

## COMMISSIONE XII

## AFFARI SOCIALI

30.

## SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 MARZO 1990

SIDENZA DEL PRESIDENTE **GIORGIO BOGI**

INDI

VICEPRESIDENTE **GIANFRANCO TAGLIABUE**

## INDICE

	PAG.
<b>Sostituzioni:</b>	
Bogi Giorgio, <i>Presidente</i> . . . . .	3
<b>Disegno di legge (Seguito della discussione e rinvio):</b>	
Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS (4314) . . . . .	3
Bogi Giorgio, <i>Presidente</i> . . . . .	3, 4, 5, 6, 9
Tagliabue Gianfranco, <i>Presidente</i> . . . . .	5, 6, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24
Bassi Montanari Franca . . . . .	10, 11, 12, 21
Benevelli Luigi . . . . .	4, 21, 22
Bernasconi Anna Maria . . . . .	3, 4, 12, 17, 18, 20, 23
Bertone Giuseppina . . . . .	5, 9, 10, 11, 23
De Lorenzo Francesco, <i>Ministro della sanità</i> 4, 6, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 22	
Piccirillo Giovanni . . . . .	20
Poggiolini Danilo, <i>Relatore</i> . . . . .	5, 9, 11, 17, 19, 22
Renzulli Aldo Gabriele . . . . .	4, 19
Saretta Giuseppe . . . . .	19
Volponi Alberto . . . . .	20, 22, 23

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 15,40.**

ALDO GABRIELE RENZULLI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

*(È approvato).*

#### **Sostituzioni.**

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del regolamento, i deputati Artioli, Caria, Cobellis e Zanone sono sostituiti, rispettivamente, dai deputati Mazza, Bruno Paolo, Garavaglia e De Lorenzo.

#### **Seguito della discussione del disegno di legge: Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS (4314).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS ».

Ricordo che nella seduta del 1° marzo il Governo ed il relatore hanno espresso il proprio parere sugli emendamenti e subemendamenti presentati all'articolo 1, alcuni dei quali sono già stati esaminati e votati. Su di essi e su quelli presentati ai successivi articoli procederemo a votazioni in linea di principio dal momento che è necessaria la trasmissione alle competenti Commissioni per la formulazione dei prescritti pareri.

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Tagliabue e Mainardi Fava 1. 3, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 1. 10, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Tagliabue e Benevelli 1. 4, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Benevelli e Tagliabue 1. 5.

ANNA MARIA BERNASCONI. Vorrei insistere sulla logica sottesa all'emendamento 1. 5. Abbiamo già cercato di dimostrare come nell'ambito di un problema particolarmente complesso quale l'AIDS (in cui le risorse non sono mai eccessive rispetto alle esigenze) non si debbano sprecare fondi al fine di potenziare strutture che stanno muovendosi verso un proprio naturale ridimensionamento. Dal momento che il ministro è professionalmente competente, credo che si possa evidenziare l'opportunità di non procedere ad un accorpamento per patologie di alcune prestazioni sanitarie per potenziare questo servizio multizonale, introducendo un meccanismo di selezione e specificazione dei servizi secondo modalità di trasmissione; un domani, infatti, potremmo trovarci ad avere a che fare con le malattie che possono essere trasmesse attraverso le vie respiratorie. Questa scelta è molto dubbia,

e, oltre tutto, rischia di disperdere i malatti di AIDS in un insieme di servizi scollegati fra loro, non potendosi disporre di riferimenti epidemiologici e di *follow up* precisi.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Benevelli e Tagliabue 1. 5, per il quale il Governo si è dichiarato contrario e il relatore si è rimesso alla Commissione.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento del Governo 1. 13.

**FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità.** L'Istituto superiore di sanità soffre di carenze di personale soprattutto riguardo al problema dell'AIDS. In rapporto a quest'ultimo è strettamente necessaria la misura di incremento proposta con l'emendamento 1. 13, che, del resto, è legata ad un aumento delle tariffe per i servizi a pagamento che vengono aggiornate rispetto a valori ormai superati. Pertanto, raccomando l'approvazione di questo emendamento.

**ANNA MARIA BERNASCONI.** Siamo stati favorevoli al potenziamento dell'attività e del personale dell'Istituto superiore di sanità. Comunque, dal momento che il capitolo di spesa al quale si deve attingere per questo scopo è diverso rispetto a quello che la Commissione bilancio ha esaminato in sede di formulazione del parere sul presente disegno di legge, credo che sarà necessaria un'ulteriore pronuncia della stessa Commissione.

**PRESIDENTE.** Onorevole Bernasconi, questo vale per quasi tutti gli emendamenti che stiamo votando.

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 1. 13, accettato dal relatore.

*(È approvato).*

Passiamo all'emendamento Benevelli ed altri 1. 6.

**ANNA MARIA BERNASCONI.** Come è già accaduto in altre occasioni durante l'esame dell'articolo 1, continuiamo a sottolineare il problema della programmazione regionale. Alcune regioni non hanno fatto nulla, mentre altre dispongono di piani relativi all'AIDS da anni: queste ultime possono contare non solo su una conoscenza dell'andamento epidemiologico, ma anche su una visione approfondita delle realtà locali e delle condizioni dei servizi sanitari. Ecco perché insisto sul fatto che tutta la programmazione — a parte gli atti di indirizzo generale del Governo — dovrebbe essere demandata alle regioni.

**ALDO GABRIELE RENZULLI.** Le sollecitazioni della collega Bernasconi sono state accolte nella bozza di documento che ci apprestiamo ad esaminare in una delle prossime sedute al fine di approvare un atto di indirizzo in relazione al piano del Governo di azione programmata di lotta all'AIDS.

**FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità.** È già praticamente scontato che tutta l'assistenza a livello domiciliare sia condotta dalle regioni. Mi sembra assurdo bloccare su un obiettivo rigoroso la somma di 60 miliardi; credo, quindi, di poter confermare quanto detto dall'onorevole Renzulli, nel senso che le esigenze sottese all'emendamento 1. 6 saranno fatte salve nell'azione programmata di lotta all'AIDS che, per effetto del piano sanitario nazionale, è vincolante sui comportamenti del Governo.

**LUIGI BENEVELLI.** Ringrazio il ministro per quanto ha detto. Vorrei far presente che ci troviamo di fronte ad una formulazione del testo di legge divergente rispetto al documento relativo all'azione programmata.

Non so che cosa valga di più, se il testo della legge o quello di un atto d'indirizzo: a mio avviso, è molto più importante il primo. Se questo, comunque, è l'orienta-

mento del ministro, credo che si possa accogliere la dizione contenuta nel secondo, volta a sostenere l'azione programmata.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Benevelli ed altri 1. 6, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Bertone 1. 11.

**GIUSEPPINA BERTONE.** Intendo illustrare brevemente, oltre a questo emendamento, anche il successivo 1. 12. Con queste due proposte di modifica chiediamo la garanzia che le residenze collettive o le case alloggio in cui possono essere assistiti i malati di AIDS non siano dei grossi « ghetti » ma, al massimo, ospitino venti persone e che le organizzazioni assistenziali non abbiano fini di lucro e siano iscritte in un apposito albo regionale. Tale richiesta riguarda tutte le associazioni ed i gruppi che intendono occuparsi di problemi sociali ed assistenziali, i quali, a nostro avviso, dovrebbero essere doverosamente inseriti anche in questa normativa per garantire, innanzitutto, il legislatore, quindi gli ammalati e le stesse comunità che operano seriamente.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bertone 1. 11, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Bertone 1. 12.

**DANILO POGGIOLINI, Relatore.** Invito l'onorevole Bertone a ritirare questo emendamento, con il quale si prevede l'iscrizione, ad un apposito albo regionale, delle organizzazioni assistenziali o diverse, perché esso va a toccare una questione su cui si sta dibattendo in sede di esame della normativa sulle tossicodipendenze, che re-

golerà la materia in modo molto più organico. Di conseguenza, l'introduzione di una norma siffatta nel testo in discussione a mio avviso interferirebbe in modo non utile, non operativo, con quel progetto di legge.

Ribadisco, pertanto, l'invito a ritirare l'emendamento; nel caso in cui sia mantenuto, esprimo parere contrario.

**GIUSEPPE BERTONE.** Non ritengo opportuno ritirare tale proposta di modifica, perché le due normative, pur riguardando materie collegate, sono diverse; del resto, anche in altri testi di legge è stato inserito il requisito dell'iscrizione all'albo regionale (mi riferisco, ad esempio, alla legge sul volontariato). I riferimenti specifici concernenti il problema dell'assistenza agli ammalati di AIDS potrebbero anche non coincidere con quelli relativi alle comunità per tossicodipendenti: riterrei, pertanto, quanto meno opportuno e garantista inserire nel testo la formula in esame. Mantengo quindi il mio emendamento.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bertone 1. 12, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Tagliabue ed altri 1. 7.

