affari sociali si sono cioè preoccupati di chiedere al Governo di intervenire immediatamente per i compiti che può esercitare nelle sue funzioni, anche perché il ministro aveva confermato alla Commissione di essere in sintonia con le sue richieste.

Trattandosi di una materia molto delicata, abbiamo ritenuto utile un'indagine conoscitiva, da concludere entro un periodo di tempo molto limitato, per acquisire documenti, contributi, elementi di conoscenza propedeutici ad una proposta di modifica della legge n. 107 da parte della Commissione, la quale ritiene che, pur mantenendo fermi i capisaldi della legge, essa debba essere interamente applicata o eventualmente modificata in rapporto alle evoluzioni e ai fatti nuovi intercorsi dalla data della sua approvazione.

Premesso che intendiamo concludere l'indagine conoscitiva entro settembre, perché la volontà politica della Commissione è di addivenire ad una modifica della legge n. 107 nel corso di questa legislatura, abbiamo ritenuto che il modo migliore per iniziare questa indagine conoscitiva fosse quello di ascoltare i dirigenti dell'Istituto superiore di sanità. Sappiamo bene che le competenze dell'istituto previste dalla legge n. 107 sono molto delicate ed importanti.

La prima domanda che rivolgo ai nostri ospiti è sapere se e come l'Istituto abbia potuto operare nell'ambito delle competenze che la legge gli ha delegato, se cioè si siano incontrate difficoltà ad assumere le funzioni ed il ruolo previsti dalla legge. Vorrei sapere, inoltre, che cosa è consigliabile innovare nel testo della legge dal punto di vista delle competenze da attribuire all'Istituto, tenendo conto delle esperienze finora maturate.

Sappiamo che l'Istituto è chiamato a svolgere anche un'attività di controllo, problema di cui si sta discutendo non soltanto in Italia. In questa materia sarebbe utile acquisire sia le valutazioni elaborate dall'Istituto, sia conoscere le iniziative che

(...)

curezza evitando le condizioni di affollamento e di spezzettamento che si verificano nel fabbricato in cui operiamo attualmente.

ROBERTO CERESA. Vorrei brevemente tornare sul punto centrale relativo alla produzione, al controllo e alla verifica degli emoderivati. Correggetemi se sbaglio: l'Italia è pesantemente dipendente dall'estero per quanto riguarda gli emoderivati; siamo ad una percentuale di 70 a 30. Ci siamo trovati anche in condizioni drammatiche (ricordo i tempi della guerra del Golfo, quando era praticamente impossibile trovare l'albumina).

Partendo dal presupposto che la legge n. 107 è forse la migliore a livello europeo (ciò è dimostrato dal fatto che l'incidenza di infezioni riconducibili ad emoderivati è decisamente più bassa rispetto alla media europea), il concetto di fondo di portare l'Italia all'autosufficienza della produzione di emoderivati, effettuata sul territorio nazionale, è fondamentale, condiviso da tutti i membri della Commissione. A questo punto nasce però un problema, a metà strada tra il problema tecnico, quello politico e quello industriale: dal 1990 ad oggi non mi risulta che società estere abbiano avvertito la necessità di venire a produrre emoderivati in Italia, anche perché — facendo gli opportuni conti — essere in linea con i regolamenti e le verifiche sul territorio italiano avrebbe dei costi decisamente alti; è molto meglio, per una società che opera all'estero, autocertificarsi, come oggi avviene, ed avere costi di produzione decisamente inferiori, smerciando un prodotto sulla cui sicurezza si può teoricamente discutere e che comunque non ha passato tutti i vagli indispensabili al prodotto stesso.

Dato per scontato che siamo tutti d'accordo — almeno penso — di arrivare all'autosufficienza per quanto riguarda gli emoderivati, mi chiedo se sia un obiettivo raggiungibile nel giro di quattro o cinque anni, considerando i trend per la raccolta di plasma per l'industria. Abbiamo dati che oggi ci posizionano *grosso modo* a poco meno di metà strada. In sostanza, si

dovrebbe arrivare ad una produzione di emoderivati sul territorio nazionale, secondo specifiche italiane, con cicli di produzione di tutti gli emoderivati all'interno dello stesso stabilimento, al fine di consentire verifiche e controlli. Partendo da questo presupposto, il livello di sicurezza, che attualmente in Italia è già decisamente alto, comporterebbe dei miglioramenti o quanto meno delle ulteriori garanzie? È questa la linea giusta di tendenza, considerato che da quanto mi risulta la legge n. 107 è stata presa a modello anche da altri paesi?

ONORIO CARLESIMO. Appartenendo alla stessa « parrocchia » ho il vantaggio di conoscere bene il professor Vicari e la sua *équipe*; non rivolgo quindi domande tecniche, ma chiedo quale sia effettivamente lo stato di informatizzazione dell'Istituto per quanto riguarda il servizio per i centri di coordinamento regionali. Credo sia un elemento molto importante per economizzare su uomini, personale e mezzi. Se vi trovate in difficoltà, potreste fare questa richiesta, che potrebbe collegarsi all'altra richiesta di utilizzazione e di economia della vostra attività.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Innanzi tutto vorrei ringraziare il professor Vicari ed i suoi collaboratori che finalmente sono riusciti a rispondere ad un quesito posto in ogni audizione, che cioè è possibile fare una diagnosi di infezione virale del sangue e dei suoi derivati, anche nel cosiddetto periodo finestra, se si va alla ricerca dell'antigene e non degli anticorpi. È un procedimento molto costoso che, anche se non dà risultati validi al cento per cento, contribuisce ad abbattere in misura notevole il rischio di infezione.

Osservando i dati che sono stati forniti, mi pongo la seguente domanda: se 1 milione 800 mila donatori riescono a produrre 2 milioni e mezzo di sacche di sangue (tra emoderivati e sangue fresco), non sarebbe il caso di organizzare meglio, anche sotto il profilo legislativo, la raccolta del sangue, magari arrivando ai limiti dell'obbligatorietà? Se in Italia ciascun citta-

dino donasse una sola volta nella vita il proprio sangue, si arriverebbe a livelli soddisfacenti dal punto di vista sia del sangue fresco sia degli emoderivati. Non va dimenticato che i 2 milioni e mezzo di sacche di sangue vengono raccolti con le frequenti donazioni di persone generose e buone che più volte nella loro vita donano il sangue con scadenze trimestrali o quadrimestrali. Ho avuto più volte occasione di partecipare a riunioni organizzate dall'AVIS nelle quali vengono premiati coloro i quali hanno donato il sangue 50 o 100 volte. Tutto ciò è encomiabile dal punto di vista della solidarietà sociale, ma per quanto riguarda il resto della popolazione, mi sembra che l'egoismo diffuso imponga a queste persone una specie di sacrificio permanente, consistente nella donazione, mentre nei confronti degli altri non si può fare nulla. Intendo dire che, a differenza degli altri cittadini, i donatori di sangue devono cercare, per quanto possibile, di rimanere in buona salute rispettando alcune regole di vita perché, se si ammalano, non possono più donare il sangue.

Domando dunque se sia possibile, anche sotto il profilo di un coordinamento europeo, valutare la possibilità di una donazione favorita con ogni mezzo - non dico obbligatoria - da parte di ogni cittadino, per esempio in occasione della visita di leva. Un'ipotesi del genere potrebbe garantire entro certi limiti e con un ampio margine di sicurezza una determinata quantità di prodotto alla quale potrebbero aggiungersi l'autodonazione - pratica che dovrebbe essere ulteriormente incentivata - la donazione mirata (che si verifica quando qualcuno dona il sangue per i propri parenti o amici) e la donazione fra parenti (quando vi sia compatibilità). Infatti oggi chi vuole donare il sangue deve recarsi al centro trasfusionale e non può farlo in riferimento ad una determinata persona. È evidente che, grazie a quello che possiamo chiamare un ricatto degli affetti, un'ipotesi del genere garantirebbe comunque una certa quantità di prodotto.

Infine vorrei sapere se relativamente alla ricerca vi sia un coordinamento a livello europeo, se cioè sia possibile immagi-

nare un Istituto superiore di sanità collegato ad altri istituti analoghi europei allo scopo di predisporre piani di ricerca che consentano, in un'economia generale, di ottenere maggiori risultati.

