

COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

53.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 12 GIUGNO 1985

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO CASALINUOVO

INDICE

	PAG.		PAG.
Disegno di legge (Discussione e rinvio):		DE LORENZO FRANCESCO, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	5
Modifica delle leggi 22 maggio 1978, n. 217, e 18 dicembre 1980, n. 905, concernenti diritto di stabilimento e prestazione dei servizi da parte, rispettivamente, dei medici e degli infermieri professionali cittadini degli Stati membri della CEE (1648)	3	GARAVAGLIA MARIAPIA	5
CASALINUOVO MARIO, <i>Presidente</i>	3	Disegno di legge (Discussione e rinvio):	
BARONTINI ROBERTO, <i>Relatore</i>	3	Norme per l'attuazione della direttiva n. 80/1095/CEE dell'11 novembre 1980, che fissa le condizioni per rendere il territorio della Comunità esente dalla peste suina classica (2053)	6
		CASALINUOVO MARIO, <i>Presidente</i>	6,7
		MELELEO SALVATORE, <i>Relatore</i>	6

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 9,45.

ANGELA GIOVAGNOLI SPOSETTI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

Discussione del disegno di legge: Modifica delle leggi 22 maggio 1978, n. 217, e 18 dicembre 1980, n. 905, concernenti diritto di stabilimento e prestazione dei servizi da parte, rispettivamente, dei medici e degli infermieri professionali cittadini degli Stati membri della CEE (1648).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Modifica delle leggi 22 maggio 1978, n. 217, e 18 dicembre 1980, n. 905, concernenti diritto di stabilimento e prestazione dei servizi da parte, rispettivamente, dei medici e degli infermieri professionali cittadini degli Stati membri della CEE ».

L'onorevole Barontini ha facoltà di svolgere la relazione.

ROBERTO BARONTINI, *Relatore*. Il disegno di legge n. 1648, esaminato da questo ramo del Parlamento in prima lettura, ha come fine quello di trasporre nell'ordinamento giuridico italiano le norme della direttiva CEE n. 1057 del 1981, approvata il 14 dicembre 1981, che modifica, completandole, le direttive CEE n. 362 del 1975, n. 452 del 1977, n. 686 del 1978 e n. 1026 del 1978, concernenti il reciproco riconoscimento tra gli Stati membri della CEE dei diplomi, certificati ed altri titoli, rispettivamente di medico, infermiere professionale, dentista e veterinario.

In particolare, con il disegno di legge in esame vengono modificati l'articolo 15 della legge 22 maggio 1978, n. 217 (relativo ai medici) e l'articolo 12 della legge 18 dicembre 1980, n. 905 (relativo agli infermieri) che prevedevano solo la situazione di coloro che avevano conseguito il titolo prima dell'entrata in vigore della normativa comunitaria.

Desidero, a questo punto, ricordare che la direttiva CEE n. 1057 del 14 dicembre 1981 prevede, al primo articolo, che: « L'articolo 9, paragrafi 1 e 2, della direttiva 75/362/CEE, l'articolo 4 della direttiva 77/452/CEE, l'articolo 7, paragrafi 1 e 2, della direttiva 78/686/CEE e l'articolo 4 della direttiva 78/1026/CEE si applicano anche ai diplomi, certificati ed altri titoli che sanzionano una formazione non rispondente alle esigenze minime di formazione previste rispettivamente dagli articoli 1, 2, 3, 4 e 5 della direttiva 75/363/CEE, all'articolo 1 della direttiva 77/453/CEE, agli articoli 1, 2 e 3 della direttiva 78/687/CEE ed articolo 1 della direttiva 78/1027/CEE, formazione ultimata successivamente alla presa di effetti delle suddette direttive ed iniziata anteriormente a tale presa di effetti ». Richiamo l'attenzione della Commissione sulle ultime parole: « anteriormente a tale presa di effetti » per i motivi che chiarirò più avanti.

Passando ora ad esaminare nel merito l'articolato del disegno di legge, che consta di 5 articoli, desidero sottolineare come gli articoli 1, 2 e 4 comportino modifiche non rilevanti alle leggi sopra citate, al fine di rendere più spedite le procedure di riconoscimento dei titoli conseguiti da cittadini comunitari.

