

## COMMISSIONE XIV

## IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

37.

## SEDUTA DI GIOVEDÌ 28 FEBBRAIO 1985

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO CASALINUOVO

## INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Disegno e proposte di legge</b> (Seguito della discussione e rinvio):		DEL DONNO OLINDO . . . . .	3
Istituzione della professione sanitaria di odontoiatra e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee (1818);		LUSSIGNOLI FRANCESCO . . . . .	4
FERRI ed altri: Disciplina della professione sanitaria di odontoiatra-protesista dentale (1313);		PALOPOLI FULVIO . . . . .	4
GARAVAGLIA ed altri: Norme sulla professione sanitaria di odontoiatra-protesista dentale (1425) . . . . .	3	<b>Disegno di legge</b> (Seguito della discussione e rinvio):	
CASALINUOVO MARIO, <i>Presidente</i> . . . . .	3, 4	Modifiche alla legge 31 marzo 1980, n. 126, e alla legge 13 luglio 1980, n. 463, recanti norme di indirizzo alle regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari (1908) . . . . .	5
ARTIOLI ROSSELLA, <i>Relatore</i> . . . . .	3, 4	CASALINUOVO MARIO, <i>Presidente</i> . . . . .	5, 11
BARONTINI ROBERTO . . . . .	4	GARAVAGLIA MARIAPIA . . . . .	10
		GIOVAGNOLI SPOSETTI ANGELA . . . . .	5, 6
		VENTRE ANTONIO, <i>Relatore</i> . . . . .	6

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 10,15.**

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

*(È approvato).*

**Seguito della discussione del disegno di legge: Istituzione della professione sanitaria di odontoiatra e disposizioni relative al diritto di stabilimento e alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee (1818); e delle proposte di legge Ferri ed altri: Disciplina della professione sanitaria di odontoiatra-protésista dentale (1313); Garavaglia ed altri: Norme sulla professione sanitaria di odontoiatra-protésista dentale (1425).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Istituzione della professione sanitaria di odontoiatra e disposizioni relative al diritto di stabilimento e alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee » e delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Ferri ed altri: « Disciplina della professione sanitaria di odontoiatra-protésista dentale »; Garavaglia ed altri: « Norme sulla professione sanitaria di odontoiatra-protésista dentale ».

Per consentire la presentazione, la fotocopiatura e la distribuzione degli emendamenti all'articolato del provvedimento di legge, sospendo brevemente la seduta.

**La seduta, sospesa alle 10,25, è ripresa alle 10,30.**

PRESIDENTE. Dobbiamo ora passare all'esame degli articoli.

ROSSELLA ARTIOLI, *Relatore*. I colleghi di questa Commissione sapranno senz'altro che in sede di Comitato ristretto, costituito nel corso della seduta del 6 dicembre 1984, furono affrontati molti dei nodi e dei problemi concernenti la professione sanitaria di odontoiatra. Notevoli passi avanti sono stati compiuti nel tentativo di arrivare ad una convergenza unanime di giudizi sul provvedimento di legge in esame. Ritengo, tuttavia, che data la specificità della materia, la sua complessità e l'esistenza ancora di questioni non sufficientemente « dipanate » sia più opportuno, per la proficuità dei nostri lavori, prevedere una ulteriore riunione del suddetto Comitato ristretto per un approfondimento di alcuni temi.

Ciò, a mio avviso, eviterebbe una possibile richiesta, nella seduta odierna, di uno stralcio di alcuni articoli della normativa e faciliterebbe un esame attento ed armonico di tutta la problematica relativa a questo tipo di professione sanitaria.

Con queste considerazioni, propongo alla Commissione di rinviare alla prossima settimana l'inizio dell'esame dell'articolo.

OLINDO DEL DONNO. Credo si tratti di un provvedimento di legge che va senza dubbio rivisto e limato, soprattutto con riferimento al primo comma dell'articolo 1.

Infatti, l'attuale formulazione di questo primo comma non può che compor-

tare difficoltà interpretative e contraddizioni. Non possiamo rischiare di legiferare in dispregio di quella norma di carattere generale in base alla quale (tanto per rimanere in tema) il titolo di odontoiatra spetta solo a colui che è in possesso del diploma di laurea, anche se è solo attraverso il superamento di un apposito esame di Stato che il soggetto in questione otterrà l'abilitazione all'esercizio della professione.

Per questa ed altre considerazioni, che non starò qui ad evidenziare, ribadisco che, a mio avviso, è più che opportuna una attenta riflessione sul complesso della normativa in esame.

FULVIO PALOPOLI. Ritengo che la soluzione del problema possa essere trovata in tempi molto brevi e che non siano necessari approfondimenti, perché si tratta di armonizzare qualcosa che è già stato definito dal Comitato ristretto. Coloro che hanno, come titolo di studio, la laurea in medicina e chirurgia e la specializzazione in odontoiatria sono messi nelle condizioni di optare per l'iscrizione ad un albo o all'altro. Se le cose stanno in questi termini, è evidente che non si può imporre in un articolo quello che in un altro si ritiene facoltativo. Ritengo che si possa disgiungere la posizione dei laureati in base al nuovo corso di laurea da quella degli specialisti secondo l'ordinamento tradizionale. In questo modo possiamo risolvere il problema in tempi molto ristretti.

FRANCESCO LUSSIGNOLI. Ritenevamo di poter andare avanti sin dalla scorsa settimana. Non entro nel merito, anche se condivido alcune considerazioni svolte dal collega Palopoli, limitandomi ad esprimere il nostro consenso alla proposta del relatore. Non dobbiamo dimenticare, però, che questi laureati in odontoiatria sono in possesso del relativo diploma dal giugno dello scorso anno; per cui, senza ragioni fondate, non possiamo rinviare ancora la discussione del provvedimento e disattendere le loro attese.

Nel sottolineare l'urgenza che si proceda nei nostri lavori, mi permetterei di invitare il relatore a presentare gli emendamenti nella prossima seduta, passando quindi ai voti. Ciò anche se non si dovesse raggiungere l'unanimità su alcuni punti, perché, onorevole Artioli, non è facile spiegare fuori di qui il motivo per cui oggi non siamo andati avanti quando ieri pensavamo di poterlo fare.

ROBERTO BARONTINI. Anche noi concordiamo con la richiesta del relatore. Non entro nel merito, ma non credo che le cose siano così pacifiche, come è apparso dall'intervento dell'onorevole Palopoli. Infatti, ritengo che anche nel merito vi siano problemi che non riguardano soltanto gli specialisti in odontoiatria e i medici laureati in medicina e specializzati in odontoiatria, ma anche i medici laureati in medicina e chirurgia che esercitano la professione di odontoiatra indipendentemente dalla specializzazione. Il problema è abbastanza complesso, per cui credo che sia necessario un ripensamento.

ROSSELLA ARTIOLI, *Relatore*. Poiché tutti siamo spinti da uno spirito costruttivo, ritengo che, per la delicatezza dell'argomento, si debba ricercare la massima convergenza possibile. Per questo ho chiesto un breve rinvio della discussione. Raggiunta l'unanimità sui punti nodali del provvedimento, potremo procedere velocemente nei nostri lavori.

Pertanto, per non essere fraintesa e per tranquillizzare coloro che hanno espresso dubbi al riguardo, dico che il relatore, il Governo e i membri del Comitato ristretto hanno ben presente l'urgenza del provvedimento.

PRESIDENTE. Prendo atto della volontà espressa da tutti i gruppi di rinviare la discussione alla prossima settimana per consentire un maggiore approfondimento della materia nel Comitato ristretto. Ritengo che le questioni sollevate possano essere risolte con relativa facilità (dico relativa, perché ogni problema è difficile), per cui invito i membri del

Comitato ristretto a completare i lavori, in modo che il disegno di legge possa essere approvato nella prossima seduta.

Il seguito della discussione è rinviato alla seduta di mercoledì 6 marzo.

**Seguito della discussione del disegno di legge: Modifiche alla legge 31 marzo 1980, n. 126, e alla legge 13 luglio 1980, n. 463, recanti norme di indirizzo alle regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari (1908).**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Modifiche alla legge 31 marzo 1980, n. 126, e alla legge 13 luglio 1980, n. 463, recanti norme di indirizzo alle regioni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani e loro familiari ».

Comunico che la V Commissione bilancio ha espresso parere favorevole.

Ricordo che nella seduta del 20 dicembre 1984 l'onorevole Ventre ha svolto la relazione.

Dichiaro quindi aperta la discussione sulle linee generali.

**ANGELA GIOVAGNOLI SPOSETTI.** Vorrei cominciare il mio intervento ricordando che già durante la discussione delle precedenti leggi nn. 126 e 463 del 1980 fu sottolineata dal gruppo comunista la inadeguatezza di un intervento dello Stato limitato all'erogazione di sussidi agli hanseniani e loro familiari.

Tutte le leggi che si sono susseguite mediamente ogni 4-5 anni in materia di provvidenze a favore degli hanseniani si sono occupate esclusivamente o prevalentemente dell'assistenza economica, dell'adeguamento e aggiornamento del sussidio, se si fa eccezione per la norma introdotta con l'articolo 3 della legge n. 4 del 1974, relativa al divieto di usare nei certificati e atti pubblici il termine di lebbra e suoi derivati sostituendolo con il termine: morbo di Hansen, hanseniani e derivati. Una

norma indubbiamente di innovazione civile che fu sostenuta appassionatamente dal gruppo comunista. Mi piace ricordarlo al presidente e ai colleghi. Quindi, ci sono ben poche novità nelle diverse leggi che, da trent'anni a questa parte, il Parlamento approva a favore degli hanseniani.

Durante la discussione delle leggi approvate nel 1980 il nostro ed altri gruppi sollevarono l'esigenza di fare di più, di intervenire con strumenti più articolati per rompere quel muro di isolamento e di emarginazione che separa le persone affette dal morbo di Hansen ed i loro familiari dal contesto della vita sociale e civile.

Invece, signor presidente, onorevoli colleghi, ancora una volta a distanza di quasi cinque anni ci troviamo a discutere un disegno di legge che prevede lo aggiornamento del sussidio, modifica parzialmente norme precedenti, ne ripescava qualcuna abrogata e ne cancella altre; l'impressione che si dà all'esterno è quella di un Governo e di un Parlamento che sono preoccupati, alla fine, di concludere e che concludono concedendo un aumento che in genere soddisfa le richieste di una parte degli hanseniani.

Allora il primo problema che sottoponiamo alla vostra attenzione è se non sia ormai tempo per una riflessione su tutta la questione degli hanseniani, per una riconsiderazione della normativa esistente e per una ricerca di più idonei strumenti normativi di intervento sia in riferimento agli aspetti sociali della condizione di vita degli hanseniani e dei loro familiari sia in relazione ai problemi sanitari. A questo punto sono necessarie alcune considerazioni sintetiche: nel nostro paese sono stati riconosciuti e censiti 467 casi di morbo di Hansen, dunque ci sono 467 familiari a carico, e questi percepiscono il sussidio. Il morbo è presente in tutte le regioni d'Italia tranne l'Umbria, la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e la provincia di Bolzano. Il numero degli hanseniani in Italia è rimasto pressoché invariato dal 1973 ad oggi: nel 1973 erano 553, di cui 186 ricoverati; og-

gi, a dire la verità, grazie ai documenti forniti dal Ministero sappiamo che sono 467 ma non sappiamo quanti siano ricoverati nelle colonie per hanseniani. L'andamento del morbo di Hansen in Italia è stazionario, anzi sembra che vi sia un lieve aumento negli ultimi anni, ma il dato più significativo e grave è rappresentato dal fatto che dei 467 casi registrati solo un centinaio è costituito da casi di importazione, mentre gli altri sono autoctoni; quindi, a differenza degli altri paesi europei che registrano solo poche decine di casi di morbo di Hansen di importazione, in Italia abbiamo ancora la lebbra endemica ed è questo un altro significativo indice della contraddizione del quadro epidemiologico del nostro paese, che vede un forte aumento delle malattie delle società industriali e tecnologicamente avanzate e la presenza di malattie tipiche di paesi eufemisticamente detti in via di sviluppo, i paesi del sud del mondo. Il morbo di Hansen, infatti, è una malattia tipica dei paesi del sottosviluppo, della fame, della miseria, paesi nei quali esistono estrema povertà e carenza di strutture igienico-sanitarie. Nel mondo si calcola — mi riferisco ai dati forniti dalla Organizzazione mondiale della sanità — che vi siano circa 20 milioni di hanseniani, che rappresentano un grande problema sanitario su scala mondiale, per cui sono continui da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità gli inviti a potenziare la ricerca scientifica per combattere questo morbo. A questo proposito incidentalmente, se mi è consentito, vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi e del Governo sulla necessità, nell'ambito degli aiuti ai paesi in via di sviluppo, a quei paesi nei quali si muore di fame ed anche per questo tipo di malattie, di potenziare anche quegli interventi rivolti alla cura, appunto, di certi tipi di malattie.

Se è vero che 467 casi — sia rispetto alla situazione di altri paesi quali l'Asia, l'Africa o l'America latina, sia rispetto al numero totale degli abitanti del nostro paese — non rappresentano una cifra sconvolgente, dobbiamo però porci il problema della esistenza di questa malattia an-

cora in forma endemica. Così come è accaduto negli altri paesi europei, non vedo perché essa non debba scomparire anche nel nostro.

ANTONIO VENTRE, *Relatore*. Prendono 700 mila lire al mese, come si fa?

ANGELA GIOVAGNOLI SPOSETTI. Questi sono i dati: andiamo a vedere se ci sono falsificazioni, andiamo a vedere se c'è chi certifica l'esistenza del morbo di Hansen senza che esso ci sia ed evidenziamo questi casi; ma il problema esiste e ce lo dobbiamo porre con molta serietà.

Sappiamo tutti che la maggiore difficoltà nel debellare la lebbra consiste nel fatto che ancora non si riesce a mettere a punto il vaccino per l'impossibilità di coltivare il bacillo *microbacterium leprae*. Tuttavia sappiamo (dal momento che i dati scientifici e medici lo dicono con chiarezza) che la lebbra si cura e guarisce. Guariscono tutti i tipi di lebbra prevalenti, cioè la lebbra lepromatosa e la lebbra tubercoloide, ed anche le forme più gravi, che hanno andamento cronico, registrano periodi di remissività e comunque non sono contagiose. Colui che è colpito dal morbo di Hansen se curato non è contagioso e può svolgere una normale attività, come tutti i cittadini. La cura è stata da tempo individuata, soprattutto dopo la scoperta degli antibiotici, associando appunto questi ultimi (rifampicina e clofazimina) ai sulfaminici; la cura, dunque, funziona, ma è costosa ed è per questo motivo — mi riferisco ai paesi del sud del mondo — che ci sono ancora molte difficoltà nel curare il morbo di Hansen. Sappiamo anche che la lebbra è una malattia non contagiosa, molto meno contagiosa della tubercolosi, e che è inquadrabile, secondo gli specialisti, tra le malattie da immunodeficienza, tanto è vero che si è constatato che il contagio può avvenire più facilmente tra genitori e figli, i quali poggiano su uno stesso tipo di struttura immunitaria, che non tra coniugi.

Se tutto ciò è vero, se è vero che si tratta di una malattia poco contagiosa e curabile con successo, tanto più diventa

inaccettabile l'ingiustizia dell'esclusione e dell'isolamento degli hanseniani e dei loro familiari sani dal contesto della vita sociale. È inaccettabile una emarginazione, una condanna a vita per chi ha avuto la malattia ma è guarito e potrebbe riprendere a svolgere tutte le attività e condurre una vita normale. Sappiamo che questo isolamento è determinato da antiche e irrazionali paure o dalla ignoranza. Ricordiamo tutti l'episodio del piccolo Giuseppe Galli di Pescara il quale, alcuni anni fa, contagiato all'estero, curato e guarito, fu comunque escluso dalla scuola a seguito di una sollevazione di tutti i genitori e del personale della scuola stessa, tanto che il Presidente della Repubblica Pertini lo invitò a pranzo al Quirinale, l'abbracciò e lo baciò per dimostrare a tutti che era perfettamente guarito e che doveva rientrare a scuola. Ci rendiamo conto che le norme di legge, anche se nuove, non cambiano nell'immediato la mentalità, la cultura prevalente, il costume, ma è anche vero che la legge non può assecondare l'ignoranza ed offrire copertura ad ingiustizie gravi. Se guardiamo la situazione odierna vediamo che il timbro di hanseniano o di figlio di hanseniano diventa un marchio di esclusione; se pensiamo ai ricoveri eccessivamente lunghi e non sempre giustificati ai quali sono sottoposti gli hanseniani in alcuni centri e colonie; se pensiamo alla perdita del posto di lavoro cui vanno incontro questi soggetti o all'impossibilità di trovare lavoro anche per i loro familiari; se pensiamo poi ai disagi di chi è stato malato e che deve continuare a sottoporsi a periodici accertamenti sanitari obbligatori ogni tre mesi, compiendo anche lunghi viaggi per certe specifiche analisi diagnostiche, allora risulta di tutta evidenza che non può non porsi un problema di ordine sociale, ancorché sanitario, circa la prevenzione e la profilassi per impedire l'insorgere di nuovi casi di soggetti colpiti dal morbo di Hansen.

Tutta questa situazione può comportare il rischio di « clandestinità » di alcuni malati per sottrarsi al ruolo di « hanseniano di Stato ».

L'attuale legislazione in materia, apparentemente rigida e volta a tutelare le persone sane da un possibile rischio di contagio, di fatto costringe colui che è colpito dal morbo di Hansen a nascondersi proprio per evitare di essere escluso dalla società per il resto della sua vita.

Indubbiamente, per affrontare e approfondire una revisione normativa in materia (una revisione, cioè che non si limiti solamente ad un aumento del sussidio previsto per gli hanseniani) ritengo che occorra che la nostra Commissione acquisisca pareri tecnici di esperti in questo campo. All'uopo, si potrebbe prevedere una audizione *ad hoc*, entro brevissimo tempo, di esperti dermatologi dell'università di Stato, del policlinico Gemelli, dell'IDI e dell'Istituto superiore di sanità, ove si è svolto un seminario sul morbo di Hansen.

Ripeto, un'audizione di questo genere, necessaria ad acquisire informazioni e pareri per una modifica dell'attuale normativa, potrà senz'altro tenersi in tempi brevi. Essa sarà, infatti, utilissima per acquisire chiarimenti sulla malattia, sulla sua contagiosità e sul tipo di profilassi, sulla durata dei ricoveri, sugli accertamenti sanitari obbligatori, e sull'individuazione delle sedi delle strutture sanitarie nelle quali effettuare gli accertamenti periodici.

È questa una richiesta che a nome del gruppo comunista formulo non perché la nostra intenzione sia quella di perdere o far perdere tempo, cioè di prolungare l'iter legislativo del provvedimento di legge in ispecie, ma perché se è giusto quello che è stato scritto su alcuni giornali (del morbo di Hansen e degli hanseniani, in genere, se ne parla soltanto in concomitanza con la giornata mondiale dei malati di lebbra, che cade l'ultima domenica di gennaio), una volta constatato l'aspetto anacronistico delle attuali colonie hanseniane (*ex lebbrosari*) e la ingiustificata e incivile condanna degli hanseniani all'isolamento e alla inattività, non possiamo più limitarci ad un aumento del sussidio senza affrontare tutti gli altri aspet-

ti riguardanti — come ho sommariamente accennato — la condizione degli hanse-niani. Diversamente, come è sempre sinora accaduto, tutti noi approveremmo questo disegno di legge, anche alla unanimità, ma sostanzialmente rimarremmo scontenti.

Per quanto riguarda le sollecitazioni che riceviamo, gli *ultimatum* e da parte del signor Ursino anche le minacce (quest'ultimo si qualifica come rappresentante degli hanse-niani; ma bisognerebbe sapere veramente se ha o meno la delega espresa di tutti i 467 hanse-niani o della maggioranza di essi), vorrei rilevare che certamente il signor Ursino non rende un buon servizio alla causa degli hanse-niani. Infatti egli non solo si limita a rappresentare le richieste economiche di quella parte degli hanse-niani ricoverati permanentemente o comunque rassegnati e che non si aspettano altro che un aumento del contributo assistenziale, ma usa come strumento di pressione proprio l'arma della « paura della lebbra » facendo leva su quei timori irrazionali che sono la causa di emarginazioni ed esclusioni.

Per quanto ci riguarda, non soltanto non temiamo la presenza degli hanse-niani a Montecitorio, ma, al contrario, riteniamo che sarebbe molto importante avere un incontro con una delegazione rappresentativa e apprendere direttamente i loro problemi.

Entrando nel merito del disegno di legge n. 1908, vorrei dire che ad un primo sommario esame il contributo assistenziale in esso previsto potrebbe apparire come un trattamento economico privilegiato rispetto ad altre categorie (ad esempio, quella degli handicappati gravissimi). Indubbiamente se non si conosce la reale situazione di vita dell'hanse-niano e dei suoi familiari, di fatto isolati a causa di atavici pregiudizi alcune cose potrebbero apparire alquanto singolari, come il fatto, ad esempio, che l'assegno assistenziale viene corrisposto ai familiari anche dopo la morte dell'hanse-niano.

Entrando più specificamente nel merito della normativa in esame farò alcune

considerazioni sulla spesa globale relativa al contributo assistenziale agli hanse-niani.

Tutti sappiamo che quanto si spende per questo contributo è totalmente a carico del Fondo sanitario nazionale. Nel 1983 la spesa complessiva sostenuta è stata pari a 3 miliardi e 930 milioni; per il 1984 è stata prevista una spesa di 4 miliardi e 175 milioni. Il disegno di legge presentato dal Governo prevede un aumento di tale spesa complessiva per un miliardo e 100 milioni; si arriverà cioè ad un ammontare totale pari a 5 miliardi e mezzo per l'assistenza diretta agli hanse-niani. Questi sono dati che conosciamo, anche se non sappiamo a quanto ammonta la spesa per quegli hanse-niani ricoverati permanentemente. Non mi riferisco alle spese del trattamento sanitario della malattia e degli accertamenti, ma alle spese di ricovero dell'hanse-niano. Chiedo al Governo di fornirci le cifre, perché anche qui dobbiamo fare un bilancio tra l'ammontare delle spese ed i risultati che conseguiamo sia per diminuire i casi di malattia sia per rendere più accettabile la vita all'hanse-niano.

Vorrei ricordare che con la legge n. 126 del 1980 si unificò il contributo eliminando la differenza tra hanse-niani ricoverati e hanse-niani curati a domicilio. A nostro avviso, questa differenza, anche se modesta, andrebbe ripristinata, perché per tutte le altre categorie esiste una differenza tra l'assistenza (parlo sempre di assistenza economica) di chi è ricoverato a spese dello Stato e quella di chi è curato a domicilio.

Dobbiamo discutere della congruità degli aumenti e risolvere in qualche modo il problema del tetto del reddito annuo fissato perché l'hanse-niano abbia diritto al sussidio. Non capisco perché non riusciamo a trovare un meccanismo per un aumento automatico periodico sia del contributo sia del tetto: ad esempio, potremmo riferirci all'adeguamento delle pensioni oppure ad un adeguamento annuo, ma fissando la percentuale dell'aumento annuale. Questo perché, a distanza di un anno dall'approvazione della legge, ricominceremo ad avere sollecitazioni

per adeguare il contributo. È sempre stato così. Il sottosegretario Cavigliasso, come i suoi predecessori, ha da tempo ricevuto sollecitazioni in tal senso. Dopo un anno si ricomincia a chiedere un aumento che verrà dato dopo due anni, per cui ogni tre o quattro o cinque anni siamo costretti a rivedere il contributo e il tetto. Ecco perché varrebbe la pena di trovare un meccanismo semplice che stabilisca l'importo della cadenza annua in base alla percentuale di aumento del costo della vita, dopodiché per qualche anno potremo aver risolto questo problema del contributo economico.

Un'altra questione riguarda l'integrazione dell'assegno per i familiari a carico. Si ritorna, con alcune modifiche, a quanto era previsto nella legge n. 921 del 1962, che fu abrogata con le leggi del 1980 e che prevedeva il contributo fino al ventesimo anno per i figli maschi e fino al trentesimo per le femmine. Ora, si unifica il contributo fino al trentunesimo anno di età. Quindi, si ripristina, pur modificandola, una norma vecchia, ma si abroga la disposizione che prevede la corresponsione del contributo fino a ventiquattro mesi dopo la morte dell'hanseniano. Queste norme possono apparire singolari, ma ci dobbiamo rendere conto che, quando muore l'hanseniano, il sussidio e quella piccola integrazione per ogni familiare a carico cessano, per cui vi sono persone che si trovano di colpo senza niente. I figli a carico, poi, non riescono a trovare lavoro, perché su tutti i certificati è stampato «figlio di hanseniano». Vi sono anche persone adulte che vivono con cinquemila lire! Si propone quindi l'integrazione del sussidio giornaliero. Questa è la realtà. Ecco perché non mi scandalizza per niente l'erogazione di contributi economici a favore dei familiari conviventi e a carico che continui anche dopo la morte dell'hanseniano, purché vi sia la correttezza di tutti gli organi amministrativi periferici che debbono presiedere all'accertamento delle condizioni di vita e al controllo della situazione reale.

In base al disegno di legge, gli hanseniani sono obbligati a sottoporsi ogni trimestre agli accertamenti sanitari. Infatti, il sussidio che viene corrisposto è a carico del Fondo sanitario nazionale. Questa è una cosa abbastanza incredibile, che non sta in piedi, perché molti di loro per questo devono compiere lunghi spostamenti. Riteniamo che tutto ciò potrebbe essere evitato con l'individuazione di un presidio sanitario, in ogni regione, all'interno del reparto di malattie infettive del policlinico o di un ospedale del capoluogo di regione. Non capiamo perché questo non debba essere possibile. Mi rendo conto che nella prima fase, quando si manifesta la malattia e vi è bisogno del ricovero per alcuni mesi, ci si deve rivolgere a centri specializzati, per cui può anche essere necessario uno spostamento, ma per gli accertamenti normali trimestrali dobbiamo fare in modo che siano individuati presidi in ogni regione. Questo dovrebbe essere un tema di confronto, su cui chiedere il parere agli specialisti che riteniamo debbano essere ascoltati.

Vi sono altre questioni davvero incredibili: gli hanseniani pagano il *ticket* sui farmaci, perché nel decreto ministeriale del 23 novembre 1984, che riporta l'elenco delle malattie per le quali è prevista l'esenzione dal *ticket*, non c'è il morbo di Hansen. Non solo, ma gli hanseniani sopportano spese quando devono compiere i viaggi per sottoporsi agli accertamenti sanitari obbligatori.

Un altro problema riguarda l'imputazione della spesa al Fondo sanitario nazionale. La spesa è nettamente assistenziale, tant'è vero che nella legge si parla di provvidenze e sussidi a favore degli hanseniani. Considerando che il Governo vuole chiarezza nella spesa e che il ministro della sanità ha tentato anche di separare l'inseparabile cercando di individuare il confine fra la spesa sanitaria e quella sociale anche per quei servizi in cui è difficile farlo (poi il discrimine è stato superato), e cioè quelli di prevenzione e riabilitazione territoriali, non riusciamo a capire perché questa spesa assistenziale sia a carico del

Fondo sanitario nazionale e non si trovi una più corretta collocazione nel bilancio dello Stato e del Ministero del tesoro.

Il Consiglio sanitario nazionale, nell'esprimere il parere sulla ripartizione dei fondi per gli hanseniani, ha richiamato la coerenza con l'articolo 30 della legge finanziaria n. 730 del 1983, e cioè che questi contributi dovrebbero essere erogati dalle USL che dovrebbero tenere la contabilità separata. Anche questa nota mi pare molto chiara. La contabilità separata si tiene per la gestione degli interventi assistenziali, neanche socio-sanitari. Ho voluto ripetere questo richiamo già abbondantemente fatto nel 1980.

Per quanto riguarda l'ultimo comma dell'articolo 1, concernente gli accertamenti sanitari obbligatori (scusate se ritorno su tale questione), vi è la necessità di individuare le sedi; non si fa riferimento in questo comma al trattamento sanitario obbligatorio in relazione alle disposizioni della legge n. 833 e non capiamo perché sia stato eliminato tale riferimento, dato che abbiamo abrogato la precedente disposizione che dovrebbe, a mio avviso, essere ripristinata.

In conclusione, signor presidente, proponiamo una audizione con gli esperti da tenersi la prossima settimana e proponiamo anche di affrontare la discussione di quelle proposte di modifica alla normativa vigente che abbiamo testé illustrato con questi interventi.

MARIAPIA GARAVAGLIA. Sarò brevissima perché ci stiamo occupando di una materia che in questa Commissione ha avuto più spazio di quello che probabilmente merita il piano nazionale stesso. Desidero partire da una affermazione della collega Giovagnoli per indicare una coincidenza di preoccupazioni. Io credo che ciascuno, nella sua responsabilità, cerchi di rispondere come deve, e che il Governo abbia presentato questo disegno di legge, in presenza di precedenti normative, anche a seguito di insistenze che quando vengono dai cittadini trovano spesso udienza.

Nel merito, però, sono valide tutte le osservazioni fatte in questa come in altre sedi. Purtroppo, anche sotto il profilo culturale, ogni volta che utilizziamo il nome dello scienziato per individuare la malattia, in qualche maniera esorcizziamo il problema: parlando di hanseniani invece che di lebbrosi crediamo di evitare una emarginazione ed invece li emarginiamo di più.

Questa Commissione è interessata ai problemi rigorosamente sanitari e per la lebbra, come per le altre malattie, è interessata soprattutto alla fase preventiva oltre che a quella curativa, e, d'altra parte, il numero delle persone, i farmaci e le terapie individuate sono coerenti e fruttuosi ai fini terapeutici. Il problema del reinserimento sociale, invece, non deve essere affrontato da questa Commissione anche se noi non censuriamo certo la preoccupazione del Governo di dare quegli aiuti che dà anche in altre situazioni di deficienza. Si tratta di una preoccupazione accettabile ma la congruità è da rivedere e forse tali interventi devono essere iscritti sotto la voce « assistenza », che per ora è affidata al Ministero dell'interno.

Come Commissione sanità, ci preoccupa il modo di evitare l'emarginazione e ritengo che la richiesta di audizione di specialisti, che è stata avanzata dalla collega Giovagnoli sia funzionale anche a tal fine. Certo il morbo di Hansen non è contagioso se Raul Follerau è diventato vecchissimo tra i lebbrosi dell'Africa e Marcello Candia è morto di altro e non di lebbra in sud America. Ma ci sono problemi che l'opinione pubblica recepisce a livello di commozione, non come mutamento di mentalità. La giornata mondiale della lebbra è stata inventata da chi non ha avuto paura di andare, privo di farmaci, a curare quei fratelli. Noi qui abbiamo il dovere di fare in modo che, se la lebbra non è contagiosa, se non crea problemi particolari e comunque non crea problemi maggiori di quelli che hanno i bambini emofilici o i tetraplegici — persone che a causa della loro menomazione non possono lavorare, mentre i lebbrosi sarebbero in grado di lavorare se

si consentisse loro di farlo —, questa realtà sia finalmente recepita da tutti.

Nei casi in cui vi è cronicità, invece, e quindi è richiesto un particolare impegno economico a fini terapeutici, il Ministero della sanità e questa nostra Commissione hanno da compiere ulteriori passi in avanti per quanto riguarda il *ticket*, le cure, la diffusione sul territorio dei servizi. Per essere estremamente sintetica, mi limito a dire che tutti questi sono aspetti che potremo mettere a fuoco con una audizione che sarà utile a noi ed al Governo per definire un provvedimento che diventi risolutivo. Ogni legge è perfezionabile e può essere sempre adeguata alla realtà del paese, ma quella che ci apprestiamo a varare deve essere comunque una disciplina-quadro e non solamente assistenziale e parzialmente sanitaria.

Da ultimo bisogna anche tener conto del fatto che i destinatari di questa normativa sono 500, non pochi in termini quantitativi ma certo non tanti quanti

possono essere i cittadini interessati ad altri problemi che pure dobbiamo affrontare.

**PRESIDENTE.** Per concomitanza con i lavori dell'Assemblea, sospendo i nostri lavori e rinvio il seguito della discussione ad altra seduta.

Comunico ai colleghi che in sede di ufficio di presidenza sarà affrontata la questione relativa all'audizione informale di esperti che in quella sede saranno indicati.

**La seduta termina alle 11,40.**

---

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

---