PRESIDENTE. Dottor Vicari, nel rispondere ai primi quesiti che le sono stati rivolti, la invito ad anticipare un'informazione sulla plasmateresi.

GIUSEPPE VICARI, Direttore generale dell'Istituto superiore di sanità. Per quanto riguarda l'autosufficienza, è un fatto di civiltà più che di sicurezza. È chiaro che si può fare di più. Se analizziamo i dati, notiamo che 1 milione 800 mila donatori hanno dato circa 2 milioni e mezzo di sacche di sangue, il che significa che un donatore in media dona due volte l'anno, cioè in misura inferiore rispetto alla media europea. Quindi un primo intervento può essere fatto nei confronti delle associazioni dei donatori attuando un'azione di promozione. La legge n. 107 del 1990 aveva stanziato fondi che credo non siano mai stati utilizzati e che potrebbero essere usati per attuare campagne di informazione e di promozione per la raccolta del sangue.

Concordo con l'onorevole Caccavari sul fatto che tutti dovremmo donare il sangue, ma se mi metto nei panni del medico e dell'analista, di laboratorio dico che ciò non è possibile perché abbiamo bisogno di donatori periodici controllati, che non siano a rischio. Oggi ad essere sospetto è il donatore occasionale che può essere anche nostro figlio, perché da quando siamo passati da una civiltà senza droga ad una civiltà con la droga, purtroppo il sieropositivo può essere dappertutto, in qualsiasi gruppo sociale, a qualsiasi livello. Nostro figlio non ci dirà mai se ha comportamenti a rischio o potrebbe anche dircelo, ma questi sono i problemi che abbiamo di fronte. Anche le vecchie campagne di promozione che venivano fatte con l'autoemoteca posteggiata davanti alla stazione non vengono più portate avanti perché la raccolta occasionale può essere pericolosissima. Idealmente, dunque, sono dalla sua parte, ma sul piano pratico dobbiamo

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 16)

SEDUTA DI MARTEDÌ 3 OTTOBRE 1995

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)***AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, PROFESSOR ELIO GUZZANTI,
SUL METODO UROD E SULLA SPRIMENTAZIONE DELL'UK 101****PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sul metodo UROD e sulla sperimentazione dell'UK 101:		Devetag Flavio (gruppo FLD)	299
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	290, 292, 294 297, 304, 308	Gambale Giuseppe (gruppo progressisti-federativo)	296, 305
Barbieri Giuseppe (gruppo alleanza nazionale)	303	Giacco Luigi (gruppo progressisti-federativo)	301
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	301	Guzzanti Elio, <i>Ministro della sanità</i>	290 292, 304, 305
Castellaneta Sergio (gruppo misto)	298	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	292, 297
Colombini Edro (gruppo forza Italia)	302	Provera Fiorello (gruppo lega nord)	303
Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) .	296	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	294
Dallara Giuseppe (gruppo FLD)	300		

« La società non si è mai specificatamente distinta nel campo scientifico. Ha invece fatto parlare di sé in quello giudiziario: il 4 dicembre 1992 tutto il consiglio di amministrazione, fra cui l'attuale presidente Rolando Santi Zoppi, è stato condannato in primo grado dalla pretura di Milano per furto e rivelazione di segreto industriale, in parole povere per spionaggio. I quattro dirigenti condannati (Paladino, che adesso presiede la Zanoni, ad un anno e dieci mesi; gli altri tre ad un anno e sei mesi) sono stati ritenuti colpevoli di aver sottratto alla Farmitalia i ceppi di coltura e i microorganismi della doxorubicina, un farmaco antitumorale considerato all'epoca dei fatti, ottobre 1987... ». Infine, così conclude l'articolista: « E non è tutto. Il presidente Santi Zoppi è stato protagonista di un'altra disavventura giudiziaria. Nel febbraio 1979 venne condannato a cinque anni di reclusione dalla corte delle assise criminali di Lugano, in Svizzera, per il dissesto della banca Weisscredit. Zoppi venne riconosciuto colpevole, si legge sul *Corriere del Ticino* del 28 febbraio 1979, 'di truffa aggravata perché commessa per mestiere, amministrazione infedele perché commessa a fine di lucro, violazione alla legge federale sulle banche e all'ordinanza del Consiglio federale che limita l'afflusso di capitali stranieri' ».

Ebbene, conosciamo l'azienda a cui si sta chiedendo la documentazione? Siamo sicuri e tranquilli su quello che si vorrebbe fare, oppure vogliamo mettere un fermo a questa situazione? Ci sarebbe ancora altro da dire ma non lo farò per ragioni di tempo.

LUIGI GIACCO. Mi limiterò a fare alcune considerazioni di carattere socio-psicologico.

Per quanto riguarda l'UK 101, penso che soprattutto le persone che si trovano in una particolare situazione psicologica, diciamo da ultima spiaggia, emotivamente siano disposte a tutto. In Italia, questa situazione si verifica con una certa ciclicità. Si pensi alle « cellule vive » del dottor Kruger degli anni sessanta-settanta; si pensi ai guaritori filippini, e via dicendo. È quindi

chiaro che quando una persona si ritrova in particolari condizioni, è disposta, anche di fronte a situazioni non estremamente adeguate e funzionali dal punto di vista clinico, a sottoporsi a queste terapie. Dunque, a mio avviso, deve essere fatta la massima attenzione per non ingenerare nella popolazione aspettative che poi non possono essere soddisfatte.

Per quanto riguarda invece il protocollo UROD, penso che esso sia positivo solo per la prima parte, nel senso che si deve mettere il soggetto interessato nella condizione di poter collaborare ad una terapia di recupero dal punto di vista socio-psicologico. In altre parole, se il soggetto vive in una situazione di estrema difficoltà in cui non può essere, diciamo così, « libero » di poter collaborare, è allora importante poter creare le condizioni perché questi possa collaborare ad un'azione di recupero più globale che investe l'aspetto medico-clinico ma che ha soprattutto un valore psicopedagogico.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Alcune delle domande che volevo rivolgere al ministro sono già state formulate dai colleghi; pertanto mi limiterò ad ascoltare le risposte che spero chiariscano alcuni miei dubbi. Probabilmente l'equivoco è nato dal fatto che il ministro ha usato i termini « utilizzazione » e « sperimentazione »; personalmente non ho capito — forse i colleghi lo hanno intuito — se in questo momento per entrambi i sistemi è in atto la fase di utilizzazione o quella di sperimentazione.

Per quanto riguarda la sperimentazione dell'UK 101 è più facile riconoscere i limiti e l'efficacia del farmaco, mentre per il metodo UROD bisogna evitare di arrivare a questo tipo di conclusione e ritenere che esso possa dare risposte definitive per il fatto che i medicinali utilizzati sono in definitiva un *cocktail* di farmaci già noti e variamente sperimentati nel passato in associazione o in combinazioni diverse.

Con riferimento all'UK 101 condivido alcune delle perplessità manifestate; tuttavia se con tale metodo si dovessero otte-

nere risultati positivi essi non dovrebbero essere estesi al metodo UROD, perché la pratica di disintossicazione è così ricca di dati ed esperienze che ci consentono di dichiarare con sicurezza che è possibile ottenere la rimozione dagli oppiacei. La cosiddetta disintossicazione fisica non si accompagna quasi mai con il distacco completo dalle droghe. Ritengo che in questo caso la sperimentazione non dovrebbe essere utilizzata per conferire al metodo la dignità di trattamento efficace, che peraltro è fuori discussione. Diversa è la situazione per l'UK 101, perché i malati terminali o affetti da neoplasie vedono in tale farmaco un'ancora di salvezza e quindi su di esso deve essere posta un'attenzione grandissima per non creare illusioni.

Anche per i tossicodipendenti bisogna evitare in ogni caso di alimentare una speranza, perché comunque la disintossicazione fisica è un risultato già raggiunto, anche in maniera indolore. In pratica, il metodo prevede il ricorso all'anestesia generale, ma il risultato non deve essere il distacco del tossicodipendente dal consumo della droga, ma evitarne la ricaduta. Tutti i metodi finora sperimentati — tranne quelli in cui si è avuto successo — hanno dimostrato che la recidiva è sempre possibile. In passato infatti sono già stati sperimentati l'agopuntura, altre terapie e farmaci, i quali immediatamente possono dare la sensazione di aver conseguito un successo, perché viene abbandonato l'uso delle sostanze, ma successivamente non riescono ad impedire la recidiva.

Vorrei sapere dal ministro chi sosterrà i costi della sperimentazione, nel caso in cui risultasse che l'UK 101 non è efficace. Anche nell'ipotesi in cui si dimostrerà che il metodo UROD non è valido, o comunque che non può essere elevato alla dignità di metodo specifico per le ragioni che ho illustrato prima, mi chiedo chi provvederà a risarcire le persone che sono state coinvolte nel trattamento.

Mi rendo conto che se in Italia prestassimo più attenzione — spero che quanto accaduto ultimamente ci serva da lezione — ai problemi della ricerca potremmo ottenere risultati più vicini alla nostra cul-

tura ed al nostro modo di vivere. Non dando la giusta importanza alla scienza ed alla cultura favoriamo l'emigrazione di grandi personalità italiane che si trasferiscono all'estero, contribuendo alla fortuna degli altri paesi; di conseguenza in Italia restano maghi e simili che illudono le persone, rinnovando una sofferenza senza speranza.

EDRO COLOMBINI. Spero che il ministro possa darmi chiarimenti rispetto ad un problema sorto in corrispondenza della denuncia di trattamento con il metodo UROD. In un ospedale pubblico torinese è in utilizzo un protocollo di astinenza pilotata che prevede esclusivamente la gestione della sindrome di astinenza da agonisti morfinosimili finalizzata all'assunzione dei naltrexone e la preparazione all'assunzione di tale prodotto a scopo preventivo per la somministrazione di oppiacei. Il metodo, in base alle mie attuali conoscenze, ma esistono pubblicazioni al riguardo, non prevede l'utilizzo di farmaci per finalità differenti da quelle denunciate. Il metodo ha alcune garanzie e non è stato pubblicizzato dalla stampa o da altri mezzi come una panacea contro l'assuefazione alla droga.

I pazienti sono sottoposti ad una somministrazione terapeutica sintomatica con tranquillanti (clordimetidiazepam o diazepam) per controllare l'eventuale stato di ansia o agitazione psicomotoria e con clonidina per controllare l'eventuale iperattivazione del sistema adrenergico, fenomeni legati alla sospensione forzata dall'assunzione d'oppiacei. In questo periodo viene seguita un'idratazione *per os* (acqua, succhi di frutta, eccetera) e tutti i farmaci vengono somministrati esclusivamente per via enterale. Tale metodo non richiede un aumento di spese particolari o il ricovero in centri di terapia intensiva.

Allo scadere di un certo periodo di tempo i pazienti sottoposti al test con naloxone, una tappa obbligata che precede l'assunzione di naltrexone; prima della sua somministrazione, sempre *per os*, viene controllata la terapia conseguente alla somministrazione del farmaco. Il paziente

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 2)

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 NOVEMBRE 1995

*(Ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento della Camera)*AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO
AI FINI DELL'ESAME PRELIMINARE DEL BILANCIO A LEGISLAZIONE VIGENTE

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE VASCO GIANNOTTI

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione di rappresentanti della Ragioneria generale dello Stato:		La Cerra Pasquale (gruppo progressisti-federativo)	35, 36
Giannotti Vasco, <i>Presidente</i>	21, 22, 23 24, 29, 30, 32, 34, 38	Lumia Giuseppe (gruppo progressisti-federativo)	23, 28
Blanco Angelo (gruppo alleanza nazionale)	33	Massida Piergiorgio (gruppo forza Italia) ..	31 32, 33
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	31	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	25, 26, 37
Carabotta Emanuele, <i>Primo dirigente della Ragioneria generale dello Stato</i>	29, 30, 33	Monorchio Andrea, <i>Ragioniere generale dello Stato</i>	21, 22, 23, 24, 26, 32, 35, 37, 38
De Leo Bruno, <i>Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato</i>	26, 29, 30 31, 33, 34, 37, 38	Perinei Fabio (gruppo progressisti-federativo)	24, 35, 38
		ALLEGATO	39

— e non discutere soltanto sul totale delle risorse, perché il vero problema è la loro distribuzione. Ad un certo punto bisognerà farsi carico della decisione, che non può che essere politica, di come ripartire le risorse nel paese. In alcune regioni le differenze di finanziamento, come risulta dalle tabelle sulla giacenza di mezzi finanziari, sono consistenti, in altre, sono fisiologiche. È evidente che qualsiasi ragioniere accantona gli stipendi per il personale. Ritengo quindi che il problema sia quello di effettuare un monitoraggio territoriale.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Mi vorrei soffermare su due aspetti particolari. Il primo riguarda l'edilizia sanitaria in merito alla quale desidererei sapere su quale bilancio viene imputata. Il secondo aspetto attiene alla affermazione circa la vostra disponibilità ad erogare somme alle quali le regioni non hanno avuto un tempestivo accesso.

Recentemente ho partecipato ad un convegno sul contenimento e sulla razionalizzazione della spesa sanitaria in Sardegna, durante il quale alcune carenze venivano addossate al bilancio dello Stato. Per tale motivo vorrei un chiarimento sulla tabella riguardante i mutui 1992. Per la Sardegna le autorizzazioni concesse ammontano a 160 miliardi. Sono stati versati mutui per 160 miliardi e ne sono stati prelevati per 153 miliardi. Quale tipo di lettura devo dare di questa tabella?

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. La regione fa il mutuo e la banca lo eroga totalmente. Il mutuo va a finire in un conto corrente di tesoreria, presso di noi, con la intestazione: « regione Sardegna ». La regione Sardegna ha ritirato 153 miliardi rispetto ai 160 previsti, ovvero 7 miliardi in meno.

PIERGIORGIO MASSIDDA. La Calabria, per la quale le autorizzazioni concesse erano per 210 miliardi...

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato.

La Calabria non ha prelevato nemmeno un centesimo!

PIERGIORGIO MASSIDDA. Quindi, se ho ben capito, nella casella « mutui prelevati » viene riportata la cifra erogata totalmente alla regione?

BRUNO DE LEO, Ispettore generale capo della Ragioneria generale dello Stato. È un po' come avviene con il conto corrente postale. In esso è riportata una certa somma alla quale si può attingere liberamente.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Scoprire che nell'ambito della sanità vi sono delle risorse, ed anche di notevole consistenza, non utilizzate fa venire dei grossi dubbi sulla nostra capacità di conoscere sino in fondo il nostro paese. Al di là dell'esigenza, credo molto sentita, che quello alla sanità sia un diritto garantito a tutti, mi sembra che dal 1988 ad oggi, periodo nel quale si è verificato un aumento del 50 per cento della spesa, vi siano stati diversi tentativi per cercare di contenerla. Ebbene, se da una parte essa è stata contenuta e dall'altra c'è stato questo involontario risparmio, diciamo pure forzato, mi riesce davvero difficile quantificare oggi la spesa sanitaria. L'enorme capitale immobilizzato lascia supporre che vi sia mediamente, nonostante i ritardi e tutte le difficoltà registrate, una risposta sanitaria che definirei accettabile (io non sono un sostenitore della malasanita!), a fronte di una spesa inferiore a quella preventivata.

Nella finanziaria, sono previsti, per il 1996, 700 miliardi per ripianare i disavanzi pregressi delle USL. Mi chiedo quale criterio sarà seguito per individuare questi disavanzi.

Nel caso in cui vi siano regioni che non abbiano utilizzato dei fondi, mi chiedo anche se non sia il caso di ritirare i fondi concessi per darli alle regioni che hanno già impegnato le risorse.

Stiamo parlando infatti di sanità e non d'altro! Non ci può essere un'amministrazione locale, regionale, o anche statale, che decida dove è possibile curarsi; per cui

condivido l'esigenza di distribuire le risorse, a condizione però che l'assistenza sanitaria sia garantita a tutti.

Sono state previste diverse correzioni; per una di esse, quella concernente la chiusura dei piccoli ospedali (pur con le dovute eccezioni), occorre tener conto che non si può trattare di una chiusura *sic et simpliciter*. Si tratta infatti di trasformare tali strutture in altre e ciò comporta un costo. Mi pare allora che i fondi non spesi potrebbero essere investiti nella creazione, per esempio, delle RSA (strutture di accoglienza di persone anziane) o utilizzati nel settore della spesa sociale. È vero che esiste un controllo in materia da parte degli enti locali ma è altrettanto vero che i comuni, che dovrebbero farsi carico di questa assistenza, si limitano a riciclare qualche appartamento e ad investire alcune somme. Per anni e anni abbiamo utilizzato denaro della sanità per interventi in campo sociale; per esempio abbiamo sovvenzionato per tanto tempo le comunità di assistenza ai tossicodipendenti — che non sono strutture sanitarie — con i soldi della sanità. Da qui l'opportunità che la nostra Commissione compia un'ulteriore riflessione e acquisisca maggiori elementi di conoscenza, per favorire l'avvio di un'attività ispettiva del Ministero della sanità, che ci consenta di conoscere con maggiore chiarezza la sorte di questi finanziamenti.

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Nella tabella 2 concernente i mutui 1987-1988 risulta che, a fronte di un disavanzo da ripianare di 15.628 miliardi, sono stati prelevati mutui soltanto per 12.626 miliardi. Ancora oggi noi non conosciamo quale sia stata la spesa del fondo sanitario nel biennio 1987-1988 perché, in pratica, 3 mila miliardi non sono stati ancora erogati.

PRESIDENTE. Sono quindi residui passivi?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. Sono fondi che, per una certa parte, figurano nei conti correnti di tesoreria.

PRESIDENTE. Fruttano interessi?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. No. Lo stesso discorso vale per la tabella 3 concernente i mutui 1989. Ne consegue, onorevole Caccavari, che la sua osservazione è assolutamente corretta.

Abbiamo proposto la creazione di gruppi di verifica, che non hanno compiti ispettivi, formati da funzionari con il compito di controllare i bilanci delle unità sanitarie locali, al fine di verificare la legittimità, per esempio, della impostazione contabile e della conservazione dei residui. Altrimenti non si spiegherebbe come disavanzi denunciati non vengano poi ripianati. Significa che vi sono residui che tali non sono, residui a fronte dei quali non esistono obbligazioni nei confronti di terzi.

Intendo fornire una risposta al quesito relativo all'edilizia ospedaliera di competenza regionale. Nel 1988 la legge finanziaria programmò per l'edilizia ospedaliera un piano di 30 mila miliardi, dei quali fu approvato un primo stralcio di 10 mila miliardi. Successivamente, di questi 10 mila miliardi fu approvato un altro stralcio di 2.100 miliardi per i reparti AIDS (sono dati che cito a memoria). La restante parte doveva essere destinata alle strutture ospedaliere normali ed è stata distribuita tra le regioni. Tuttavia non ci risulta che di questo piano di 10 mila miliardi sia andato in porto qualcosa di particolare; restano, inoltre, ancora da programmare i restanti 20 mila miliardi. In definitiva oggi, a distanza di otto anni, dei 30 mila miliardi stanziati nel 1988 non vediamo ancora niente di concreto.

L'edilizia ospedaliera è a carico delle regioni; i mutui sono contratti dalle regioni e vi sono regioni che poi localizzano questi ospedali.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Non rientrano in questo piano?

ANDREA MONORCHIO, *Ragioniere generale dello Stato*. No.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 3)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 NOVEMBRE 1995

*(Ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento della Camera)*AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLE REGIONI AI FINI DELL'ESAME PRELIMINARE
DEL BILANCIO A LEGISLAZIONE VIGENTEPRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione di rappresentanti delle regioni:		Castellaneta Sergio (gruppo misto)	58, 59
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	55, 57, 58 59, 61, 67	Devetag Flavio (gruppo FLD)	61
Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) ...	59 61, 63, 64, 67	Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	62, 63
Bissoni Giovanni, <i>Assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna</i>	56, 65, 67	Perinei Fabio (gruppo progressisti-federativo)	60
Braghetto Iles, <i>Assessore alla sanità della regione Veneto</i>	55, 57, 58, 64, 67	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	59
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo)	62	Toniolo Franco, <i>Rappresentante della regione Veneto</i>	56, 58

montana? Tale provincia ha 200 mila abitanti, grossomodo la stessa popolazione di Mestre, che è una frazione di Venezia. Se il concetto di razionalizzazione può avere un significato per una frazione di Venezia, certamente per un territorio disperso quale è quello della provincia di Belluno esso è improprio, se non si va ad incidere sull'efficacia e sull'efficienza del servizio sanitario.

Concludo — anche se le domande sarebbero tantissime — chiedendo quali scelte operative si potevano ipotizzare per ovviare alla « coperta corta », cercando di ridurre i debiti delle regioni, chiudendo il bilancio in pareggio, ma senza penalizzare la qualità delle prestazioni. Infatti, peggiorando la qualità non miglioriamo il tessuto sociale del nostro ambiente territoriale, e ci adeguiamo semplicemente ad una situazione economica. La regione deve però tener conto della particolarità dell'attuale momento storico, in cui la nostra situazione economica deve incidere pesantemente su servizi essenziali come quelli della sanità.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Per quanto riguarda l'esperienza delle regioni, non ho molte domande da fare. Avverto la necessità di capire, in ordine alle posizioni delle stesse regioni (discorso che si ripete da quando le regioni sono state istituite), se non sia possibile che il fatto che alcune di esse rimangano indietro sia addebitabile al rapporto tra Stato e regioni. Mi spiego meglio: è certamente possibile fare valutazioni politiche e criticare con forza le passate gestioni, mi chiedo tuttavia se, trattandosi di un insieme di regioni che applicano una certa legislazione, una differenza così marcata tra regioni come l'Emilia e il Veneto ed altre del sud, con storie così diverse, non possa essere legata alla mancata attuazione dei veri compiti della sanità.

Voglio dire che per anni ho visto finanziare i servizi sociali attraverso fondi della sanità; nella regione in cui risiedo ciò ha rappresentato un miglioramento della qualità generale della vita. Per anni ho finanziato le comunità per tossicodipen-

denti con i fondi della sanità; Ciò costituisce sicuramente una risposta positiva a quel tipo di emarginazione e di problemi.

Quello che vorrei capire è chi dovrà adesso sostenere l'onere della spesa sociale. Si ha infatti l'impressione che la qualità dell'assistenza, una volta uscita dallo stretto controllo della sanità regionale, sia peggiorata. Personalmente non sono d'accordo con certe ipotesi: quando si dimostra — come è stato fatto ieri in questa sede — che mutui per migliaia di miliardi non sono stati accesi dalle regioni, allora non è possibile penalizzare i servizi sanitari o sociali soltanto perché non si riescono ad attivare i finanziamenti. Allo stesso modo, non è possibile modificare la qualità dell'assistenza in presenza di un mutamento dei soggetti che gestiscono il settore. In pratica, quando i servizi sociali vengono gestiti dalla regione attraverso i fondi della sanità la risposta è positiva, mentre quando la competenza passa ai comuni la qualità dell'assistenza decade.

VALERIO MIGNONE. Penso che le regioni debbano essere ascoltate sulle proprie esigenze, ma credo anche che i parlamentari debbano avanzare proposte alle stesse regioni nell'interesse generale della collettività; si tratta, magari, di determinare linee-guida affinché l'assistenza sanitaria possa essere uniforme su tutto il territorio nazionale.

Si è parlato del problema delle convenzioni. Almeno i più anziani di noi possono ricordare — facendo un *excursus* storico — che le convenzioni furono pienamente riconosciute dai medici provinciali prima dell'entrata in vigore delle regioni: venivano convenzionate strutture che non avevano i requisiti essenziali per praticare l'attività sanitaria. Successivamente numerose regioni — al nord, al centro ed al sud — hanno stipulato convenzioni con strutture private, anche nel caso in cui queste non fossero dotate dei servizi essenziali.

Cosa potrà accadere allora in prospettiva? Forse ciò che è stato paventato pochi minuti fa dal collega Saia, cioè che le strutture pubbliche siano ignorate dai pazienti. È giusto che i pazienti abbiano la

(...)