In particolare, il primo articolo stabilisce che il secondo comma dell'articolo 3 della legge 22 maggio 1978, n. 217

debba così essere modificata: « Il Ministero della sanità, nel caso di fondato dubbio circa l'autenticità dei diplomi, dei certificati e degli altri titoli, chiede conferma della autenticità degli stessi alla competente autorità dello Stato membro nonché conferma dell'osservanza, da parte del beneficiario, di tutti i requisiti di formazione previsti dalle direttive CEE ». Nella normativa precedente a quella in specie, tale richiesta di conferma della autenticità dei titoli avveniva tramite il ministro degli esteri.

L'articolo 4, analogamente a quanto previsto dall'articolo 1 del provvedimento, introduce una modifica al secondo comma dell'articolo 3 della legge 18 dicembre 1980, n. 905.

Con l'articolo 2, che prevede la sostituzione dell'articolo 11 della legge 22 maggio 1978, n. 217, si tende ad alleggerire e snellire l'iter del provvedimento. Esso recita testualmente: « L'articolo 11 della legge 22 maggio 1978, n. 217, è sostituito dal seguente: " Il Ministero della sanità fornisce alle competenti autorità sanitarie dei paesi comunitari le informazioni inerenti alle istanze dei medici cittadini italiani tendenti ad ottenere la ammissione all'esercizio delle attività professionali nei paesi della CEE e rilascia le certificazioni richieste, previa acquisizione della relativa documentazione " ».

Lo snellimento consiste nel fatto che si fa riferimento al Ministero della sanità il quale, acquisita la necessaria documentazione, rilascia le certificazioni richieste. Ritengo pertanto che tale modifica debba essere accolta.

Gli articoli 3 e 5, prevedendo una revisione dell'articolo 15 della legge 22 maggio 1978, n. 217 e dell'articolo 12 della legge 18 dicembre 1980 n. 905, pongono problemi di sostanza. Desidero dare lettura dell'articolo 3 che, insieme al 5, recepisce la direttiva CEE n. 1057 del 1981 cui ho fatto cenno poc'anzi: « L'articolo 15 della legge 22 maggio 1978, n. 217, è sostituito dal seguente: " Nei confronti dei medici cittadini di un paese comunitario in possesso di diplomi, certificati od altri titoli rilasciati dagli stati di ori-

gine e provenienza, che comprovino una formazione ultimata prima del 20 maggio 1975, ovvero ultimata dopo tale data ma iniziata prima della stessa, e non rispondente all'insieme delle esigenze minime di formazione richieste dalla normativa comunitaria per la professione di medico e di medico specialista, si applicano le seguenti disposizioni " ».

Le disposizioni sono le stesse contenute nella legge n. 217. Si cerca cioè di sanare una situazione, certamente ingiusta, che non riguarda soltanto coloro che hanno conseguito la laurea o la specializzazione in precedenza, ma anche coloro che erano già iscritti e che avevano conseguito successivamente la specializzazione. Mi domando quale sia la data a cui bisogna fare riferimento. La modifica alle norme che andiamo ad approvare reca la data della normativa CEE. Ritengo però che la presa d'effetti della direttiva medesima debba essere la data del recepimento da parte dello Stato italiano. In tal modo, rimarrebbe valido quanto disposto dalla legge n. 217. Ciò riguarda i medici, gli specialisti e gli infermieri. Mi riferisco, naturalmente, anche all'articolo 5 che fa riferimento espressamente alla data del 29 giugno 1977 (emanazione della direttiva) e non a quella del dicembre 1980 (data del recepimento da parte dello Stato italiano). Si rileva uno spostamento di data di due-tre anni, con conseguenti problemi giuridici formali e sostanziali.