**GIANFRANCO TAGLIABUE.** Non dovrebbero esservi difficoltà da parte del Governo ad accogliere questo emendamento, poiché attivare l'assistenza domiciliare ai malati di AIDS quando vengono dimessi dall'ospedale significa rispettare gli *standard* previsti dal decreto ministeriale del 13 settembre 1988, attuativo della legge n. 109 del 1988; in caso contrario, bisognerebbe spiegare come si ritenga possibile espletare tale servizio.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Tagliabue ed altri 1. 7, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Tagliabue e Bernasconi 1. 8, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Bernasconi e Benevelli 1. 9.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Vorrei che il Governo spiegasse la ragione del parere contrario a questo emendamento, espresso nella precedente seduta, altrimenti la sua posizione risulta, a mio avviso, incomprensibile. Forse il rappresentante del Governo non ha compreso il significato di questa proposta di modifica, con la quale si richiede la soppressione del comma 7 dell'articolo 1.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Il punto *e)* è stato formulato non sulla base di una posizione personale del ministro, ma di una serie di convinzioni espresse a vario livello: credo che, per coerenza, il testo debba essere mantenuto così com'è.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bernasconi e Benevelli 1. 9, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Avverto che gli emendamenti all'articolo 1 approvati in linea di principio verranno trasmessi alle competenti Commissioni per il parere.

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 2.

*(Interventi in materia di costruzioni e ristrutturazioni).*

1. In considerazione della eccezionale urgenza degli interventi in materia di strutture ospedaliere per malattie infettive, sulla base del fabbisogno di posti letto per l'anno 1992 indicato nel piano triennale della Commissione nazionale per la lotta

contro l'AIDS in relazione all'andamento epidemiologico stimato di tale patologia, all'attuazione degli interventi necessari si provvede con le modalità di cui al presente articolo.

2. In relazione alle indicazioni tecniche della Commissione di cui al comma 1, le regioni e le province autonome determinano e comunicano al Ministro della sanità, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la distribuzione e la localizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di edificazione di nuove strutture per malattie infettive. In caso di mancata osservanza del termine, decide sulla materia il Ministro della sanità, sentita in via di urgenza la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS.

3. Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, approva entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge il programma degli interventi, suddiviso per regioni e province autonome e con l'indicazione delle localizzazioni e del dimensionamento delle strutture da realizzare. Con la stessa deliberazione il CIPE individua tra società con idonea qualificazione uno o più soggetti incaricati dell'espletamento, in concessione di servizi, dei compiti organizzativi afferenti all'esecuzione del programma. La deliberazione del CIPE è resa esecutiva con decreto del Ministro del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità. La dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza è implicita per tutte le opere indicate nel decreto. La convenzione con il soggetto o i soggetti incaricati concessionari è stipulata dal Ministro della sanità sentito il Ministro dei lavori pubblici.

4. Il concessionario o i concessionari, anche mediante affidamento di incarichi professionali, provvedono: al compimento di tutte le operazioni preliminari, ivi compresi gli studi geologici e le espropriazioni; alla redazione dei progetti; alla assistenza ed istruttoria relativa agli appalti; alla direzione lavori, contabilità e assistenza fino ai collaudi. Il concessionario o i con-

cessionari rispondono altresì, mediante la previsione di penalità contrattuali, di eventuali carenze progettuali, nonché del rispetto dei tempi convenuti per le opere da eseguire.

5. Il nucleo di valutazione di cui all'articolo 20, comma 2, della legge 11 marzo 1988, n. 67, esprime sui singoli progetti il parere di conformità per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e di coerenza con il programma nazionale. Sui progetti predisposti dal concessionario o dai concessionari il parere del nucleo di valutazione si estende altresì alla congruità della soluzione, ai prezzi applicati, alle singole categorie di opere e ai tempi di realizzazione.

6. Alla esecuzione degli interventi si provvede mediante contratti di appalto, previa gara da espletarsi ai sensi dell'articolo 3 della legge 17 febbraio 1987, n. 80, tra imprese di costruzione, anche cooperative, consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese, in possesso dei requisiti minimi di carattere economico-finanziario e tecnico-organizzativi ivi indicati. Per le opere di minore consistenza e comunque inferiori a 20 miliardi o nell'eventualità di opere da realizzare in sedi con lavori già in corso, si provvede utilizzando le più adeguate modalità previste dalla normativa vigente in materia di esecuzione delle opere pubbliche. I contratti di appalto devono globalmente riguardare il complesso delle opere e forniture necessarie per il funzionamento delle strutture di ricovero e dei laboratori, comprese le attrezzature e gli arredi nonché gli impianti e le attrezzature inerenti ai servizi di diagnostica per immagini ad elevata tecnologia, da realizzare, ove mancanti, nei centri ospedalieri di più alta qualificazione.

7. Delle commissioni giudicatrici delle gare di cui al comma 5 fanno parte un rappresentante del Ministro della sanità e un rappresentante del Ministro dei lavori pubblici. Il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro della sanità, nomina con propri decreti le commissioni di collaudo e assicura l'esercizio delle funzioni di alta sorveglianza.

Gli onorevoli Tagliabue, Benevelli e Bernasconi hanno presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'articolo 2 con il seguente:*

ART. 2.

1. In considerazione della eccezionale urgenza degli interventi in materia di strutture ospedaliere per malattie infettive, sulla base del fabbisogno di posti letto per l'anno 1992 indicato nel piano della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS in relazione all'andamento epidemiologico stimato di tale patologia, all'attuazione degli interventi necessari si provvede con le seguenti modalità.

2. Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, formulata di intesa con le regioni e le province autonome, approva entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito il Consiglio sanitario nazionale, il programma degli interventi suddiviso per regioni e province autonome e con l'indicazione delle localizzazioni e del dimensionamento delle strutture da realizzare. Con la stessa deliberazione il CIPE stabilisce i requisiti e le caratteristiche delle società che possono concorrere per l'esecuzione in concessione del programma, di cui al punto precedente. La deliberazione del CIPE è resa esecutiva con decreto del Ministro del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità. La dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza è implicita per tutte le opere indicate nel decreto.

3. Le regioni e le province autonome individuano, secondo le procedure stabilite dalla legge n. 80 del 1987, e sulla base dei requisiti e delle caratteristiche di cui al comma precedente, le imprese che possono partecipare alla concessione. Le unità sanitarie locali competenti per territorio affidano in concessione gli interventi, secondo le procedure di cui alla legge n. 80 del 1987 alle imprese che abbiano i requisiti di cui al comma precedente.

4. Le concessioni possono comprendere la sola prestazione di servizi (redazione dei

progetti di massima ed esecutivi, compimento delle operazioni preliminari, ivi comprese le espropriazioni e gli studi geologici, effettuazione della direzione e contabilità dei lavori, anche mediante affidamento di incarichi professionali) oppure anche la completa realizzazione delle opere e la fornitura degli arredi e della strumentazione.

5. Il Nucleo di valutazione di cui all'articolo 20, comma 2, della legge 31 marzo 1988, n. 67, esprime sui singoli progetti il parere di conformità per quanto concerne gli aspetti tecnico-sanitari e di coerenze con il programma nazionale.

6. Nelle commissioni giudicatrici per l'espletamento delle gare per la concessione d'opera o di servizi di cui al comma 4, sono presenti, oltre ad un rappresentante del Ministero della sanità e al rappresentante delle regioni, tre rappresentanti delle unità sanitarie locali competenti per territorio.

In caso di inadempienza, trascorsi inutilmente 60 giorni, interviene la regione con proprio commissario *ad acta*; in caso di ulteriore inadempienza della regione, interviene il Ministro della sanità con le stesse procedure.

2. 1.

Gli onorevoli Bertone e Gramaglia hanno presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 2, sostituire i commi 2, 3, 4, 5, 6 con i seguenti:*

2. Presso la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS è istituito un apposito comitato tecnico-scientifico composto da tre medici esperti nella materia in questione, nominati anche nell'ambito della medesima commissione dal Ministro della sanità, da due urbanisti e da due progettisti con competenze nel campo della pianificazione e progettazione delle strutture ospedaliere, un economista, due funzionari del Ministero della sanità designati dal Ministro della sanità e due funzionari delle regioni nominati dal Coordinamento fra le medesime, anch'essi esperti nella materia della pianificazione e realiz-

zazione delle strutture ospedaliere. Tale Comitato è coadiuvato da una struttura tecnica composta da due ingegneri o architetti, sei disegnatori e due segreterie, comandati a termine presso il Ministero della sanità da altre strutture dell'amministrazione centrale e ai quali viene riconosciuta oltre allo stipendio una speciale indennità nella misura stabilita dal Ministro della sanità. Con analogo provvedimento il Ministro della sanità provvede al compenso dei componenti il Comitato tecnico-scientifico.

3. Il Comitato di cui al comma precedente, sulla base anche di ispezioni *in loco*, entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge sottopone alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, così come riordinata dal decreto legislativo 16 dicembre 1989, n. 418, un piano di ripartizione dei fondi di cui alla lettera A del precedente articolo.

4. Il piano di cui al comma precedente deve far riferimento prioritariamente alle strutture e ad i reparti ospedalieri esistenti che abbiano dimostrato capacità tecnica ed efficienza organizzativa nella lotta all'AIDS, deve contenere un preciso programma di localizzazione basato prevalentemente sull'ampliamento di strutture esistenti nell'ambito di vigenti programmi di espansione o, nel caso di nuove localizzazioni, deve far riferimento a precise indicazioni delle autorità ospedaliere che dovranno gestire le nuove strutture, deve infine contenere specifici capitoli che consentano la selezione delle imprese più qualificate alla realizzazione degli interventi previsti.

5. Il piano adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome entro 30 giorni dal ricevimento è sottoposto al CIPE per la definitiva approvazione. La deliberazione del CIPE è resa esecutiva con decreto del Ministro del bilancio e della programmazione economica. La dichiarazione di pubblica autorità, indifferibilità e urgenza è implicita per tutte le opere indicate nel decreto di approvazione e esecutività.

6. Le regioni e le province autonome affidano gli appalti secondo le procedure della legge 17 febbraio 1987, n. 80. Le concessioni possono comprendere la sola prestazione di servizi, redazione dei progetti di massima ed esecutivi, compimento delle operazioni preliminari ivi comprese le espropriazioni e gli studi geologici, la direzione e contabilità dei lavori, anche mediante affidamento di incarichi professionali, la fornitura degli arredi e della strumentazione, oppure la completa realizzazione delle opere.

2. 4.

L'onorevole Bassi Montanari ha presentato i seguenti emendamenti:

*All'articolo 2, comma 4, sopprimere la parola anche.*

2. 2.

*All'articolo 2, comma 6, sopprimere il periodo dalle parole Per le opere di minore consistenza alle parole opere pubbliche.*

2. 3.

DANILO POGGIOLINI, *Relatore*. Esprimo parere contrario sugli emendamenti Tagliabue ed altri 2. 1, Bertone e Gramaglia 2. 4, Bassi Montanari 2. 2. Quanto a quest'ultimo, osservo che la soppressione della parola « anche » non cambierebbe molto il significato della norma. Chiedo alla presentatrice di spiegare la ragione di questa proposta di modifica; comunque, io mi rimetto alla Commissione a meno che, appunto, dall'illustrazione dell'onorevole Bassi non si capisca chiaramente la motivazione dell'emendamento. Esprimo, infine, parere contrario sull'emendamento Bassi Montanari 2. 3.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Concordo con i pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento Tagliabue ed altri 2. 1.

GIANFRANCO TAGLIABUE. L'emendamento sostitutivo che noi abbiamo presentato ha un'impostazione certamente diversa anche rispetto alle correzioni che sono state apportate al testo originario del disegno di legge. A nostro avviso, cioè, la procedura che si deve porre in essere per la realizzazione delle strutture necessarie nel campo oggetto del disegno di legge deve prevedere l'intervento delle regioni, delle province, delle unità sanitarie locali; il testo del provvedimento, invece, persegue una logica sostanzialmente accentratrice anche rispetto alle ultime modifiche che sono state apportate. Di fatto, tutte le risorse (oltre 2 mila miliardi per la realizzazione delle strutture necessarie ai malati di AIDS) vengono sostanzialmente accentrate nel Ministero della sanità.

Ribadisco quindi che il provvedimento persegue una logica centralistica, mentre invece sarebbe opportuno prevedere il coinvolgimento e la partecipazione delle regioni e delle unità sanitarie locali.

Per tali ragioni abbiamo presentato l'emendamento 2. 1, anche perché intendiamo sottolineare che un'operazione di questo genere deve avvenire con la massima trasparenza e con estremo rigore.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Tagliabue ed altri 2. 1, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Bertone e Gramaglia 2. 4.

GIUSEPPINA BERTONE. Riteniamo che una funzione essenziale e di pubblico interesse, come quella sanitaria e sociale, non possa essere privatizzata; ai concessionari — sui quali, peraltro, sono previsti controlli — sono affidati incarichi molto ampi, da quello dell'impostazione dei piani fino alla definitiva esecuzione delle opere. A nostro avviso, tali funzioni debbono essere esercitate e controllate direttamente dalle istituzioni.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
GIANFRANCO TAGLIABUE

GIUSEPPINA BERTONE. Crediamo altresì che lo Stato e le regioni dispongano delle necessarie risorse, in termini di capacità e di professionalità, per poter portare avanti processi come questo. Abbiamo quindi pensato ad una normativa che rispondesse alle esigenze di urgenza, che prevedesse procedure molto rapide e che chiamasse in causa e valorizzasse grandi professionalità, coinvolgendo, sulla base delle leggi recentemente entrate in vigore (penso alle norme di coordinamento approvate nel dicembre scorso), lo Stato, il Ministero della sanità e le regioni nelle varie fasi degli interventi.

Non intendo illustrare dettagliatamente l'emendamento, in quanto è facilmente comprensibile. Sembra che questa modalità, che peraltro non abbiamo introdotto noi ma che è già stata adottata nel 1980 con la legge n. 25 per l'edilizia residenziale ed ha prodotto ottimi risultati, risponda anche ad esigenze di trasparenza e di chiarezza rispetto al modo di costruzione delle opere, nonché di localizzazione in riferimento ai piani regionali.

In definitiva, crediamo che la norma contenuta nell'emendamento possa rappresentare un modo forse nuovo, ma certamente importante per lo Stato di esercitare un controllo sulle opere.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bertone e Gramaglia 2. 4, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Bassi Montanari 2. 2.

FRANCA BASSI MONTANARI. La parola « anche » nel contesto del comma 4 assume una certa importanza. La sua soppressione consente di prevedere che il concessionario o i concessionari provvedano al compimento di tutte le operazioni attraverso l'affidamento di incarichi professionali, affidamento che diverrebbe così

obbligatorio; in tal modo, viene eliminata la possibilità di un intervento esclusivo da parte del concessionario.

Ritengo che, di fronte ad un discorso di concessioni e di interventi urgenti, maggiori siano le possibilità di garanzia e di controllo qualora più soggetti partecipino al progetto. In questo senso, considero opportuna l'eliminazione della parola « anche ».

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Eliminare la parola « anche » significa prevedere che i concessionari debbano procedere « esclusivamente » mediante affidamento di incarichi professionali; in altri termini, ciò vuol dire precludere la possibilità di impiegare personale già in carica con costi ridotti, nel caso in cui non sia necessario rivolgersi all'esterno.

Nel ribadire quindi, per questa ragione e non per altro, la mia contrarietà all'emendamento, sottolineo che l'esigenza evidenziata dall'onorevole Bassi Montanari potrà eventualmente essere recepita in un ordine del giorno.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 2. 2, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 2. 3, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Pongo in votazione l'articolo 2.

*(È approvato).*

Do lettura dell'articolo successivo:

ART.3.

*(Conferenze regionali).*

1. Per consentire l'immediata realizzazione degli interventi previsti dalla presente legge, il Ministro della sanità pro-

muove, d'intesa con ciascuna regione, un'apposita conferenza alla quale partecipano i responsabili dei competenti uffici delle amministrazioni e degli enti statali, regionali e locali comunque tenuti ad assumere atti di intesa, autorizzazioni, approvazioni, concessioni e nulla osta previsti da leggi statali e regionali.

2. La conferenza acquisisce e valuta tutti gli elementi relativi alla compatibilità dei progetti con le esigenze ambientali, territoriali, paesaggistiche e culturali ed entro quindici giorni dalla convocazione si esprime su di essi nella seduta all'uopo convocata.

3. L'approvazione assunta all'unanimità sostituisce ad ogni effetto gli atti di intesa, i pareri, le autorizzazioni, le approvazioni, i nulla osta previsti dalle leggi statali e regionali. Ad essa si applicano le disposizioni di cui al primo, quarto e quinto comma, della legge 3 gennaio 1978, n. 1, e successive modificazioni.

4. In assenza di unanimità e su motivata richiesta del Ministro della sanità, si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, previa deliberazione del Consiglio medesimo. Tale decreto ha gli stessi effetti previsti dal comma 3.

5. Non sono comunque derogabili le norme della legge 13 settembre 1982, n. 646, e successive modifiche ed integrazioni, nonché i vincoli di inedificabilità e le prescrizioni sostanziali contenute in vincoli previsti dalle leggi in materia paesaggistica, ambiente e storico-monumentale.

Gli onorevoli Bertone e Gramaglia hanno presentato il seguente emendamento:

*Sopprimere l'articolo 3.*

3. 5.

L'onorevole Bassi Montanari ha presentato i seguenti emendamenti:

*All'articolo 3, comma 2, dopo la parola: progetti, aggiungere la parola: esecutivi.*

3. 1.

*All'articolo 3, comma 2, aggiungere infine le seguenti parole: apportando, ove occorrono, le opportune modifiche ai progetti, senza che ciò comporti la necessità di ulteriori deliberazioni.*

3. 2.

*All'articolo 3, sopprimere il comma 3.*

3. 3.

*All'articolo 3, sopprimere il comma 4.*

3. 4.

DANILO POGGIOLINI, *Relatore*. Esprimo parere contrario sugli emendamenti Bertone e Gramaglia 3. 5 e Bassi Montanari 3. 1, 3. 2, 3. 3, e 3. 4.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Concordo con i pareri espressi dal relatore.

GIUSEPPINA BERTONE. Il nostro emendamento 3. 5 è consequenziale all'emendamento 2. 4; essendo stato quest'ultimo respinto, decade anche il senso della suddetta proposta di modifica. Ecco perché la ritiriamo.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento Bassi Montanari 3. 1.

FRANCA BASSI MONTANARI. In presenza di una legislazione di urgenza che negli ultimi tempi ha garantito tutta una serie di opere pubbliche, abbiamo proposto alcuni correttivi all'articolo 3. Con il presente emendamento 3. 1, intendiamo sottolineare la necessità che la conferenza regionale acquisisca tutti gli elementi di compatibilità alla realizzazione dei progetti. Nello specifico, si introduce la possibilità che questi organismi si esprimano su progetti ad uno stato avanzato di attuazione. In tal modo potrebbe essere formulato un parere molto più articolato con una valutazione più approfondita.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 3. 1, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Bassi Montanari 3. 2.

**FRANCA BASSI MONTANARI.** Con l'emendamento 3. 2 proponiamo che la conferenza regionale abbia la possibilità di apportare modifiche ai progetti consentendo la ripresa dell'*iter* dell'opera. Ci rendiamo conto che tale procedura può essere pericolosa, ma crediamo che i comuni possano intraprendere progetti sbagliati; una conferenza di esperti, di tecnici potrebbe modificare quei progetti comportanti gravi conseguenze di carattere ambientale o paesaggistico. Alla conferenza viene offerta questa possibilità, tenendo presente che essa deve agire all'unanimità e che, quindi, esistono meccanismi di garanzia rispetto alla coerenza del progetto.

In sostanza, la nostra proposta non vuole essere perfetta, ma si configura a tutela di un insieme di garanzie di carattere paesaggistico ed ambientale.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 3. 2, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 3. 3, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Passiamo all'emendamento Bassi Montanari 3. 4.

**FRANCA BASSI MONTANARI.** Chiediamo la soppressione del comma 4 dell'articolo 3 che ci appare come un'anomalia rispetto alla legislazione vigente e che, tutto sommato, giudichiamo un salto di qualità rispetto allo stesso disegno d'urgenza che criticiamo nel suo complesso.

Nell'ambito del citato comma si stabilisce la possibilità da parte del Governo di intervenire direttamente in assenza dell'unanimità all'interno della conferenza regionale.

**ANNA MARIA BERNASCONI.** Il gruppo comunista voterà a favore dell'emendamento 3. 4 poiché riteniamo che l'attuale formulazione del comma 4 dell'articolo 3 costituisca una forma di espropriazione della dialettica che può esistere all'interno di un organismo a rappresentanza regionale; in tal modo tutto il potere viene riaccentrato nelle mani del ministro della sanità, che interverrebbe con la propria decisione su conflitti sorti a livello periferico.

**PRESIDENTE.** Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 3. 4, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto).*

Pongo in votazione l'articolo 3.

*(È approvato).*

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 4.

*(Norme in materia di personale).*

1. Nei limiti delle dotazioni organiche e di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *b*), alla copertura di posti vacanti di personale medico nelle strutture di ricovero per malattie infettive nel triennio 1990-1992 si provvede, in deroga alle vigenti disposizioni, mediante pubbliche selezioni regionali per titoli, da effettuarsi a cura di apposita commissione nominata dall'assessore alla sanità della regione o provincia autonoma e composta dallo stesso assessore o da un suo rappresentante, con funzioni di presidente, da un professore universitario titolare di cattedra di malattie infettive, da un rappresentante dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri del capoluogo di regione o della provincia autonoma, da un funziona-

rio dirigente del Ministero della sanità designato dal Ministro, da un medico di ruolo in posizione apicale, incluso nell'elenco nazionale della disciplina delle malattie infettive, e da un funzionario della carriera amministrativa della regione o provincia autonoma, con funzioni di segretario. Si applicano alle selezioni i criteri di valutazione dei titoli previsti dalle vigenti disposizioni per i corrispondenti pubblici concorsi. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Si applica, in caso di inadempienza, il disposto di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

2. Nei limiti delle dotazioni organiche e di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), e in deroga alle vigenti disposizioni, alla copertura dei posti vacanti del personale non medico nelle strutture di ricovero per malattie infettive, nel triennio 1990-1992, si provvede mediante pubbliche selezioni per titoli presso ciascuna unità sanitaria locale. Si applicano a tali selezioni le norme vigenti, per i corrispondenti pubblici concorsi, in materia di composizione delle commissioni esaminatrici e di criteri di valutazione dei titoli.

3. Le unità sanitarie locali, nelle more dell'espletamento delle pubbliche selezioni previste dai commi 1 e 2, possono conferire incarichi per la copertura dei posti vacanti, della durata di un anno, sulla base di graduatorie effettuate dai comitati di gestione secondo le vigenti procedure. Detti incarichi possono essere prorogati per non oltre un anno a condizione che i relativi concorsi pubblici di assunzione siano stati banditi.

4. Le unità sanitarie locali, entro la concorrenza di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), organizzano annualmente corsi di formazione e di aggiornamento per il personale che opera presso i reparti ospedalieri di malattie infettive, con specifico riferimento ai problemi tecnico-sanitari connessi con l'attività di assistenza, ai problemi psicologici e sociali e a quelli che derivano dal collegamento funzionale nel trattamento a domicilio. Il

Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, con proprio decreto disciplina l'istituzione e l'effettuazione dei corsi, nonché le modalità di erogazione dell'assegno da corrispondere ai partecipanti.

5. Con le stesse procedure previste dal presente articolo si provvede alla assunzione delle unità di personale sanitario e tecnico di cui all'articolo 1, comma 1, lettera e), del personale dei laboratori di cui all'articolo 1, comma 1, lettera a), e del personale occorrente per l'adeguamento degli organici nei reparti di cui all'articolo 1, comma 4, utilizzando per le commissioni di cui al comma 1 docenti universitari e medici delle specifiche discipline.

6. Per far fronte alle esigenze assistenziali connesse agli interventi previsti dalla presente legge e nei limiti dei posti previsti nelle piante organiche, le unità sanitarie locali possono provvedere — in deroga alle vigenti disposizioni — all'assunzione per chiamata diretta di infermieri professionali con rapporto di lavoro a tempo parziale da reperirsi tra gli infermieri professionali in quiescenza che non abbiano raggiunto i limiti d'età per il pensionamento.

7. L'assunzione ha luogo sulla base di graduatorie predisposte dai coordinatori amministrativi e sanitari tenendo conto dei punteggi previsti dalle vigenti norme sui pubblici concorsi per i titoli di carriera, di studio ed accademici.

8. Il trattamento giuridico, economico e previdenziale del predetto personale viene definito nell'ambito della contrattazione per il comparto del Servizio sanitario nazionale.

Gli onorevoli Bernasconi, Tagliabue e Montanari Fornari hanno presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 4, sostituire il comma 1 con il seguente:*

Nei limiti delle dotazioni organiche e di spesa di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), alla copertura di posti vacanti di personale medico nelle strutture di ricovero per malattie infettive nel triennio 1989-1991 si provvede, in deroga alle vigenti

disposizioni, mediante pubbliche selezioni per titoli, da effettuarsi a cura di apposita commissione nominata dalle UUSSLL secondo le disposizioni vigenti.

Si applicano alle selezioni i criteri di valutazione dei titoli previsti dalle vigenti disposizioni per i corrispondenti pubblici concorsi. Il bando per la prima selezione è emanato, per i posti disponibili, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Si applica, in caso di inadempienza, il disposto di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

È obbligo delle regioni o province autonome garantire lo svolgimento dei concorsi entro i termini di legge.

In caso di inadempienza da parte delle UUSSLL le regioni o le province autonome provvedono entro 30 giorni alla effettuazione dei concorsi previsti dal suddetto articolo.

4. 1.

Il Governo ha presentato i seguenti emendamenti:

*All'articolo 4, comma 1, sostituire le parole:* di personale medico nelle strutture di ricovero per malattie infettive *con le seguenti:* di personale medico e laureato nelle strutture di ricovero per malattie infettive e nei laboratori.

4. 11.

*All'articolo 4, comma 1, dopo le parole:* nel triennio 1990-1992 *aggiungere le seguenti:* compresi quelli per il cui conferimento siano stati banditi gli ordinari concorsi ma non ancora espletate le relative prove.

4. 12.

*All'articolo 4, comma 1, sopprimere le parole:* da un professore universitario titolare di cattedra di malattie infettive.

4. 7.

*All'articolo 4, comma 1, dopo le parole:* per i corrispondenti pubblici concorsi *aggiungere le seguenti:* con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, alle attività svolte nel settore delle infezioni da HIV.

4. 8.

*All'articolo 4, comma 2, dopo le parole:* nel triennio 1990-1992 *aggiungere le seguenti:* compresi quelli per il cui conferimento siano stati banditi gli ordinari concorsi ma non ancora espletate le relative prove.

4. 9.

*All'articolo 4, comma 2, dopo le parole:* e di criteri di valutazione dei titoli *aggiungere le seguenti:* con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, alle attività svolte nel settore delle infezioni da HIV.

4. 15.

L'onorevole Bassi Montanari ha presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 4, sopprimere il comma 3.*

4. 3.

L'onorevole Volponi ha presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 4, sopprimere il comma 3.*

4. 13.

L'onorevole Bassi Montanari ha presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 4, al comma 4, aggiungere dopo le parole:* reparti ospedalieri di malattie infettive *le seguenti:* e degli altri reparti che ricoverano ammalati di AIDS, nonché del personale infermieristico e tecnico dei servizi territoriali che presta assistenza nel trattamento a domicilio.

4. 4.

Gli onorevoli Tagliabue, Brescia e Perini hanno presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 4, comma 4, undicesima riga sostituire le parole: trattamento a domicilio con le seguenti: assistenza sanitaria domiciliare; e aggiungere le seguenti parole: Le commissioni delle unità sanitarie locali previste per la formazione e l'aggiornamento, nell'approntare i programmi si avvalgono della presenza delle rappresentanze del personale in servizio nei reparti di malattie infettive.*

4. 2.

L'onorevole Volponi ha presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 4, al comma 4, dopo le parole: trattamento a domicilio aggiungere le seguenti: Per il personale ausiliario tali corsi sono finalizzati in particolare alla formazione per attività di collaborazione all'assistenza al malato.*

4. 14.

Il Governo ha presentato il seguente emendamento:

*All'articolo 4, comma 4, sopprimere le parole: docenti universitari e.*

4. 10.

Il relatore, onorevole Poggiolini, ha presentato i seguenti emendamenti:

*All'articolo 4, comma 6, aggiungere alla fine le seguenti parole: Le assunzioni per chiamata diretta sono possibili solo qualora le procedure di reclutamento per titoli previste dal comma 2 non abbiano coperto le dotazioni organiche disponibili. Il reclutamento per chiamata diretta è effettuato sulla base di graduatorie per titoli. Il rapporto di lavoro è disciplinato con contratto di diritto privato a tempo determi-*

nato e con la tutela previdenziale propria di tale di rapporto.

4. 5.

*All'articolo 4, comma 8, sopprimere la parola: previdenziale.*

4. 6.

Gli onorevoli Gramaglia e Bertone hanno presentato il seguente articolo aggiuntivo:

*Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:*

ART. 4-bis.

1. Il sanitario che, nell'esercizio della sua professione, venga a conoscenza di un caso di AIDS o di un caso di sieropositività, è tenuto a fornire immediatamente alle strutture ospedaliere competenti per territorio, con lettera riservata personale indirizzata al medico coordinatore dei reparti di cui all'articolo 1, comma 1 lettera a) o, eventualmente, al medico responsabile dell'ospedale diurno, ove esistente, le notizie relative al quadro clinico della persona assistita.

2. In nessun caso potranno essere forniti dati e notizie tali da consentire l'identificazione della persona assistita. Ai soli fini di una corretta rilevazione statistica potrà essere richiesta l'indicazione del sesso, della data di nascita e della provincia di residenza della persona affetta da AIDS.

3. Gli ospedali formano separati archivi sui casi di persone affette da AIDS e sui casi di sieropositività riscontrate nel proprio territorio. È istituito presso l'Istituto superiore di sanità un archivio nazionale formato sulla base dei dati trasmessi mensilmente e in forma aggregata dagli ospedali; di tale archivio si avvale, per lo svolgimento delle sue funzioni, il Comitato interministeriale di cui all'articolo 5. L'accesso agli archivi di cui al presente comma è aperto a tutti gli interessati.

4. Presso i laboratori ospedalieri di analisi si svolgono, in forma gratuita e con la garanzia dell'anonimato, analisi ten-

denti ad accertare i casi di sieropositività. I risultati sono comunicati esclusivamente alla persona che ha chiesto l'analisi.

5. I sanitari e il personale dipendente delle strutture ospedaliere, nonché dei servizi per l'ospedalizzazione domiciliare e degli ospedali diurni di cui, rispettivamente, all'articolo 1, commi 2 e 3 sono in ogni caso tenuti al più rigoroso segreto professionale sull'identità delle persone che ad essi si rivolgono. Chiunque riveli notizie che la presente legge considera riservate e di cui sia venuto a conoscenza per ragioni o in occasione del proprio ufficio, è punito con la pena di reclusione da 6 mesi a 1 anno e con l'interdizione di pari durata dei pubblici uffici.

4. 01.

Gli onorevoli Bernasconi, Benevelli, Tagliabue, Mainardi Fava e Colombini hanno presentato il seguente articolo aggiuntivo:

*Dopo l'articolo 4, aggiungere il seguente:*

ART. 4-bis.

Nessuna persona può essere sottoposta a trattamenti o accertamenti diagnostici sperimentali senza il consenso informato. Il consenso deve essere ottenuto informando adeguatamente la persona sulle caratteristiche della sperimentazione, gli esiti positivi e negativi previsti.

L'accertamento diretto o indiretto della infezione HIV non può essere richiesto per nessuna certificazione di idoneità fisica e/o sanitaria.

L'accertamento diretto o indiretto di infezione HIV è vietato nell'ambito di tutti gli accertamenti sanitari in ambiente di lavoro previsti dalla legislazione vigente.

Le informazioni individuali nell'ambito dei sistemi di sorveglianza epidemiologica della infezione HIV e dell'AIDS sono coperte dal segreto professionale e d'ufficio e sono gestite con metodologie che garantiscano la riservatezza.

La comunicazione di risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione HIV può avvenire esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti.

La utilizzazione nei servizi sanitari pubblici di farmaci in fase di sperimentazione può avvenire esclusivamente nell'ambito di studi clinici randomizzati formalmente autorizzati dalle autorità di sanità pubblica competenti.

Le variazioni dei punti precedenti sono punite con l'ammenda da lire 500.000 a lire 1.000.000.

4. 02.

Il Governo ha presentato i seguenti articoli aggiuntivi:

*Dopo l'articolo 4 aggiungere il seguente:*

ART. 4-bis.

1. Gli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di sieropositività, anche non accompagnato da stato morboso, sono tenuti a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita.

2. Fatto salvo il vigente sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale dei casi di AIDS conclamato e le garanzie ivi previste, la rilevazione statistica dei casi di sieropositività deve essere comunque effettuata con modalità che non consentano l'identificazione della persona. La disciplina per le rilevazioni epidemiologiche e statistiche è emanata con decreto del Ministro della sanità che dovrà prevedere modalità differenziate per i casi di AIDS e i casi di sieropositività.

3. Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare il suo stato di sieropositività se non per motivi di necessità clinica nel suo interesse. Sono consentite analisi di sieropositività, nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire alla identificazione delle persone interessate.

4. Lo stato di sieropositività non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione alla scuola, per

lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento di posti di lavoro.

4. 03.

*Dopo l'articolo 4 aggiungere il seguente:*

ART. 4-ter.

1. È vietato ai datori di lavoro pubblici e privati lo svolgimento di indagini volte ad accertare nei dipendenti o in persone prese in considerazione per l'instaurazione di un rapporto di lavoro l'esistenza di uno stato di sieropositività.

2. Si applica alle violazioni delle disposizioni contenute nel comma 1 il sistema sanzionatorio previsto dall'articolo 38 della legge 20 maggio 1970, n. 300.

4. 04.

Gli onorevoli Bernasconi, Tagliabue, Benevelli e Bassi Montanari hanno presentato il seguente articolo aggiuntivo:

*Dopo l'articolo 4 aggiungere il seguente:*

ART. 4-ter.

Il Ministro della sanità entro 3 mesi dalla entrata in vigore della presente legge emana, sentiti la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e l'Istituto Superiore di Sanità, un proprio decreto contenente norme di protezione contro il contagio professionale da HIV, da applicare nelle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private.

4. 05.

DANILO POGGIOLINI, *Relatore*. Mi dichiaro contrario agli emendamenti Bernasconi ed altri 4. 1, Bassi Montanari 4. 3, Volponi 4. 13, Bassi Montanari 4. 4, Tagliabue ed altri 4. 2, Volponi 4. 14, mentre mi dichiaro favorevole agli emendamenti del Governo 4. 11, 4. 12, 4. 7, 4. 8, 4. 9, 4. 15, 4. 10. Invito la Commissione ad

approvare i miei emendamenti 4. 5 e 4. 6, tesi a recepire il parere vincolante della Commissione lavoro. Esprimo, infine, parere contrario sugli articoli aggiuntivi Gramaglia e Bertone 4. 01, Bernasconi ed altri 4. 02 e 4. 05, nonché parere favorevole sugli articoli aggiuntivi del Governo 4. 03 e 4. 04.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Concordo con i pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento Bernasconi ed altri 4. 1.

ANNA MARIA BERNASCONI. Riteniamo che non esista alcuna motivazione per derogare e per stravolgere le norme che attualmente regolano i meccanismi concorsuali. Con il nostro emendamento 4. 1 intendiamo ribadire che si possono assumere procedure di urgenza pur muovendosi all'interno delle norme vigenti, poiché non esiste soltanto l'emergenza AIDS, ma anche altri fenomeni a livello sanitario potrebbero richiedere provvedimenti simili, creando ulteriore sconcerto e nuove anomalie all'interno di un comparto che sta modificandosi profondamente.

Siamo contrari, comunque, anche ad un accentramento regionale; insisto sul fatto che questi concorsi non siano espletati presso la regione. Il ministro ha continuato a sostenere — credo anche per una sua realtà territoriale che, ovviamente, non coincide con tutta l'Italia — che questa norma è volta ad accelerare i meccanismi concorsuali. Mi permetto di ricordare al rappresentate del Governo — ed ho verificato questo aspetto incontrandomi con medici e tecnici dipendenti anche delle amministrazioni regionali (tutte le persone che ho interpellato hanno manifestato la mia stessa opinione, e non credo di essere stata « fortunata » o « sfortunata » in tali incontri) — che tutti criticano tale accentramento regionale dei concorsi, osservando che i tempi di espletamento degli stessi risulteranno più lunghi, a differenza di quanto avverrebbe se fossero svolti all'interno delle unità sanitarie locali.

Invito pertanto con forza il ministro ed i colleghi a riflettere su questa norma; oltre tutto, laddove esistono realtà locali particolarmente inadempienti, introdurremmo un meccanismo che potrebbe eventualmente « coprire » talune situazioni che sono presenti al ministro.

In secondo luogo, noi riteniamo gravissimo — e continueremo a ribadire questa nostra posizione — che siano stravolti tutti i meccanismi concorsuali.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Vorrei ricordare le ragioni per le quali abbiamo cercato di definire un sistema allo scopo di reclutare personale in questa situazione di urgenza.

L'esperienza fatta dal Ministero — ognuno, evidentemente, porta la propria —, la conoscenza dell'andamento dei concorsi nonché la consapevolezza delle carenze organiche fanno presumere l'esistenza di alcune difficoltà, perché per i due o tre posti disponibili in ogni unità sanitaria locale si presentano migliaia di candidati, tra i quali vi sono anche medici in cerca di occupazione.

ANNA MARIA BERNASCONI. Tutte queste persone si presenteranno ai concorsi espletati in sede regionale.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Questa è una normativa che non tende ad escludere qualcuno, bensì a definire un'unica graduatoria di merito, evitando che, a causa della complessità dei concorsi e del numero delle opzioni derivanti dal fatto che sono sempre gli stessi candidati a vincere, in quanto più preparati degli altri, si pervenga alla copertura degli organici in notevole ritardo rispetto alle esigenze che sono attualmente così evidenti. Ricordo, tra l'altro, che siamo alla vigilia di una modifica complessiva del sistema di reclutamento del personale e, quindi, ci stiamo avviando comunque verso una situazione di emergenza.

ANNA MARIA BERNASCONI. Desidero sottoporre al ministro un altro piccolissimo problema: la praticabilità della

norma in esame. Il primo ricorso che sarà presentato agli organi di controllo, a mio avviso, sarà accolto: quindi, ci si deve preoccupare anche delle eventuali conseguenze di questo articolo, che potrà essere bocciato in altra sede, come è già accaduto in precedenti occasioni, per altre proposte di legge presentate dal Governo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bernasconi ed altri 4. 1, non accettato dal relatore né da Governo.

(È respinto).

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 4. 11, accettato dal relatore.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento del Governo 4. 12.

ANNA MARIA BERNASCONI. Chiedo al ministro di chiarirne il significato.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Questo emendamento è volto ad evitare sovrapposizioni, a far sì che non si lascino aperti i termini dei concorsi, il che poi finisce per impedire l'emanazione di nuovi bandi. Si tende, cioè, ad uniformare tutte le disponibilità in termini di vacanze negli organici.

ANNA MARIA BERNASCONI. Ciò significa che si compie un passo in più sulla strada dello stravolgimento concorsuale. Si prevede, cioè, addirittura, che a questi concorsi espletati solo per titoli a livello regionale ne vengono accorpati altri già banditi per ricoprire posti all'interno delle unità sanitarie locali e non ancora espletati. Ciò significa che si dà per scontato che ciascuna USL possa tranquillamente bandire un concorso e non effettuare le relative prove: ma per far sì che le unità sanitarie locali espletino i concorsi si può intervenire con altri strumenti.

Vi è, poi, la sommatoria di una serie di scorrettezze procedurali in base alle quali concorsi il cui *iter* normale sia iniziato secondo la legislazione vigente vengono accorpati a livello regionale.

GIUSEPPE SARETTA. Se dobbiamo tener conto dell'intervento della collega Bernasconi, è utile, a mio avviso, chiedere al Governo di ritirare questo emendamento.

PRESIDENTE. Faccio presente che l'emendamento del Governo 4. 9 ha contenuto identico: quindi, nel caso in cui il ministro accolga l'invito rivoltogli dall'onorevole Saretta, dovrebbe essere ritirato anche tale emendamento.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministrò della sanità*. Non ho alcuna preclusione a ritirare i due emendamenti. Come ha segnalato il direttore generale del Ministero, vi sono moltissimi concorsi che non vengono espletati; faccio presente che in buona parte dell'Italia meridionale debbono ancora essere svolti concorsi banditi quattro o cinque anni fa. Comunque, io non ho problemi, seguiamo pure nel coprire gli organici sulla base dell'attuale sistema; ma non ho difficoltà di carattere pregiudiziale a ritirare l'emendamento. Faccio notare tuttavia che esiste il problema di posti che non sono coperti in quanto i concorsi non vengono espletati.

DANILO POGGIOLINI, *Relatore*. Alla luce delle considerazioni del ministro, confermo il parere favorevole sugli emendamenti del Governo 4. 12 e 4. 9. Rilevo tuttavia l'opportunità di una loro riformulazione, in considerazione del fatto che spesso le prove concorsuali vengono espletate dopo molti mesi. Se avessi la certezza che le prove di un concorso hanno luogo entro breve tempo, considererei infondata questa preoccupazione ed inviterei il Governo a ritirare gli emendamenti. Poiché invece la situazione è diversa, ritengo opportuno riformulare gli emendamenti indicando un termine temporale per l'espletamento delle prove concorsuali.

GIUSEPPE SARETTA. Desidero far rilevare che in qualsiasi momento l'amministrazione può revocare la procedura concorsuale. Inoltre, con il meccanismo previsto nella proposta governativa potrebbero sorgere contenziosi. Pertanto, per soddisfare le esigenze di urgenza, che nessuno di noi mette in dubbio, esistono due modi: o introduciamo un termine temporale oppure confermiamo l'esistenza di uno strumento con il quale l'amministrazione può revocare la procedura.

DANILO POGGIOLINI, *Relatore*. Esprimo perplessità sulla seconda soluzione prospettata dall'onorevole Saretta, perché lascia piena discrezionalità alle unità sanitarie locali, alle quali non forniamo alcun criterio. Insisto, quindi, sull'opportunità di riformulare gli emendamenti.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Concordo circa l'opportunità di prevedere un limite temporale per l'espletamento delle prove concorsuali.

GABRIELE RENZULLI. A mio avviso, si tratta di una questione di « lana caprina », cioè più apparente che reale.

PRESIDENTE. Sospendo brevemente la seduta onde consentire la riformulazione degli emendamenti del Governo 4. 12 e 4. 9.

**La seduta, sospesa alle 16,35, è ripresa alle 16,40.**

PRESIDENTE. Avverto che gli emendamenti del Governo 4. 12 e 4. 9 sono stati così riformulati:

*All'articolo 4, comma 1, dopo le parole: nel triennio 1990-1992 aggiungere le seguenti: compresi quelli per il cui conferimento siano stati banditi gli ordinari concorsi di cui non siano espletate le relative prove entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge.*

4. 12.

All'articolo 4, comma 2, dopo le parole: nel triennio 1990-1992 aggiungere le seguenti: compresi quelli per il cui conferimento siano stati banditi gli ordinari concorsi di cui non siano espletate le relative prove entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

4. 9.

ANNA MARIA BERNASCONI. Mi era sembrato di capire che la proposta del relatore fosse diversa, cioè nel senso di prevedere che i concorsi già banditi ma non espletati debbano necessariamente svolgersi entro un certo termine. Poiché invece viene sostanzialmente mantenuto questo passaggio anomalo da una forma concorsuale ad un'altra, prevedendo solo un limite temporale di espletamento delle prove, il mio gruppo voterà contro l'emendamento, ritenendo che la procedura sia scorretta.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 4. 12 nella nuova formulazione.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento del Governo 4. 7.

GIOVANNI PICCIRILLO. Desidero un chiarimento dal ministro. In sostanza, rispetto al meccanismo concorsuale, al comma 1 dell'articolo 4, in relazione alla copertura di posti vacanti di personale medico, si prevede una selezione regionale per titoli, mentre al successivo comma 2, con riferimento alla copertura dei posti vacanti del personale non medico, si prevedono pubbliche selezioni per titoli presso ciascuna unità sanitaria locale. Vi è un problema di « intermittenza ottica » fra due posizioni concorsuali.

PRESIDENTE. Vorrei ricordare ai colleghi che ci troviamo in sede di dichiarazioni di voto.

GIOVANNI PICCIRILLO. Ho ritenuto di chiedere un chiarimento, dal momento che la questione attiene alla materia trattata dall'emendamento 4. 7.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Anche in sede di Comitato ristretto è stato raggiunto un accordo in materia; sul problema esiste una discussione complessa. Ritengo che, poiché si parla di selezione diretta da parte dei coordinatori sanitari amministrativi per gli infermieri, che costituiscono il problema di maggiore urgenza, dobbiamo considerare essenziali e garantire determinati strumenti ai fini dell'assistenza ai malati di AIDS.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 4. 7, accettato dal relatore.

(È approvato).

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 4. 8, accettato dal relatore.

(È approvato).

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 4. 9 nella nuova formulazione, accettato dal relatore.

(È approvato).

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 4. 15, accettato dal relatore.

(È approvato).

Passiamo agli identici emendamenti Bassi Montanari 4. 3 e Volponi 4. 13.

ALBERTO VOLPONI. L'emendamento 4. 13 è teso a migliorare il disegno di legge al nostro esame dal punto di vista esclusivamente tecnico. Devo dire che — anche se in maniera informale — avevo già notificato al ministro la mia volontà in tal senso, esprimendo riserve sul comma 3 dell'articolo 4. Mi sembrava che si potesse addivenire alla soppressione del suddetto comma, dal momento che esso può creare ostacoli proprio alla nostra esigenza e volontà di accelerare i tempi. Infatti, da una parte cerchiamo di garantire procedure estremamente veloci, nuove ed origi-

nali per la regione, dall'altra restituiamo alle USL la possibilità di realizzare avvisi pubblici proprio mentre quest'ultima facoltà viene conferita alle regioni per quanto riguarda il concorso. In tal modo si rischia che le regioni espletino le prove concorsuali, mentre le USL affidano gli incarichi per un anno. Così soltanto dopo due o tre anni si riuscirà finalmente a conoscere il vincitore di un certo posto su scala regionale.

Visto che abbiamo dato alle regioni ampie possibilità per abbreviare i tempi di espletamento dei concorsi e dal momento che — come diceva giustamente il ministro De Lorenzo — quasi sicuramente all'avviso pubblico delle USL si presenteranno gli stessi candidati che hanno partecipato al concorso a livello regionale, la facoltà da parte delle USL di emanare avvisi pubblici appare soltanto come una rischiosa ed inutile sovrapposizione.

Ripeto che tali argomentazioni non hanno valenza politica, ma sottolineano problemi di natura tecnica. Sta a cuore a tutti l'esigenza di concedere in breve la possibilità di assumere personale, ma il mantenimento del comma 3 dell'articolo 4 non mi sembra il modo migliore per ottenere questo risultato.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Vorrei avanzare una proposta fondata sulla premessa che ci troviamo in una situazione di grandissima emergenza; come avrete potuto leggere sui giornali delle ultime settimane, a Roma è stato chiuso il reparto del professor Aiuti. Siamo al punto che i reparti stanno chiudendo! La normativa al nostro esame è di natura eccezionale perché con essa si risponde ad esigenze eccezionali. L'osservazione dell'onorevole Volponi ha una propria consistenza, ma vorrei formulare un'ipotesi intermedia: dal momento che una volta approvata la legge le regioni dovranno organizzarsi per espletare i concorsi — e ciò comporterà sei o sette mesi di tempo — nel suddetto periodo potremmo consentire che un certo numero di medici vada a coprire gli organici vacanti, senza norme che potrebbero compromettere la nostra intenzione originaria.

Mi pongo questo problema, ma non ne faccio una questione di principio. Ho espresso una preoccupazione circa la garanzia del funzionamento di questo reparto, ma non ho difficoltà ad accettare di sopprimere il secondo periodo del comma 3, perché l'unico obiettivo che stiamo cercando di perseguire è quello di mettere in moto immediatamente questo meccanismo. Se la Commissione ritiene, si può anche stabilire che l'incarico sia conferito per sei mesi, che non sia rinnovabile per altri sei mesi, in attesa che sia espletato il concorso regionale. Con la normativa in esame, tuttavia, noi intendiamo dare risposta ad un'esigenza molto avvertita. Ecco per quale motivo chiedo la soppressione di quella dizione: anche per ragioni di deroga rispetto ad una norma generale cui io per primo non vorrei contravvenire.

LUIGI BENEVELLI. Il ministro è un esperto di sanatorie...

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Non ne ho mai fatte.

LUIGI BENEVELLI. Mi riferisco a situazioni che ben conosce. Di deroga in deroga si creeranno nuove sacche di precariato da sanare. Condividiamo pertanto, in questo senso, le argomentazioni dell'onorevole Volponi e voteremo a favore del suo emendamento.

FRANCA BASSI MONTANARI. Credo che la selezione per titoli effettuata dalle regioni possa essere anche più veloce rispetto ai sette mesi preventivati. Se manteniamo questa norma, rischiamo di aumentare forme di clientelismo ed anche di far sì che questo comma serva poi, in un secondo momento, per costituire il *curriculum* per i concorsi regionali. Infatti, abbiamo approvato emendamenti che stabiliscono criteri di valutazione, nei concorsi per titoli, con particolare considerazione, nell'ambito del *curriculum* formativo, delle attività svolte nel settore. L'emendamento in questione, insieme con quelli ricordati, può creare situazioni di clientelismo: pertanto, a mio avviso, il comma in esame deve essere soppresso.

Noi abbiamo già definito una procedura di urgenza per lo svolgimento dei concorsi regionali per titoli; ritengo che con tale procedura già anomala si possa far fronte alla chiusura del reparto del professor Aiuti ed ai problemi di gestione connessi:

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Ho espresso una preoccupazione che non è solo del Governo, ma che deve essere di tutta la Commissione e di tutte le forze politiche. Poiché si ritiene che la procedura eccezionale proposta sia atta a garantire la copertura immediata delle vacanze organiche — ed io non ho altro obiettivo che questo — spero che non sia necessario ricorrere ad una normativa del genere. Comunque, alla luce delle considerazioni esposte, che hanno logica e razionalità, esprimo parere favorevole sugli emendamenti Volponi 4. 13 e Bassi Montanari 4. 3.

DANILO POGGIOLINI, *Relatore*. Mi rimetto alle valutazioni della Commissione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio gli identici emendamenti Bassi Montanari 4. 3 e Volponi 4. 13, accettati dal Governo.

*(Sono approvati)*.

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Bassi Montanari 4. 4, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto)*.

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Tagliabue ed altri 4. 2, non accettato dal relatore né dal Governo.

*(È respinto)*.

Passiamo all'emendamento Volponi 4. 14.

ALBERTO VOLPONI. Desidero illustrare questo emendamento, perché mi sembra che al riguardo vi sia un equivoco. Non mi sembra che esso abbia una valenza particolarmente incisiva sul contesto del progetto di legge; tuttavia il fatto che il

personale ausiliario segua corsi di formazione, con un'ulteriore caratterizzazione, costituisce un chiaro segnale anche sotto il profilo umanitario. Non comprendo quali pericoli possano esservi dietro tale formulazione.

LUIGI BENEVELLI. Chiedo al presentatore dell'emendamento di chiarire che cosa intenda con l'espressione « personale ausiliario », perché, se ben ricordo, il personale infermieristico rifiuta giustamente tale definizione.

ALBERTO VOLPONI. Il personale infermieristico non è ricompreso nella categoria di personale ausiliario.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Invito l'onorevole Volponi a ritirare il suo emendamento e ad inserire la materia, come raccomandazione, nell'ambito dell'azione programmata per la lotta all'AIDS. In questo modo eviteremo di emanare al riguardo una norma di legge, ma obbligheremmo le regioni a seguire tale indirizzo, impedendo l'insorgere di equivoci sulle modalità di attuazione. Chiedo, quindi, che si trovi una formula per inserire questo concetto nell'ambito dell'azione programmata.

ALBERTO VOLPONI. Prima di decidere se ritirare o meno l'emendamento desidero fare una precisazione. Il problema dei malati di AIDS coinvolge aspetti di natura non strettamente infermieristica sul piano dell'assistenza diretta: queste persone hanno bisogno di qualcuno che stia loro vicino e in alcune fasi della malattia è necessario che essi siano assistiti da persone che abbiano una determinata specializzazione. Mi chiedo, quindi, quale personale oggi o domani sarà adibito a tale tipo di assistenza; a mio avviso, è necessario formare, attraverso adeguati corsi, personale ausiliario idoneo a svolgere quell'attività perché, tanto per fare un esempio banale, l'infermiere non aiuta il malato a consumare i pasti.

PRESIDENTE. Onorevole Volponi, accoglie l'invito del ministro?

ALBERTO VOLPONI. No, signor presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Volponi 4. 14, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del Governo 4. 10, accettato dal relatore.

(È approvato).

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del relatore 4. 5, accettato dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento del relatore 4. 6, accettato dal Governo.

(È approvato).

Avverto che gli emendamenti approvati in linea di principio saranno inviati alle Commissioni competenti per il parere.

Passiamo all'articolo aggiuntivo Gramaglia e Bertone 4. 0.1.

GIUSEPPINA BERTONE. Pur apprezzando l'importante sforzo compiuto dal Governo, di cui condividiamo molti aspetti, riteniamo opportuno non ritirare l'articolo aggiuntivo in quanto esso, mentre soddisfa le esigenze di carattere epidemiologico e statistico, fa leva soprattutto su norme deontologiche già esistenti, senza drammatizzare il problema. Crediamo infatti che non sempre i problemi importanti debbano essere ulteriormente drammatizzati; la nostra proposta ci sembra contribuisca a mantenere un atteggiamento psicologico e culturale di maggiore normalità rispetto al problema.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'articolo aggiuntivo Gramaglia e Bertone 4. 0.1, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Passiamo all'articolo aggiuntivo Bernasconi ed altri 4. 0.2.

ANNA MARIA BERNASCONI. Non abbiamo sottoscritto l'articolo aggiuntivo presentato dal gruppo della sinistra indipendente non perché non crediamo nell'importanza del problema della riservatezza e del rispetto della persona, ma perché riteniamo che gli strumenti proposti non garantiscano una serie di diritti, primo fra tutti quello della persona, e possano creare una serie di discriminazioni. Invito il ministro a prestare attenzione a questo mio intervento, in quanto mi sembra che l'articolo aggiuntivo che era stato presentato dal ministro stesso sia stato poi riformulato dopo che la Commissione affari costituzionali ha espresso dubbi su talune sue parti.

A nostro avviso, la proposta del Governo e le altre presentate non tutelano a sufficienza il soggetto, creano discriminazioni e generano confusione tra la tutela sociale e la tutela sanitaria dell'individuo; inoltre, di fatto non viene garantito il diritto alla riservatezza, anzi si cerca di porre rimedio « a valle » ai danni derivanti dalla violazione di un diritto leso « a monte », per cui si concede la facoltà di effettuare *test* obbligatori che sono anomali nel trattamento sanitario, essendo in genere riservati a casi estremamente selezionati ed avendo quindi carattere eccezionale. Il fatto che al *test* di sieropositività possano essere sottoposti tutti, senza il loro consenso, lede un diritto della persona. Nella pratica, qualora vengano ravvisate ragioni di ordine sanitario, che inducono il medico ad effettuare il *test* di sieropositività, questo viene eseguito; non è quindi necessario prevederne l'obbligatorietà in caso di AIDS. Tutte le forme di uso del *test* di sieropositività che invece non derivino da un consenso informato sono lesive dei diritti umani.

Per tali ragioni, con l'articolo aggiuntivo 4. 0.2 prevediamo che nessuna persona possa essere sottoposta a trattamenti o accertamenti diagnostici sperimentali senza il consenso informato. Inoltre, per quanto riguarda la riservatezza dei dati una volta ottenuto il consenso informato, ribadisco che esistono già leggi che sanciscono il segreto professionale da parte dei medici nonché la riservatezza dei dati. Si tratta di un criterio che deve essere applicato rigorosamente a tutti, perché il malato di AIDS deve essere tutelato analogamente a chi è affetto da tumore o da una malattia trasmissibile.

Le informazioni devono essere documentazioni del soggetto interessato, per cui di esse non può essere fatto alcun altro uso. Faccio inoltre rilevare, in particolare ai colleghi della sinistra indipendente, che alcune forme di tutela come l'anonimato sono apparentemente forme di garanzia del soggetto, ma di fatto spesso e volentieri si trasformano in una forma di discriminazione. Pensiamo, per esempio, a due soggetti, il primo sieronegativo ed il secondo sieropositivo, che vengono ricoverati in ospedale. Quello sieronegativo ha una cartella intestata, con nome, cognome ed indirizzo, mentre sulla cartella di quello sieropositivo è scritto solo « XY » e ciò è certamente molto discriminante. Non va inoltre sottovalutato che per seguire un soggetto dal periodo di sieropositività fino all'eventuale manifestarsi della malattia abbiamo bisogno di conoscere nome, cognome e indirizzo; questo, però, all'interno delle strutture sanitarie, poiché oggi esiste il buco nero della latenza dell'AIDS, che per ora si esprime nel 50 per cento dei casi (non si sa ancora perché mancano dati ed informazioni su tanti soggetti; non si riesce a capire quali siano le concause che in alcuni fanno sviluppare la malattia ed in altri no).

In secondo luogo, potrebbe esservi la necessità di andare a recuperare questi soggetti all'interno della struttura sanitaria per seguirli e tutelarli.

In sostanza, si tratta di forme che apparentemente sono tese alla tutela, ma che, in realtà, pongono il soggetto in uno

stato di clandestinità. Pertanto, siamo fortemente contrari, non all'uso del *test*, ma al fatto che ad esso possono essere sottoposti soggetti che non sono informati. Non vi è alcuna ragione per cui il *test* debba essere reso obbligatorio nei casi in cui il medico per accertamenti diagnostici (per esempio, una polmonite di origini ignote) abbia bisogno di un riscontro per quanto concerne la sieropositività; in qual caso egli avrebbe tutto il diritto di richiederlo, così come in tutte quelle ipotesi in cui sono necessari supporti diagnostici. Tuttavia, non è assolutamente comprensibile — né accettabile — la logica per cui un paziente dovrebbe essere sottoposto al *test* di sieropositività soltanto per essere stato ricoverato in ospedale (per esempio, per la frattura di un arto). Se, viceversa, egli dovesse essere sottoposto a intervento chirurgico, sarebbe importante conoscere se sia sieropositivo, così come sarebbe necessario sapere se sia affetto da epatite. Il problema non si pone se non ci si trova all'interno delle ipotesi che ho citato e se tutta la struttura si mantiene all'interno di un'impostazione di sicurezza.

**PRESIDENTE.** Pur avendo chiesto di parlare l'onorevole Bassi Montanari ed il relatore, dobbiamo sospendere l'esame del testo in discussione per la concomitanza di votazioni in Assemblea.

Pertanto, il seguito della discussione è rinviato a domani, giovedì 15 marzo, alle 9,30.

**La seduta termina alle 17,10.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO  
STENOGRAFIA DELLE COMMISSIONI  
ED ORGANI COLLEGIALI

DOTT. LUCIANA PELLEGRINI CAVE BONDI

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO  
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

DOTT. PAOLO DE STEFANO

---

Licenziato per la composizione e la stampa  
dal Servizio Stenografia delle Commissioni  
ed Organi Collegiali il 27 aprile 1990.

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO