

COMMISSIONE XIV
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

93.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO 1987

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **FRANCESCO LUSSIGNOLI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Disegno di legge (Seguito della discussione e rinvio):		RUBINO RAFFAELLO	7
Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per l'anno 1985 (<i>Approvato dal Senato</i>) (4157)	3	TAGLIABUE GIANFRANCO	4, 9
LUSSIGNOLI FRANCESCO, Presidente	3, 5, 9	Proposta di legge (Discussione e rinvio):	
BARONTINI ROBERTO	7	Senatori CAROLLO ed altri: Modifiche ed integrazioni della legge 28 marzo 1968, n. 416, concernente l'istituzione delle indennità di rischio da radiazioni per i tecnici di radiologia medica (<i>Approvata dal Senato</i>) (4204)	10
D'AQUINO SAVERIO, Sottosegretario di Stato per la sanità	4, 6, 8, 9	LUSSIGNOLI FRANCESCO, Presidente	10, 13
FALCIER LUCIANO, Relatore	8, 9	VENTRE ANTONIO, Relatore	10
PALOPOLI FULVIO	8		

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 10,20.

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

(È approvato).

Seguito della discussione del disegno di legge: Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per l'anno 1985 (Approvato dal Senato) (4157).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per l'anno 1985 », già approvato dal Senato nella seduta del 6 novembre 1986.

Ricordo che nella seduta del 5 febbraio scorso l'onorevole Falcier aveva svolto la relazione.

Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Poiché nessuno chiede di parlare, la dichiaro chiusa.

Passiamo all'esame degli articoli.

Do lettura del primo articolo:

ART. 1.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro 60 giorni dalla pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* del decreto ministeriale di cui al comma 2, determinano, ciascuna per quanto di competenza, l'ammontare com-

plessivo della spesa sanitaria corrente, di esclusiva competenza dell'esercizio finanziario 1985, relativa all'assistenza sanitaria erogata direttamente o in forma convenzionata, secondo i livelli assistenziali previsti dall'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e successive modificazioni. Determinano, inoltre, sulla base dei relativi accertamenti:

a) l'ammontare delle entrate, di esclusiva competenza dell'esercizio finanziario 1985 del fondo sanitario nazionale, ripartito e finalizzato dal CIPE al finanziamento della spesa corrente di cui al predetto articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, e successive modificazioni;

b) l'importo delle somme a carico del proprio bilancio per la parte destinata al finanziamento delle funzioni sanitarie, ai sensi del secondo comma dell'articolo 25 della legge 27 dicembre 1983, n. 730;

c) l'ammontare complessivo delle entrate, acquisite direttamente dalle unità sanitarie locali, ai sensi del predetto articolo 25 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, e, per la parte riferibile all'assistenza sanitaria, dagli istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico di cui all'articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dall'ospedale Galliera di Genova e dagli enti ospedalieri riconosciuti ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132, ancora non trasferiti alla data del 31 dicembre 1985 alle unità sa-

нитарie locali competenti nonché dai policlinici universitari direttamente convenzionati con le regioni e le province autonome. Determinano, altresì, ai sensi del citato articolo 25 della legge n. 730 del 1983, con separata evidenziazione, l'ammontare destinato al finanziamento della spesa in conto capitale.

2. Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della tesoro, con proprio decreto da emanarsi entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce:

a) le caratteristiche ed i contenuti del prospetto dimostrativo delle risultanze della gestione di competenza per l'esercizio finanziario 1985, da allegare all'atto di determinazione, di cui al comma 1;

b) le caratteristiche ed i contenuti delle dichiarazioni di accertamento, di cui all'articolo 2.

3. Nel caso in cui all'esposizione delle determinazioni di cui al comma 1 risulti una spesa complessiva superiore all'entrata, le regioni e le province autonome devono indicare come detta differenza sia imputabile alle cause sotto elencate, specificando il corrispondente ammontare di ciascuna ed indicando i fattori che le hanno determinate:

a) variazioni nel prezzo dei fattori o dei servizi impiegati per l'erogazione dell'assistenza sanitaria;

b) imputazione alla competenza dell'esercizio finanziario 1985 degli oneri conseguenti alla integrale applicazione del contratto di lavoro, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348, se ed in quanto i relativi effetti non risultino già applicati nei precedenti esercizi;

c) mancato conseguimento per l'anno 1985 degli obiettivi di riequilibrio territoriale, secondo gli indirizzi contenuti nella deliberazione del CIPE in data 20

dicembre 1984 concernente la ripartizione del fondo sanitario nazionale 1985 di parte corrente.

4. Le regioni e le province autonome provvedono alla trasmissione degli atti di determinazione, di cui al comma 1, ai Ministeri della sanità e del tesoro.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Debbo purtroppo rilevare che né il relatore né il Governo hanno risposto ad alcuni quesiti posti nel corso dell'esame del disegno di legge in sede referente.