Credo sia opportuno fare alcune considerazioni di carattere generale, soprattutto per quanto riguarda le scuole di specializzazione, come già è avvenuto in occasione della relazione riguardante le ostetriche. Noi stiamo recependo una normativa CEE tesa alla omogeneizzazione delle scuole di specializzazione della medicina e chirurgia ma in sostanza si opera - a mio avviso - soltanto una verniciatura esterna, dal momento che si rileva un notevole ritardo da parte dello Stato. Ritengo che ciò debba essere sottolineato anche perché, come già per le ostetriche, sarà necessario un ordine del giorno, cioè una presa di posizione della Commissione.

Il ritardo cui ho fatto cenno riguarda l'adeguamento delle scuole di specializzazione italiane a quelle dei paesi della CEE. Della questione si sta occupando, peraltro, l'altro ramo del Parlamento. Lo stesso CUN ha recentemente diramato una circolare con lo scopo di ridurre al numero di 47 le scuole di specializzazione e di adeguare i corsi e i tipi di formazione professionale e specializzazione alla CEE.

Si tratta di questioni importanti che attengono alla nostra presenza in Europa, perché questa omogeneizzazione si realizzi occorre eliminare i ritardi e adeguare la medicina e la specialistica al nuovo tipo di formazione professionale e allo sviluppo tecnologico del settore. È importante, a tal fine, prevedere una giusta durata dei corsi e degli studi in generale adottando, ad esempio, il tempo pieno per il tirocinio e la specializzazione.

Tutto ciò richiede l'adeguamento dello Stato italiano alle disposizioni citate. Dobbiamo evitare di essere inclusi nel gruppo di specialisti e medici che non hanno partecipato ai corsi, come prevedono le tabelle delle direttive CEE, mettendo i nostri operatori in gravi difficoltà di movimento che possono essere confermate da due fatti di ordine statistico e politico. In primo luogo, dobbiamo rilevare che, se la liberalizzazione delle frontiere nel campo della medicina e della specialistica è importante, è pur vero che ci troviamo di fronte ad una notevole emigrazione di questa particolare categoria di operatori sanitari dal nostro paese verso altri centri dell'Europa. Cito alcuni dati: dal 1976 al 1985 si è assistito ad una emigrazione in Francia di 110 specialisti; nel Regno Unito ne sono stati accolti 358 e nel Belgio 34. Di contro, dal 1976 al 1983 si assiste ad una immigrazione di 127 unità dagli stati CEE al nostro paese. Si rileva, pertanto, uno spostamento di specialisti italiani nei paesi della Comunità, in una situazione di mancato adeguamento di norme relative ai corsi ed alla durata degli studi. È necessario mettere i nostri connazionali che operano all'estero in condizioni di parità.

Questa è una considerazione di carattere generale che ho ritenuto di dover fare in occasione della discussione del provvedimento in ispecie.

MARIAPIA GARAVAGLIA. Le osservazioni ed i rilievi testé svolti dal relatore Barontini sono tali che ritengo senz'altro opportuna una pausa di riflessione, onde esaminare dettagliatamente i vari aspetti che emergono da un primo e sommario esame del disegno di legge n. 1648. Pertanto, penso che l'inizio della discussione sulle linee generali del provvedimento possa avvenire nel corso di una successiva seduta.

In questa sede, rivolgendomi al rappresentante del Governo, desidero ricordare come una recente sentenza della Corte costituzionale ha stabilito che alcuni regolamenti comunitari entrano in vigore immediatamente, in Italia, prescindendo dalla loro trasposizione nel nostro ordinamento politico.

Un punto su cui gradirei un chiarimento, sempre dal rappresentante del Governo, concerne quel fenomeno di « emigrazione-immigrazione » (cui ha fatto poc'anzi cenno il relatore Barontini) degli specialisti che operano nel settore e per quale tipo di indirizzi e professioni tale fenomeno si è verificato e si verifica.

FRANCESCO DE LORENZO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero far presente a questa Commissione che al Senato si sta esaminando in un testo unificato predisposto con l'accordo dei vari gruppi il provvedimento di legge riguardante l'ordinamento delle scuole di specializzazione e formazione professionale. Se l'iter legislativo di questo provvedimento di legge (attualmente all'esame delle Commissioni istruzione e sanità riunite) non si è ancora concluso al Senato, ciò è stato causato soprattutto dalle difficoltà che la proposta del Governo, circa l'introduzione nella normativa del numero programmato per le iscrizioni alla facoltà di medicina e chirurgia, ha incontrato.

Fatte queste brevissime considerazioni, non posso che ribadire, in questa se-

de, il carattere di urgenza che riveste sia il provvedimento di riforma delle scuole di specializzazione e formazione professionale sia il disegno di legge in oggetto che, mi auguro, questa Commissione approverà il più rapidamente possibile.

PRESIDENTE. Il seguito dell'esame del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

Per consentire al relatore sul disegno di legge n. 2053 di raggiungere l'aula della Commissione, sospendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 10,10, è ripresa alle 10,15.

Discussione del disegno di legge: Norme per l'attuazione della direttiva n. 80/1095/CEE dell'11 novembre 1980, che fissa le condizioni per rendere il territorio della Comunità esente dalla peste suina classica (2053).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Norme per l'attuazione della direttiva n. 80/1095/CEE dell'11 novembre 1980, che fissa le condizioni per rendere il territorio della Comunità esente dalla peste suina classica ».

L'onorevole Meleleo ha facoltà di svolgere la relazione.

SALVATORE MELELEO, Relatore. Prima di iniziare l'esame del disegno di legge n. 2053, desidero premettere che essendo solo medico potrei anche non essere sufficientemente esauriente sulla natura, entità e ripercussioni dannose della peste suina classica e sulle finalità che il provvedimento di legge in oggetto si propone. Confido — però — nella comprensione di tutti i colleghi e, in particolare, nella collaborazione di qualche collega esperto, nell'ipotesi si profilasse la necessità di chiarimenti, precisazioni o proposte emendative alla normativa in esame.

La peste suina, come si sa, è una malattia infettiva grave per la sua azione devastante sugli allevamenti e — di riflesso — per le notevoli perdite economiche registrate dalle aziende agricole interessate. Fortunatamente, tuttavia, la situazione epidemiologica, grazie ai trattamenti immunizzanti che si praticano (in Italia fin dal 1968) sia nel nostro paese sia tra quelli della CEE, appare contenuta, si da far programmare al Consiglio della Comunità un piano quinquennale di eradicazione della malattia.

Per conseguire detto obiettivo il Consiglio della CEE ha adottato due direttive: quella n. 217 del 1980 e quella numero 1095 del 1980.

Con la prima direttiva, approvata il 22 gennaio 1980, vengono istituite misure comunitarie di lotta contro la peste suina classica. Questa direttiva è già stata recepita nel nostro ordinamento con decreto del ministro della sanità del 14 settembre 1981 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 26 settembre 1981).

Con la seconda direttiva, approvata l'11 novembre 1980, sono state poste le basi tecniche essenziali per la eradicazione della malattia entro un periodo di cinque anni; in concreto, tale azione dovrà essere incentrata sulla eliminazione immediata dei focolai di malattia, sul graduale abbandono della vaccinazione, salvo eventuali ricorsi a trattamenti immunizzanti di emergenza, sulla ricerca sistematica, mediante idonee prove sierologiche degli animali affetti da peste suina in forma sub-clinica o comunque sieropositivi da eliminarsi per prevenire con sicurezza ogni possibilità di ricomparsa del morbo.

Inoltre, l'11 novembre 1980 la CEE decise di instaurare un'azione finanziaria in vista della eradicazione della peste suina classica prevedendo, in particolare, un rimborso del 50 per cento delle spese relative alle indennità di abbattimento e di 0,125 unità di conto europee per ogni dose di vaccino utilizzata nei trattamenti immunizzanti di emergenza e di una unità di conto europea per ogni esame sierologico.