Gli emendamenti che il Governo ha preannunciato nella seduta del 5 febbraio scorso fanno riferimento alla copertura finanziaria del fabbisogno degli enti in questione, per il 1986. Si tratta di un'esigenza che il nostro gruppo, insieme ad altri, aveva sottolineato con forza. Tuttavia ciò non è sufficiente perché, a mio avviso, è importante sapere anche a quanto ammonta il fabbisogno per il 1985.

Inoltre — intendo precisarlo — il Governo nel preannunciare i suddetti emendamenti ha fatto solo riferimento all'aumento della capacità di contrazione dei mutui (con un conseguente onere valutato in 800 miliardi) senza in alcun modo specificare né l'entità del fabbisogno per il 1985 né quello per il 1986.

SAVERIO D'AQUINO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Onorevole Tagliabue, l'articolo aggiuntivo 3-bis, che ho preannunciato, prevede che: « Entro i successivi 30 giorni le regioni e le province autonome determineranno l'ammontare complessivo della spesa sanitaria corrente dell'esercizio finanziario 1986 ». Con ciò, mi pare di aver risposto al suo quesito.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Signor rappresentante del Governo, è noto che in base alla legislazione in vigore le USL debbono presentare il preconsuntivo, che precede l'esame del bilancio preventivo, entro il 30 settembre di ogni anno. Ora, se non si è in grado di specificare quale sia l'ammontare del fondo sanitario nazionale al 31 dicembre 1986, il Governo

ci informi almeno sul rendiconto consuntivo al 30 settembre 1986, visto che ciò è senz'altro possibile in quanto le regioni hanno già provveduto a comunicare i dati in proposito!

Debbo aggiungere che il Governo non ha fornito risposta neppure sulle ragioni dello squilibrio di circa mille miliardi determinatosi nella spesa per beni e servizi delle unità sanitarie locali; un capitolo ove è effettiva la discrezionalità degli amministratori di tali organi. Un dato del genere ci consentirebbe, tra l'altro, di appurare se si sia verificato uno « sfondamento » rispetto alle previsioni finanziarie compiute dal Ministero della sanità. Al riguardo, se ben ricordo, il Governo si era riservato, nel corso della seduta del 19 novembre 1986, di fornirci alcuni dati in materia. Ma questo non è ancora avvenuto. Non abbiamo avuto, inoltre, la possibilità di conoscere in modo più chiaro le eventuali quote indistintamente a disposizione delle regioni.

Prendiamo atto positivamente, invece, del fatto che il Governo ha presentato un emendamento per il ripiano al 31 dicembre 1986, perché si tratta di un dato importante.

Avevamo posto, poi, un ultimo problema, molto delicato, e mi auguro che il Governo ci possa fornire delucidazioni. Nella seduta del 19 novembre 1986 avevamo dato informazione dell'esistenza di un telegramma dei ministri della sanità e del tesoro che autorizzava, per il 1986, un'ulteriore spesa di 1.700 miliardi. Per quanto eravamo riusciti a capire — chiedo chiarimenti al rappresentante del Governo — questa quota aggiuntiva andrebbe a risanare i debiti degli *ex* enti ospedalieri, per i quali siamo in attesa dell'assegnazione in sede legislativa congiunta delle Commissioni sanità e finanze del relativo provvedimento di sanatoria. Se quel provvedimento è di sanatoria definitiva dei debiti degli *ex* enti ospedalieri, vorremmo sapere il vero contenuto del telegramma di due ministri che autorizzerebbe questa spesa ulteriore. Sarebbe molto importante se il rappresentante del Governo fosse in grado di chiarirci la portata del telegramma, perché stiamo

parlando di un provvedimento di sanatoria della sottostima del fondo sanitario nazionale 1985-1986 e, contemporaneamente, il telegramma citato autorizzerebbe la spesa che ho detto per gli *ex* enti ospedalieri.

Riguardo all'emendamento presentato dal Governo di ripiano per il 1986, vorremmo conoscere qualche dato a proposito degli oneri derivanti dal rinnovo della convenzione per la medicina generica, almeno per quanto riguarda il 1986. Dato che si afferma che, relativamente al 1986, devono essere coperti anche gli oneri derivanti dal rinnovo della convenzione per la medicina di base, sarebbe assai utile se il Governo ci fornisse chiarimenti in merito ai presumibili costi per la medicina convenzionata di cui si sta trattando, in sede ministeriale, il rinnovo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo 1.

(È approvato).

Poiché agli articoli 2 e 3 non sono stati presentati emendamenti, li porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura:

ART. 2.

1. Al fine di rendere possibile l'adozione degli atti di rispettiva competenza, i comitati di gestione delle unità sanitarie locali ed i consigli di amministrazione degli istituti, enti ed università di cui al comma 1 dell'articolo 1, entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale di cui al comma 2 dello stesso articolo, deliberano, con atto ricognitivo, da trasmettere alle relative regioni o province autonome, l'accertamento delle spese e delle entrate relative all'esclusiva competenza dell'esercizio finanziario 1985, secondo il predetto decreto ministeriale.

2. L'atto ricognitivo di cui al comma 1 deve essere controfirmato dal coordinatore amministrativo e dal presidente del collegio dei revisori per le unità sanitarie locali ovvero dal direttore amministrativo

e dal presidente del collegio dei revisori per gli istituti, enti ed università di cui al comma 1 dell'articolo 1, i quali, congiuntamente, ne attestano la corrispondenza alle scritture od alle documentazioni contabili delle rispettive amministrazioni. Copia di tale deliberazione è allegata, quale parte integrante, agli atti di cui all'articolo 1.

(È approvato).

ART. 3.

1. La maggiore spesa derivante dalle risultanze della determinazione di cui al comma 1 dell'articolo 1 è finanziata dalle regioni e dalle province autonome mediante impiego della somma eventualmente non utilizzata a valere sulla quota indistinta del fondo sanitario nazionale di parte corrente per l'anno 1985 e, per la differenza, mediante operazioni di mutuo con la Cassa depositi e prestiti secondo criteri e procedure stabiliti con decreto del Ministro del tesoro.

2. La domanda di mutuo da parte delle regioni e delle province autonome deve essere trasmessa contestualmente all'invio dell'atto di cui al comma 1 dell'articolo 1. L'onere di ammortamento dei predetti mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato. Non si applicano i limiti per l'assunzione di mutui previsti dalle vigenti disposizioni per le regioni e le province autonome.

3. Le regioni e le province autonome possono autorizzare, anche in deroga alle vigenti disposizioni, le unità sanitarie locali e gli istituti, enti ed università di cui al comma 1 dell'articolo 1, ad iscrivere, tra gli impegni dell'esercizio finanziario 1985, le obbligazioni effettivamente assunte entro il 31 dicembre 1985 in eccedenza ai rispettivi stanziamenti di bilancio.

4. Le regioni e le province autonome, in attesa della definizione dei mutui di cui al presente articolo, possono disporre anticipazioni di fondi alle unità sanitarie locali nonché agli istituti, enti ed università di cui al comma 3.

(È approvato).

Il Governo ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

Dopo l'articolo 3, inserire il seguente articolo 3-bis:

ART. 3-bis.

1. Le disposizioni di cui ai precedenti articoli si applicano con riferimento all'esercizio finanziario 1986, intendendosi conseguentemente aggiornati i riferimenti temporali ivi contenuti.

2. Relativamente all'anno 1986, le lettere b) e c) di cui all'articolo 1, comma 3, sono sostituite dalle seguenti:

« b) imputazione alla competenza dell'esercizio finanziario 1986 degli oneri conseguenti al rinnovo delle convenzioni di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di pertinenza dello stesso esercizio;

c) mancato conseguimento per l'anno 1986 degli obiettivi di riequilibrio territoriale secondo gli indennizzi contenuti nella deliberazione del CIPE in data 19 dicembre 1985, concernente la ripartizione del Fondo sanitario nazionale 1986 di parte corrente ».

3. La deliberazione dell'atto ricognitivo di cui all'articolo 2, comma 1, relativo all'accertamento delle spese e delle entrate di esclusiva competenza dell'esercizio finanziario 1986 è adottata entro 90 giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale di cui al comma 2 dell'articolo 1. Entro i successivi 30 giorni le regioni e le province autonome determinano l'ammontare complessivo della spesa sanitaria corrente dell'esercizio finanziario 1986.

3. 01.

SAVERIO D'AQUINO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Ho già chiarito, nel corso della precedente seduta, quali sono i principi ispiratori di questo articolo aggiuntivo.

Per quanto riguarda le giuste osservazioni dell'onorevole Tagliabue, devo dire che in genere si può arrivare ad una sintesi per vedere a quanto ammonti il

fabbisogno solo dopo l'approvazione della legge. È chiaro che in questo modo si effettua un calcolo a consuntivo, però bisognerebbe avere la possibilità di ottenere una proiezione che illustri qual è la situazione oggettiva. Non sono in grado di fornire tale proiezione perché, al momento, non possiedo i dati necessari. Devo dire, non per difendere gli uffici del Ministero della sanità, che molti dati non possono essere stati estrapolati e proiettati a causa della mancanza del consuntivo, espresso certo entro il mese di settembre, ma che, per diversi motivi, ancora non è stato approntato da parte di alcune regioni. Tuttavia, il Ministero si è fatto carico, per i prossimi anni, di porre in grado il Governo di rispondere attraverso proiezioni, come ha chiesto l'onorevole Tagliabue.

Per quanto attiene alla questione del telegramma dei ministri del tesoro e della sanità, il ministro della sanità desidera venire di persona in Commissione per parlare della questione dei debiti degli ex enti ospedalieri. Se il ministro non potrà, mi impegno, quale suo rappresentante, a fornire le notizie relative a tale questione.

RAFFAELLO RUBINO. Credo che le valutazioni dell'onorevole Tagliabue abbiano una loro reale consistenza. I dati che il Governo ci fornirà sono importanti indipendentemente dall'approvazione del provvedimento al nostro esame, che rappresenta comunque un fatto positivo. Ritengo, però, che la conoscenza di questa Commissione sui conti della sanità debba essere assai ampia. Poiché quindi abbiamo stanziato ingenti somme per il potenziamento del centro elettronico per la rilevazione dei dati, ritengo che il Governo potrebbe impegnarsi a far conoscere, entro la fine del mese, le risultanze che emergono da questa mastodontica strumentazione elettronica, accogliendo l'invito della Commissione e dandoci quindi la possibilità di una valutazione il più possibile aggiornata della situazione debitoria delle USL, sia per il 1985, sia per il 1986.

ROBERTO BARONTINI. Intervengo per manifestare, anche a nome del gruppo repubblicano, soddisfazione per questo emendamento del Governo, che accoglie richieste avanzate reiteratamente in passato da vari gruppi parlamentari.

Questo emendamento ci consente di coprire in modo sufficiente l'ulteriore indebitamento e di controllare la spesa sanitaria, dando quindi ai nostri amministratori chiarezza e maggior certezza di carattere finanziario.

Come hanno già detto i colleghi Tagliabue e Rubino, una maggiore conoscenza dell'entità dell'esposizione debitoria delle USL può essere indubbiamente utile sia a noi, sia ai nostri amministratori. Perciò anch'io credo che occorra impegnare il Governo — magari con un apposito ordine del giorno — a fornire cifre precise con riferimento sia al 1985, sia al 1986.

Voglio ora soffermarmi brevemente sui punti *b)* e *c)* del secondo comma dell'articolo aggiuntivo 3-bis. Al punto *b)* si parla di « imputazione alla competenza dell'esercizio finanziario 1986 degli oneri conseguenti al rinnovo delle convenzioni, di cui all'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di pertinenza dello stesso esercizio ». Ricordo che ci sono dei cortei di « camici bianchi » nella nostra capitale, motivati da varie esigenze, tra cui certamente quelle di carattere economico; ed esse sono sostanzialmente legittime, però vanno chiarite ed approfondite sulla base di quelle disponibilità di carattere finanziario di cui non si conoscono ancora l'esistenza e l'entità, dato che ci troviamo di fronte ad una ridda di cifre portate da vari rappresentanti del Governo (Gaspari, Donat Cattin, Goria).

Il punto *c)* parla poi del « mancato conseguimento per l'anno 1986 degli obiettivi di riequilibrio territoriale secondo gli indirizzi contenuti nella deliberazione del CIPE in data 19 dicembre 1985, concernente la ripartizione del fondo sanitario nazionale 1986 e di parte corrente ». Ora, è un dato di fatto che il riequilibrio territoriale secondo i predetti indirizzi ancora non esiste nel nostro

paese; perciò, prendendo spunto da questa lettera c) occorre muoversi politicamente per raggiungere questo obiettivo, in modo che le situazioni di squilibrio in tal senso non si ripercuotano sulla spesa sanitaria, imponendo correttivi che sono solo di carattere palliativo.

FULVIO PALOPOLI. È stato molto opportuno che il collega Tagliabue abbia proposto una questione già sollevata nel corso della discussione sulle linee generali, perché così abbiamo avuto una prima riconferma, da parte del rappresentante del Governo, circa l'esistenza di un consistente « buco » di debiti pregressi, che va sanato.

Eravamo del parere che questi problemi si dovessero affrontare radicalmente ed in questa sede, e dobbiamo ora dare atto al Governo del fatto che la presentazione di emendamenti aggiuntivi, volti ad affrontare la questione dei debiti delle USL, risponde a nostre sollecitazioni. Un altro provvedimento è alla nostra attenzione, cioè quello concernente il ripiano dei debiti degli *ex* enti ospedalieri: anche in quella sede, abbiamo avuto complessivamente la soddisfazione di aver visto prese in considerazione le proposte del nostro gruppo, che miravano a chiudere completamente questa partita debitoria. Tutto quanto è stato detto lì va ora riproposto, per giungere a delle soluzioni; perciò, al di là del varo di questo provvedimento, quella questione va affrontata e risolta, altrimenti saremo ancora qui tra non so quanti anni a chiederci il perché i debiti fin qui accumulatisi si sono andati moltiplicando.

Desidero poi osservare che è opportuna, a mio avviso, una precisazione al primo comma dell'articolo aggiuntivo 3-bis. Là dove si dice che: « le disposizioni di cui ai precedenti articoli si applicano con riferimento all'esercizio finanziario 1986 », penso che sarebbe preferibile dire che tali disposizioni « si applicano anche con riferimento all'esercizio finanziario 1986 », precisando così che tutta la nor-

mativa contenuta negli articoli precedenti si applica anche con riferimento a questo esercizio.

SAVERIO D'AQUINO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Mi sembra che il concetto che il collega Palopoli vorrebbe precisare è già sufficientemente chiaro. Cambiando la dizione del primo comma dell'articolo 3-bis, faremmo più confusione senza arrecare un vantaggio. La dizione di questo emendamento rispecchia gli intenti che tutti vogliamo perseguire.

La V Commissione bilancio dirà poi se, in realtà, questa dizione sia sufficiente o meno.

Desidero assicurare gli onorevoli Tagliabue, Rubino e Barontini, intervenuti nella discussione, che il Ministero della sanità si impegnerà a fornire nel più breve tempo possibile — come è stato richiesto — dati e notizie esaurienti circa lo stato finanziario delle USL e la situazione del ripiano dei debiti degli *ex* enti ospedalieri.

LUCIANO FALCIER, *Relatore*. Esprimo parere favorevole sull'articolo aggiuntivo 3. 01 presentato dal Governo, con il quale si intende prevedere la copertura finanziaria dell'eventuale disavanzo delle USL, per il 1986.

In riferimento alle considerazioni poc'anzi espresse dall'onorevole Tagliabue circa l'opportunità di meglio definire e quantificare il disavanzo per il 1985 e per il 1986, ritengo che i criteri individuati della normativa in oggetto potranno consentire la specificazione del disavanzo delle USL per entrambi gli anni in esame.

Per quanto riguarda, inoltre, la questione relativa al maggior onere derivante, e alla relativa copertura, dalla presente legge nonché ai criteri concernenti la durata e i tassi di interesse che saranno computati sui mutui erogati, a totale carico dello Stato, la norma fa espresso rinvio all'emanazione di un decreto ministeriale, successivo all'entrata in vigore della legge. Ritengo, tuttavia, che sulla materia la Commissione po-

trebbe riservarsi di presentare uno specifico ordine del giorno di istruzione per il Governo.

PRESIDENTE. Poiché l'approvazione dell'articolo 3.01 importerebbe un aumento di spesa, ne pongo in votazione il principio-base.

(È approvato).

Trasmetterò alla V Commissione bilancio l'articolo aggiuntivo affinché ne valuti le conseguenze finanziarie.

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 4.

1. All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, valutato in lire 315 miliardi per ciascuno degli anni 1988 e successivi, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno 1987, all'uopo utilizzando quota parte della proiezione per gli anni 1988 e 1989 dell'accantonamento concernente « Oneri derivanti dalle misure urgenti per assicurare talune prestazioni di assistenza sanitaria negli anni 1985 e 1986 ».

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

Il Governo ha presentato il seguente emendamento:

Sostituire l'articolo 4 con il seguente:

ART. 4.

1. All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, valutato in lire 800 miliardi per ciascuno degli anni 1988 e successivi, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento

iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo n. 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1987, all'uopo utilizzando la proiezione per gli stessi anni 1988 e 1989 dell'accantonamento concernente « Oneri derivanti dalle misure urgenti per assicurare talune prestazioni di assistenza sanitaria negli anni 1985 e 1986 ».

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

4. 1.

GIANFRANCO TAGLIABUE. La norma prevede che all'onere derivante dall'applicazione della presente legge si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1987-1989, al capitolo n. 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1987. Desidererei avere dal rappresentante del Governo alcuni chiarimenti in merito a questa copertura finanziaria, poiché a me consta che al capitolo suddetto si sia già fatto riferimento per la copertura degli oneri (circa 400 miliardi) derivanti dai *ticket* sanitari.

SAVERIO D'AQUINO, Sottosegretario di Stato per la sanità. Onorevole Tagliabue, l'emendamento è stato concordato con il Ministro del tesoro.

LUCIANO FALCIER, Relatore. Sono favorevole all'emendamento del Governo.

PRESIDENTE. Poiché l'emendamento 4. 1 reca la copertura del provvedimento, ne pongo in votazione il principio-base.

(È approvato).

Trasmetterò alla V Commissione bilancio l'emendamento affinché ne valuti le conseguenze finanziarie.

La votazione dell'articolo 4 è sospesa.

Poiché all'ultimo articolo non sono stati presentati emendamenti, lo porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura.

ART. 5.

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

(È approvato).

Assicuro che invierò tempestivamente alla V Commissione bilancio gli emendamenti approvati in linea di principio, per l'espressione del prescritto parere, al fine di pervenire, il più rapidamente possibile, all'approvazione del disegno di legge n. 4157.

Il seguito della discussione del provvedimento è rinviato ad altra seduta.

Discussione della proposta di legge senatori Carollo ed altri: Modifiche ed integrazioni della legge 28 marzo 1968, n. 416, concernente l'istituzione delle indennità di rischio da radiazioni per i tecnici di radiologia medica (Approvata dal Senato) (4204).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge di iniziativa dei senatori Carollo, Sellitti, D'Onofrio, Castiglione, Covi, Franza, Bastianini, Bompiani, Muratore, Buffoni, Spano Ottavio, Melotto, Cimino, Campus, Toros, Condorelli, Cartia e Rossi Aride: « Modifiche ed integrazioni della legge 28 marzo 1968, n. 416, concernente l'istituzione delle indennità di rischio da radiazioni per i tecnici di radiologia medica », già approvata dal Senato nella seduta del 21 novembre 1986.

L'onorevole Ventre ha facoltà di svolgere la relazione.

ANTONIO VENTRE, *Relatore*. Signor presidente, onorevoli colleghi, onorevole rappresentante del Governo, il progetto di legge al nostro esame, d'iniziativa dei senatori Carollo ed altri, ha per oggetto modifiche ed integrazioni della legge 28 marzo 1968, n. 416, concernente l'istitu-

zione delle indennità di rischio da radiazioni per i tecnici di radiologia medica.

Esso parte dalla constatazione che, a distanza di circa venti anni dall'approvazione della legge 28 marzo 1968, n. 416, che istituì l'indennità di rischio da radiazioni ionizzanti per i tecnici di radiologia, la sua misura è restata immutata: lire 30 mila mensili lorde, che all'epoca corrispondevano a un terzo dello stipendio.

Nella tanto scarna enunciazione che ho fatto, onorevoli colleghi, in questa laconicità di riferimento, io credo di aver già esaurito la relazione.

Siamo tutti degli addetti ai lavori e, chi più chi meno, a seconda di chi ha potuto avere maggiore o minore frequenza di rapporti con radiologi e tecnici di radiologia medica, avremo constatato *de visu* o sentito delle conseguenze della esposizione alle radiazioni. L'adeguamento, doveroso e sollecito, e tanto più sollecito quanto più esso è doveroso, dell'indennità nasce evidentemente dall'irrisorietà della cifra innanzi indicata svalutatasi in questi venti anni e, alla radice, dall'obbligo che lo Stato ha di tutelare la salute del cittadino. Sarebbe assai amaro se, in ossequio al noto precetto costituzionale, talora anche enfatizzato, dell'obbligo della tutela della salute come diritto del cittadino e interesse della collettività, ci preoccupassimo di apprestare i mezzi per tutelare la salute dei cittadini (malati o esposti al rischio di malattie o queste prevenendo) e dimenticassimo di dare riconoscimenti e mezzi agli operatori sanitari che quella tutela debbono, con loro personale rischio, assicurare.

Vorrei aggiungere che, allorché la legge sulla indennità fu varata, le provvidenze non intesero rappresentare la monetizzazione di un danno fisico, ma mirarono a costituire un concorso alle maggiori spese imposte ai medici e ai tecnici radiologici a scopo profilattico e terapeutico per il particolare regime di vita cui questi operatori debbono sottoporsi, specialmente per la difesa o il ripristino della crasi ematica, particolarmente colpita dalle radiazioni ionizzanti.

Fatta questa premessa, va detto che l'iter del progetto di legge, come ci viene dal Senato, avrebbe dovuto essere spedito, così come la necessità e il dovere di procedere all'adeguamento dell'indennità imponevano. L'adeguamento (è onesto darne atto) è stato sollecitato al Governo, anche con interrogazioni da parte di diversi parlamentari della maggioranza e dell'opposizione, e sarebbe stato celere e spedito — dicevo — se non fossero insorte difficoltà che si possono riassumere in un duplice ordine di motivi: l'opportunità (da taluni si era ipotizzata la necessità) di demandare la definizione della materia alla contrattazione sindacale, peraltro in corso di definizione; la necessità di non escludere dall'adeguamento altri soggetti esposti al rischio di radiazioni.

Il primo punto è stato superato, né poteva essere diversamente. Sarebbe stato, se non paradossale, quanto meno singolare teorizzare una sorta di « riserva » di contratto, invertendo i ruoli e le funzioni, e sottraendo alla sovranità della legge, e quindi del Parlamento, prerogative costituzionali. Il secondo punto è certamente assai delicato e problematico, essendo apparso doveroso ai colleghi della I Commissione di non escludere dall'adeguamento dell'indennità soggetti che, pur non essendo medici o radiologi né tecnici di radiologia medica, sono esposti a rischio di radiazioni ionizzanti.

Vi è da riferire, per completezza di relazione, che attualmente detta indennità viene percepita, oltre che dai medici e dai tecnici radiologi, anche da altri soggetti individuati in base all'articolo 48 del vigente contratto nazionale del comparto sanitario. Da parte di alcuni colleghi, è stata lamentata la « scandalosa, indiscriminata elargizione della predetta indennità a migliaia di operatori sanitari non esposti a rischio ».

Non è una novità, del resto, né una stranezza. Quando fu istituita l'indennità di rischio e contagio per malattie infettive, non ci fu un solo dipendente che non ne reclamasse l'attribuzione: finanche il giardiniere o il cappellano. Erano indennità per malattie diffuse, ed era

comprensibile quindi che fossero diffuse le richieste e le giustificazioni poste a loro base.

Nel caso in ispecie, per rispondere adeguatamente alla condizione posta dalla I Commissione affari costituzionali, ritengo doveroso individuare dell'indennità in parola la natura e l'origine, senza andare alla preistoria — non vi preoccupate — perché tutt'al più partirò dal 1865, anno in cui Roentgen scoprì i raggi X.

Nei decenni successivi si andarono attuando, tra i radiologi, precauzioni per l'uso dei raggi X, sulla base degli studi sulla dosimetria e sugli effetti biologici delle radiazioni. Con l'estendersi, negli ultimi due decenni in Italia, degli *standards* operativi di protezione, in pratica non si osservano più nei radiologi gli effetti somatici non probabili — cioè determinati — che compaiono con dosi di radiazioni elevate, superiori a valori-limite. Le sindromi conosciute come « sangue o cute del radiologo » sono infatti ormai limitate a casi di pregresse, importanti radiazioni.

Diversa ed invariata è invece la situazione per gli effetti tardivi, ritardati, di tipo probabilistico. La capacità di induzione di effetti probabili, da parte di piccole dosi, si può determinare nell'opposizione dei radiologi e dei tecnici radiologi che hanno l'arco di tempo lavorativo più lungo, in funzione della loro attività unicamente dedicata all'uso delle radiazioni ionizzanti.

La prospettiva di questi danni individuali si rapporta alla constatazione che la protratta esposizione alle radiazioni ionizzanti comporta un assorbimento di dose con possibilità di produrre, sia pure in frazioni molto ridotte dei soggetti irradiati, effetti dannosi.

Una prima sistemazione legislativa — riflesso degli studi nell'ambito delle scienze radiologiche e delle acquisizioni dosimetriche — si ebbe nel 1934 con il testo unico delle leggi sanitarie, nel quale si prevedeva il diploma di specializzazione per l'esercizio della radioterapia.

Nel dopoguerra maturarono in Italia, nei confronti dei paesi più avanzati in

materia di radioprotezione, le condizioni per l'aggiornamento legislativo, concretizzate nella pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica n. 185 del 1964. Il legislatore perseguiva, quale fine principale, quello della protezione della popolazione, attraverso la specifica qualificazione degli operatori che i dispositivi di legge identificavano esclusivamente nei radiologi, attribuendo alla stessa categoria l'impegno di un'attività e di una funzione anche sociale che comportava oneri e rischi. Nello stesso testo del decreto del Presidente della Repubblica citato si estendeva infatti l'obbligo della specialità per l'esercizio professionale, dalla radioterapia alla radiodiagnostica, ritenendo necessaria una particolare qualificazione per quanti utilizzavano a scopo diagnostico e terapeutico le radiazioni ionizzanti. Gli addetti venivano considerati « esposti per ragioni professionali, in quanto effettuano abitualmente in zona controllata un lavoro che li espone al pericolo delle radiazioni ionizzanti ».

Nel 1968, in considerazione delle incertezze scientifiche sulla reversibilità e irreversibilità di alcuni effetti biologici delle radiazioni, dell'incompleta diffusione di metodi dosimetrici adatti alla precisa valutazione delle dosi ricevute, delle spesso carenti condizioni protettive degli ambienti di lavoro, ancora lungi dal garantire la completa eliminazione del rischio radiologico, si istituì con la legge n. 416 del 28 marzo 1968 — di cui ho parlato all'inizio — una « indennità rischio da radiazioni », a favore dei tecnici di radiologia medica, come apertura, sia pure parziale, dei rischi probabili da radiazioni ionizzanti.

Tale indennità fu poi estesa, con l'accordo nazionale sul trattamento economico dei medici ospedalieri del 2 aprile 1970, ai medici radiologi. I parametri di stima che avevano allora supportato il provvedimento legislativo sono tuttora fondamentalmente immutati; anzi, si è verificato un peggioramento, in funzione della progressiva obsolescenza delle attrezzature radiologiche di base che, nelle strutture pubbliche, non vengono più so-

stituite con ritmi cronologicamente adeguati. Rimane pertanto invariata la validità dello stesso provvedimento n. 416 del 1968, mentre si è vanificato il contenuto economico dell'indennità, come ho già detto all'inizio della mia relazione.

Nei confronti di questa indennità esistono condizioni peculiari della categoria dei medici e tecnici sanitari di radiologia medica, nei confronti di altri lavoratori — medici e non medici — eventualmente esposti alle radiazioni ionizzanti, che possono essere così sintetizzate. In primo luogo, c'è la continuità lavorativa dei radiologi, necessariamente esposti per ragioni professionali (condizione che è stata assimilata — per i tecnici radiologi dipendenti civili dello Stato — a quella che comporta esposizione a rischio pregiudizievole alla salute ed integrità personale, di cui all'articolo 37 della legge n. 734 del 1973).

In secondo luogo c'è la duplice esposizione — per radiologi e tecnici radiologi — alle radiazioni ionizzanti ed alle NIR (cioè le radiazioni non ionizzanti), energie utilizzate in altre metodiche di diagnostica per immagini ed in tecniche fisioterapeutiche, quali ad esempio la risonanza magnetica. Infine, c'è l'impossibilità di limitare il numero dei lavoratori esposti, nell'attività lavorativa istituzionale dei medici radiologi e dei tecnici sanitari di radiologia.

In altri termini, alla base c'è una netta diversità di trattamento e di previsione normativa. Mentre i radiologi e i tecnici radiologi hanno l'obbligo di sottoporsi a visite mediche periodiche di controllo, per accertare l'idoneità a permanere nelle zone ove sono situate fonti radianti, nonché di sottoporsi a controllo dosimetrico mensile, gli altri soggetti, definiti occasionalmente esposti, non hanno tali obblighi.

A conferma di tale diversità che è di tutta evidenza (se mi soffermassi ancora su di essa, rischierei di sottrarre tempo ai colleghi), basterà dire che vi è l'obbligo di conservazione della cartella sanitaria personale per un periodo di trent'anni, in

quanto gli effetti delle radiazioni si possono manifestare anche ben dopo la cessazione dal servizio.

Vi è una necessità di attività cui far corrispondere una diversità di previsioni normative.

Il medico ed il tecnico di radiologia nello svolgimento del loro lavoro sono certamente esposti al rischio di radiazioni, mentre altri soggetti, che non sono continuativamente esposti a tale rischio perché adibiti prevalentemente ad altre funzioni relative alla loro specialità, possono vantare soltanto l'eventualità di un diritto in funzione del danno eventuale ricevuto.

In altre parole, la questione è riassumibile in questi termini: a rischio certo, indennità certa; a rischio eventuale, un'altrettanto eventuale indennità.

Un dato è indubbio: se vi sono altri soggetti esposti a rischio di radiazioni ed alle stesse conseguenze di danno alla salute per i medici ed i tecnici di radiologia, ai medesimi debbono essere riconosciuti i benefici previsti dalla normativa in esame, con uguale decorrenza, evitando perciò, da un lato, l'iniustizia di una sperequazione e, dall'altro, l'analoga ingiustizia di una non fondata ed indiscriminata elargizione, già lamentata da alcuni componenti questa Commissione.

D'altra parte, come ha detto un giurista tedesco a proposito della sanzione: la giustizia non raggiunge il suo scopo, non solo quando non giunge al segno, ma anche quando lo oltrepassa. Una tale esigenza di giustizia non può essere ritardata dalla necessità di questa rigorosa individuazione del segno. Non renderemmo giustizia se dovessimo dare queste indennità... alla memoria! Condivido la seguente battuta testé pronunciata dall'onorevole Del Donno: « *Dum Romae consulitur, Saguntum expugnatur* ». In altre parole, dobbiamo evitare che accada che, mentre il medico studia, il malato muoia.

In qualità di relatore sul provvedimento in oggetto, dichiarandomi fin da adesso disponibile ad un confronto sulle eventuali proposte emendative che dal dibattito dovessero emergere come opportune, sottolineo che nell'esaminare la normativa si dovrà tener conto di alcuni aspetti. Il primo, che sottopongo all'attenzione della Commissione, è quello relativo alla opportunità di richiedere alla I Commissione affari costituzionali un riesame del parere sulla proposta di legge n. 4204, in considerazione della natura e dei limiti della materia in oggetto nonché delle considerazioni che ho testé sviluppato.

Il secondo concerne l'individuazione degli altri eventuali aventi diritto ai benefici previsti dalla proposta di legge in esame.

Il terzo, infine, riguarda la possibilità di delegare al Governo (non so se ciò sarà possibile dal punto di vista regolamentare) il compito di esaminare i criteri e stabilire i limiti per il riconoscimento delle indennità ad altri soggetti che ne hanno diritto.

Concludendo, sottolineo l'importanza del provvedimento e l'esigenza di una precisa e rigorosa individuazione di tutti coloro che si trovano effettivamente nella condizione di poter ottenere — mi auguro il più presto possibile — i benefici della legge in oggetto.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Ventre per la sua ampia ed esauriente relazione.

Il seguito della discussione della proposta di legge è rinviato al'altra seduta.

La seduta termina alle 11,35.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
DOTT. TEODOSIO ZOTTA