Un piano per la eradicazione della malattia, dunque, abbastanza rivoluzionario ed arduo che comporta la riduzione graduale della pratica immunizzante, vale a dire dei trattamenti vaccinali sui quali si basa la profilassi. Anche se ciò potrà essere realizzato gradualmente e con l'adozione di varie misure cautelative, comprendiamo come, soprattutto nei primi periodi, venga aumentato il rischio per gli allevamenti nazionali e soprattutto per quelli privi di pratiche immunizzanti. È necessario pertanto che si predispongano strumenti normativi che prevedano da una parte l'abbattimento delle bestie infette, sospette, o portatrici di focolai latenti, e dall'altra la corresponsione di adeguati e solleciti indennizzi ai proprietari.

Lo Stato affronterà spese notevoli ma riuscirà nel contempo a trarre molteplici vantaggi eliminando una malattia molto pericolosa e risparmiando nel prossimo quinquennio i cinque miliardi e cinquecento milioni annui di spese per le vaccinazioni e le terapie immunizzanti. Beneficerà inoltre degli appositi contributi CEE.

Proprio in relazione a questi ultimi interventi è necessario elevare l'attuale indennità di abbattimento, nettamente inferiore a quella concessa negli altri paesi della Comunità economica europea, ad un livello più adeguato al danno economico.

Occorre tener conto, nell'erogazione dell'indennizzo, dell'eventuale vendita delle carni o dell'uso anche da parte dello stesso proprietario — tutto nel più breve tempo possibile — evitando lungaggini e burocrazie che scoraggiano e possono indurre a dannose mediazioni o evasioni da parte degli stessi operatori.

Ricordo che gli altri paesi membri della Comunità hanno già attuato il piano quinquennale dal dicembre scorso, eccezion fatta per l'Italia e la Grecia.

Il nostro paese ha ottenuto un anno di proroga. Non credo che questa richiesta sia stata avanzata perché siamo abituati ai ritardi. È facile tuttavia che tale proroga possa giovare in quanto potrem-

mo entrare nel giro comunitario quando gli altri paesi avranno già parzialmente bonificato il loro parco animali e sarà meno rischiosa la situazione epizootica.

Passiamo ora ad un esame rapido dell'articolato. L'articolo 1 prevede alcune direttive e la natura e gli obiettivi del provvedimento.

L'articolo 2 attribuisce al ministro della sanità il compito di disciplinare l'attuazione del piano per consentire l'emanazione delle disposizioni senza ritardi.

L'articolo 3 disciplina l'inoltro delle domande di indennizzo per l'abbattimento degli animali ai competenti organi CEE.

L'articolo 4 prevede l'adozione di adeguate disposizioni da parte del ministro della sanità e delle amministrazioni decentralizzate per agevolare i controlli della CEE.

L'articolo 5 stabilisce che l'indennità speciale per l'abbattimento dei suini sia pari al valore di mercato. Precisa poi che, nei casi in cui sia consentita l'utilizzazione delle carni da parte del proprietario, dal computo delle indennità previste dal secondo comma venga detratto l'importo ricavato dai proprietari degli animali a seguito della vendita delle carni stesse, ovvero l'importo corrispondente al valore di tali prodotti nel caso in cui siano utilizzati dai proprietari.

L'articolo 6 sancisce che le indennità previste dal precedente articolo siano a totale carico dello Stato. Il ministro della sanità è inoltre autorizzato a disporre accreditamenti alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in base ai preventivi di massima formulati dai predetti enti in rapporto al numero dei focolai insorti, per consentire la corresponsione dell'indennizzo.

L'articolo 7 impegna il ministro della sanità ad accertare la spesa e a predisporre gli stanziamenti per gli esami sierologici ed i compensi ai veterinari ufficialmente incaricati di prelevare campioni di sangue.

L'articolo 8, infine, stabilisce l'ammontare degli stanziamenti necessari per la attuazione dell'intero piano quinquennale.

IX LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 12 GIUGNO 1985

Il disegno di legge testé illustrato merita, per i motivi che ho succintamente ricordato, tutta la nostra attenzione. Sono sicuro che gli onorevoli colleghi daranno, con i loro interventi e suggerimenti, la più valida collaborazione e faranno in modo, convinti come sono dell'importanza della questione, di giungere quanto prima all'approvazione del provvedimento in discussione.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 10,30.

*IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI*
DOTT. TEODOSIO ZOTTA

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO