

COMMISSIONE XIV
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

6.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 22 GIUGNO 1977

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARTINI MARIA ELETTA

INDICE

| | PAG. | | PAG. |
|---|--|--------------------------------------|--|
| Sostituzioni: | | MORINI | 37, 39, 42, 44, 46, 47, 48, 66, 68 |
| PRESIDENTE | 33 | NICOLAZZI | 52, 69 |
| Proposte di legge (Discussione ed approvazione): | | ORSINI BRUNO | 49, 55, 60, 61, 62, 64, 67 |
| Senatori DEL NERO ed altri: Provvedimenti urgenti per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario e per l'avvio della riforma sanitaria (<i>Approvata dal Senato della Repubblica</i>) (1358); | | PALOPOLI | 39, 43, 51, 61 |
| MORINI ed altri: Modifiche alla legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per la estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria (832) | 34 | RAUTI | 70 |
| PRESIDENTE | 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 52, 53, 55, 57, 58, 59, 61, 63, 64, 65, 66, 70 | RIZ | 37, 45, 48, 49, 57, 61, 62, 63, 65, 66 |
| BERLINGUER GIOVANNI | 51, 57 | TESSARI GIANGIACOMO | 57, 60, 61, 67 |
| BOFFARDI INES | 51, 57, 58, 62, 68 | TIRABOSCHI | 42, 47, 48, 49, 53, 58, 63 |
| BOGI | 61, 67 | TRIVA | 37, 40, 46, 47, 48, 50, 60, 64 |
| CIRINO POMICINO, Relatore 34, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 58, 60, 61, 63, 64 | | | |
| DAL FALCO, Ministro della sanità 37, 38, 39, 40, 44, 45, 47, 49, 52, 63, 64, 65, 66 | | | |
| FERRI | 52 | | |
| GIOVANARDI | 51, 65, 69 | | |
| | | Votazione segreta: | |
| | | PRESIDENTE | 70 |

La seduta comincia alle 10,25.

FORNI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

Sostituzioni.

PRESIDENTE. Comunico che i deputati Cresco, Usellini, Tesini Aristide, Mora, Cavigliasso, Carelli, Tedeschi, Conchiglia Galasso Cristina, Riga Grazia e Bogi sostituiscono rispettivamente i deputati Frasca, Savino, Barba, Bubbico, Rosini, Gasco, Andreoni, Arnone, Milani Armelino, Agnelli Susanna.

Discussione delle proposte di legge: Senatori Del Nero ed altri: Provvedimenti urgenti per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario e per l'avvio della riforma sanitaria (Approvata dal Senato della Repubblica) (1358); Morini ed altri: Modifiche alla legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per la estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria (832).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione abbinata delle proposte di legge di iniziativa dei senatori Del Nero, Rampa, Cravero, Costa, Bompiani: « Provvedimenti urgenti per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario e per l'avvio della riforma sanitaria », già approvata dal Senato della Repubblica nella seduta del 5 aprile 1977; e dei deputati Morini, Andreoni, Barba, Boffardi Ines, Cirino Pomicino, Del Duca, Forni, Orsini Bruno, Presutti, Savino, Urso Giacinto, Zucconi: « Modifiche alla legge 17 agosto 1974, n. 386, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria ».

L'onorevole Cirino Pomicino ha facoltà di svolgere la relazione.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. L'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, ha stabilito l'estinzione di tutti gli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico « le cui funzioni e le relative strutture sono ripartite (dal 1977) secondo le rispettive competenze, tra lo Stato, le regioni e gli altri enti territoriali per l'attuazione del servizio sanitario nazionale ».

La norma anzidetta è da porsi in correlazione con le iniziative legislative all'epoca assunte attraverso i vari progetti presentati al Parlamento per l'istituzione del servizio sanitario nazionale, che appunto

prevedevano una serie di principi e norme articolati non soltanto per il trasferimento alle regioni, in attuazione dell'articolo 117 della Costituzione, delle funzioni in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, ma anche per la ripartizione tra le varie istituzioni interessate dei relativi compiti secondo precisi schemi operativi.

La decadenza delle predette iniziative per effetto dello scioglimento anticipato delle Camere e la ripresentazione di nuovi progetti di legge, avvenuta solo in questi ultimi, mesi hanno reso finora impossibile determinare in concreto le nuove istituzioni pubbliche destinate a succedere ai sopprimendi enti attraverso l'assunzione dei compiti propri, fino al 30 giugno 1977, degli enti stessi.

In altri termini, l'attuale provvedimento — che sostituisce l'atto indispensabile per la soppressione degli enti preposti fino al 30 giugno prossimo all'assistenza sanitaria — non sembra possa avere a questo fine efficacia pratica sino a quando non interverrà il provvedimento legislativo che determina le nuove competenze statali, regionali e degli enti locali, onde assicurare la continuità nel tempo dell'assistenza anzidetta, attraverso la ripartizione fra i nuovi organismi delle funzioni e relative strutture già esclusive degli enti.

Allo scopo di ovviare agli inconvenienti di cui ho parlato, la Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati, in sede di esame delle proposte di legge nn. 1358 e 382, concernenti « provvedimenti urgenti per la stipulazione delle convenzioni uniche per il personale sanitario e per l'avvio della riforma sanitaria », ha ravvisato la necessità d'introdurre nel testo unificato delle proposte medesime una serie di norme volte a dare pratica attuazione all'articolo 12-bis della legge n. 386 del 1974, attraverso un insieme di disposizioni che possono essere così puntualizzate: attribuzione delle funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria alle regioni a far tempo dal 1° luglio 1977; determinazione, nelle more della riforma sanitaria, dei limiti entro cui le regioni dovranno operare; specificazione delle attribuzioni delle regioni in questa fase preliminare di avvio alla riforma sanitaria; sostituzione degli attuali organi d'amministrazione degli enti e gestioni estinti con commissari liquidatori; determinazione dei compiti dei commissari anzidetti nella duplice finalità di avviare la fase della liquidazione e di garantire la continuità del-

l'effettiva gestione dell'assistenza sanitaria; istituzione di un apposito comitato centrale a livello governativo per la liquidazione degli enti, casse e gestioni disciolti.

Pur nella necessaria gradualità, prevista per altro anche in tutte le proposte di legge per l'istituzione del servizio sanitario nazionale, è così rispettata la volontà politica e legislativa enunciata nell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386.

L'articolo 1 del provvedimento che oggi discutiamo prevede, infatti, di trasferire alle regioni le « funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria, già proprie degli enti, casse, servizi e gestioni autonome, estinti e posti in liquidazione, individuati ai sensi dell'articolo 12-*bis* della legge 17 agosto 1974, n. 386 ».

Con questa dizione si è voluto fare riferimento all'assistenza sanitaria intesa come « funzione » dell'amministrazione pubblica e cioè come « funzione amministrativa », nel senso lato della parola in uso nella terminologia del diritto pubblico e quale compare negli stessi testi di legge sull'ordinamento regionale e sull'organizzazione della pubblica amministrazione, ad esempio nella legge 22 luglio 1975, n. 382. Come quest'ultima aveva disciplinato il trasferimento dallo Stato alle regioni di un complesso di « funzioni amministrative, considerate per settori organici, inerenti alle materie indicate nell'articolo 117 della Costituzione », analogamente il presente disposto legislativo prevede l'attribuzione alle regioni di quella fondamentale « funzione amministrativa » del settore dell'assistenza pubblica sanitaria di cui parla il medesimo articolo della Carta costituzionale.

Per altro, nella fase di prima attuazione delle nuove norme di legge immediatamente successiva al 1° luglio 1977 ed in attesa dell'approvazione della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, tale funzione sarà esercitata, come espressamente prevede l'articolo 1, sulla base delle speciali norme stabilite dagli articoli successivi, degli ordinamenti già in vigore presso gli enti dichiarati estinti e dalle linee di indirizzo e di coordinamento di emanazione governativa.

Ferma quindi restando la piena titolarità della funzione attribuita alle regioni fino al 1° luglio 1977, il legislatore intende predisporre gli strumenti perché l'effettivo esercizio della funzione stessa sia assunto dalle regioni con l'opportuna gradualità

richiesta dalle complesse operazioni di trasferimento di compiti, strutture operative, personale, beni patrimoniali, ecc., senza pregiudicare in nulla la continuità e l'efficienza dei relativi servizi.

Una funzione fondamentale viene attribuita alle regioni ed è quella prevista dall'articolo 5, concernente la programmazione ed il coordinamento di tutte le strutture sanitarie operanti nel territorio. Ciò consentirà di superare il mancato collegamento che ha sempre caratterizzato le strutture sanitarie del nostro paese, con una frattura tra medicina ospedaliera e medicina ambulatoriale in particolare, e che ha rappresentato una delle cause non secondarie della lievitazione dei costi dell'assistenza sanitaria.

L'altro tema affrontato dal provvedimento in esame, che ne fa, unitamente alla prima parte, uno strumento di sostanziale ulteriore avvicinamento alla scadenza della riforma sanitaria, è quello delle convenzioni mediche. L'articolo 8 della legge 17 agosto 1974, n. 386, aveva bloccato il rinnovo delle convenzioni mediche nella prospettiva di una rapida approvazione del disegno di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale. Lo scioglimento anticipato della Camera, impedendo il prosieguo dell'*iter* legislativo dei disegni di legge di riforma, aveva di fatto vanificato il senso di quella norma, che finiva per esplicitare i suoi effetti solo nel blocco di un diritto sindacale, senza garantire per altro neanche il contenimento della spesa che, al contrario, in relazione alle agitazioni proclamate a più riprese dalle organizzazioni sindacali mediche, ha subito una lievitazione non indifferente, in particolare nel settore della spesa farmaceutica.

La nuova normativa, nel restituire la capacità contrattuale ai sindacati medici, presenta alcune innovazioni di fondamentale importanza che, pur nella transitorietà dell'intero disposto legislativo, prefigurano il rapporto definitivo che i medici non dipendenti avranno con il futuro servizio sanitario nazionale.

Innanzitutto l'unicità del rapporto convenzionale rappresenta di per sé una sostanziale novità, in quanto supera l'attuale frammentarietà dei rapporti convenzionali esistenti attraverso la stipula di un accordo nazionale-tipo fra il Governo e le regioni da una parte e le organizzazioni sindacali mediche dall'altra, recepito successivamente dagli enti mutualistici.

In tale accordo dovranno essere previste una serie di normative che, lungi dall'intaccare il potere contrattuale delle organizzazioni sindacali interessate, indicano alcune direttrici lungo le quali lo schema di convenzione dovrà muoversi a garanzia dell'utenza e degli stessi operatori sanitari, ferma restando la definizione dei contenuti che resta, ovviamente, affidata alle parti.

Tale schema di convenzione presenta alcune novità di rilievo, prima fra tutte il cosiddetto compenso a quota capitaria che, nel riconfermare la natura libero-professionale del rapporto convenzionale, perché basato essenzialmente sulla libertà di scelta da parte dell'utente, offre un primo strumento di governabilità della spesa sanitaria recuperando, nel contempo, una serenità nell'atto professionale medico molto spesso soggetto, grazie a meccanismi di compenso diversi, a spinte non sempre controllabili.

Nonostante gli atteggiamenti di frange minoritarie, la maggioranza dei medici italiani, accogliendo, attraverso le proprie organizzazioni sindacali, tale forma di compenso, ha mostrato una piena disponibilità per una diversa collocazione del medico nel futuro servizio sanitario nazionale, sostanziano in tal modo una grande spinta unitaria tra le forze sociali, indispensabile per garantire il più ampio consenso al delicato processo della riforma sanitaria.

Altri aspetti non meno qualificanti che la convenzione unica dovrà prevedere sono: la definizione del rapporto ottimale quale strumento di programmazione e di riequilibrio della presenza medica nel territorio; la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale; l'aggiornamento obbligatorio dei medici, recuperando in tal modo gli operatori sanitari di base da un frustrante isolamento culturale in cui, molto spesso, l'attuale sistema li costringe; il lavoro medico di gruppo ed integrato nelle strutture sanitarie come reale momento di una interdisciplinarietà delle prestazioni assistenziali indispensabili ad una più moderna tutela della salute.

Viene infine ribadito, nel rispetto delle prerogative regionali sancite dall'articolo 117 della Costituzione, il diritto all'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici ospedalieri, dei policlinici convenzionati e degli istituti a carattere scientifico, anche alla luce di quanto affermato in una recente sentenza della Corte Costituzionale. La legislazione regionale potrà individuare

forme diverse per la garanzia di tale diritto ma non potrà determinare diversità dello stesso, che rappresenta un principio valido per tutto il territorio nazionale.

L'imminente scadenza del 30 giugno ha impedito forse di considerare in pieno la gravità dei problemi comuni all'organizzazione ed alla gestione degli ospedali psichiatrici, nonostante che, nell'ambito della discussione generale, la quasi totalità delle forze politiche avesse dichiarato di volerli affrontare e risolvere. Resta questo uno degli impegni fondamentali della riforma sanitaria ed uno degli elementi di spinta non marginale per accelerare al massimo i lavori del comitato ristretto che già da alcune settimane sta operando proficuamente sui diversi testi proposti dalle varie forze politiche.

Onorevoli colleghi, pur nei limiti del suo carattere transitorio, più volte richiamato, il provvedimento in esame rappresenta un ulteriore concreto passo verso il servizio sanitario nazionale, rispettando, come ripeto, la volontà politica contenuta nell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, inerente all'estinzione degli enti mutualistici e recuperando un clima di serenità tra le categorie degli operatori sanitari quale ulteriore momento di consenso e di collaborazione per la definitiva approvazione del progetto di legge di riforma sanitaria sul quale le forze politiche stanno trovando significativi momenti di convergenza.

Infine, ricordo ai colleghi che la discussione si baserà su un testo unificato redatto d'intesa tra le varie forze politiche che nel corso della scorsa seduta hanno chiesto il trasferimento del provvedimento in sede legislativa.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali. Nessuno chiedendo di parlare, la dichiaro chiusa.

Passiamo all'esame degli articoli del testo unificato.

Do lettura del primo articolo:

TITOLO I

ART. 1.

A far tempo dal 1° luglio 1977, le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria, già proprie degli enti, casse, servizi e gestioni autonome estinti e posti in liquidazione, individuati ai sensi dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974,

n. 386, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Sino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, le regioni si attengono, nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite, alle norme della presente legge e a quelle previste, in forza di legge, negli ordinamenti degli enti anzidetti, nonchè alle linee di indirizzo e coordinamento all'uopo emanate dal Governo.

Sono sciolti, a decorrere dalla stessa data, gli organi di amministrazione degli enti, fondi e casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati, preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, individuati dall'articolo 1, primo comma, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1977.

L'onorevole Riz ha presentato i seguenti emendamenti:

Sopprimere, al primo comma, le parole da: « Sino » a: « Governo » (1. 1).

Aggiungere, al secondo comma, dopo le parole « stessa data » le seguenti « d'intesa con le province autonome di Trento e Bolzano » (1. 2).

In via subordinata: dopo le parole « stessa data » aggiungere le altre « sentite le province autonome di Trento e Bolzano » (1. 3).

RIZ. La Regione Trentino-Alto Adige ha competenza primaria in materia di ordinamento degli enti sanitari e ospedalieri, per cui anche le province autonome hanno competenza, in base all'articolo 9, in materia di igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera.

Ci preoccupiamo quindi del fatto che, senza neanche sentire i pareri delle province autonome di Trento e Bolzano, all'articolo 1 si disponga circa una materia che dovrebbe essere regolata dalle province stesse.

Propongo quindi che queste decisioni siano prese d'intesa con le province autonome o, in via subordinata, che si inserisca almeno, dopo le parole « stessa data », le altre « sentite le province autonome di Trento e Bolzano ».

Colgo, infine, l'occasione per ringraziare la Commissione per aver tenuto conto, nella stesura del testo unificato, di suggerimenti che avevo avanzato.

TRIVA. Sono perplesso sulla proposta di soppressione di quasi tutto il primo comma, mentre sono favorevole all'emendamento subordinato dell'onorevole Riz.

MORINI. Desidero far presente ai colleghi l'opportunità di un perfezionamento del primo comma dell'articolo 1.

In sede di stesura del testo unificato si è ritenuto, accogliendo un suggerimento dell'onorevole Triva, di adottare, con riferimento alla normativa contenuta negli ordinamenti degli enti disciolti, la dizione « in forza di legge ». Ma, a tale proposito, non bisogna dimenticare che il più grosso ente mutualistico oggetto di questo provvedimento, cioè l'INAM, ha solo la legge istitutiva ma non ha mai visto approvato il regolamento della stessa. Immaginate, quindi, quanto è lontana quella legge — che risale al 1939 — dalla realtà odierna!

Pertanto desidero presentare un emendamento del seguente tenore: Sostituire, al primo comma dell'articolo 1, le parole « in forza di legge » con le altre « in applicazione delle leggi istitutive o degli statuti », onde evitare che il riferimento alla legge sia troppo lontano dalla realtà operativa odierna.

TRIVA. Sarebbe opportuno, a mio avviso, ricorrere alla formulazione: « in forza di legge o di norme statutarie ».

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Si potrebbe usare, allora, la dizione: « in forza di legge o di normative vigenti ».

MORINI. Accogliendo i suggerimenti datimi or ora, riformulo il mio emendamento nel modo seguente: al primo comma dell'articolo 1 sostituire le parole « e a quelle previste in forza di legge negli ordinamenti degli enti anzidetti » con le altre « e alla normativa contenuta negli ordinamenti degli enti anzidetti in forza di disposizioni di legge o statutarie ».

PRESIDENTE. L'onorevole Morini ha presentato il seguente emendamento:

All'articolo 1, primo comma, sostituire le parole « e a quelle previste in forza di legge negli ordinamenti degli enti anzidetti » con le altre « e alla normativa contenuta negli ordinamenti degli enti anzidetti in forza di disposizioni di legge o statutarie ».

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Sono favorevole all'emendamento Morini al primo comma dell'articolo 1 ed all'emendamento subordinato dell'onorevole Riz, contrario invece agli emendamenti Riz al primo ed al secondo comma.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Anche il Governo è favorevole all'emendamento Morini ed all'emendamento subordinato Riz, contrario agli altri due emendamenti dell'onorevole Riz.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il mantenimento, al primo comma, delle parole da « Sino » a « Governo », delle quali l'onorevole Riz propone la soppressione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Morini al primo comma.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Riz al secondo comma.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento presentato dall'onorevole Riz, in via subordinata, al secondo comma.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 1 nel suo complesso, che, dopo le modifiche testè apportate, risulta così formulato:

ART. 1.

A far tempo dal 1° luglio 1977, le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria, già proprie degli enti, casse servizi e gestioni autonome, estinti e posti in liquidazione, individuati ai sensi dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Sino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, le regioni si attengono, nell'esercizio delle funzioni ad esse attribuite, alle norme della presente legge e alla normativa contenuta negli ordinamenti degli enti anzidetti in forza di disposizioni di legge o statutarie, nonché alle linee di indirizzo e coordinamento all'uopo emanate dal Governo.

Sono sciolti, a decorrere dalla stessa data, sentite le province autonome di Trento

e Bolzano, gli organi di amministrazione degli enti, fondi e casse mutue anche aziendali, comunque denominati e strutturati, preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, individuati dall'articolo 1, primo comma, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1977.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 2.

A decorrere dal 1° luglio 1977, i commissari straordinari di cui all'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, assumono la funzione di commissari liquidatori.

I presidenti in carica degli organi di amministrazione degli enti di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente assumono, a far tempo dal 1° luglio 1977, la funzione di commissari straordinari per la temporanea gestione delle attività sanitarie. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge il ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i ministri della sanità e del tesoro, adotta i provvedimenti necessari per la liquidazione di tali enti e per la nomina dei commissari liquidatori seguendo il criterio della attribuzione ad un unico commissario dei compiti relativi alla liquidazione di gruppi omogenei di enti.

Nei casi di mancanza dei presidenti indicati nel comma precedente, alla nomina dei commissari straordinari si provvede con decreto del ministro del lavoro di concerto con i ministri della sanità e del tesoro. Con lo stesso procedimento si provvede alle sostituzioni di commissari che si rendessero eventualmente necessarie.

I commissari straordinari dell'ENPAS, dell'INADEL e dell'ENPALS, nominati a norma dell'articolo 12-bis, primo comma, della legge 17 agosto 1974, n. 386, restano in carica, per la gestione delle residue funzioni previdenziali, fino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Su questa formulazione dell'articolo 2 c'è stata unanimità tra le forze politiche che hanno redatto il testo unificato.

L'aspetto più rilevante di tale articolo è costituito dalla possibilità di nominare, con decreto ministeriale, commissari straordinari

ri in caso di mancanza dei presidenti degli organi d'amministrazione degli enti di cui all'ultimo comma dell'articolo 1.

MORINI. Sarebbe opportuno richiamare, dopo il primo comma dell'articolo, quanto è contenuto nell'ultimo comma, per evitare problemi interpretativi.

PALOPOLI. La questione mi pare superflua, tanto più se si consideri che la precisazione dovrebbe essere inserita nell'ambito dello stesso articolo.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Vorrei far notare al collega Morini che, trattandosi di norme contenute in uno stesso articolo, non c'è possibilità di equivocare.

MORINI. L'intento che mi ha guidato è stato quello di evitare problemi interpretativi. Comunque non intendo insistere, anche in considerazione del fatto che mi pare che i colleghi non condividano le mie preoccupazioni.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Mi rimetto alle decisioni della Commissione, ma sono anch'io del parere che la precisazione dell'onorevole Morini sia superflua.

PALOPOLI. Probabilmente i dubbi espressi dall'onorevole Morini potrebbero essere fugati inserendo l'ultimo comma dell'articolo 2 dopo il primo.

MORINI. Sono d'accordo con il collega Palopoli e faccio mia la sua proposta.

PRESIDENTE. Pertanto, l'onorevole Morini presenta il seguente emendamento:

Inserire, dopo il primo comma, l'ultimo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 2 con la modifica testè apportata.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo.

ART. 3.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, i commissari di cui al precedente articolo 2 adottano i provvedi-

menti compatibili con la presente legge già riservati alla competenza dei disciolti organi ordinari di amministrazione e compiono qualsiasi atto di gestione, al fine di garantire l'assolvimento degli obblighi istituzionali già propri dei rispettivi enti, casse, gestioni e servizi preposti all'assistenza sanitaria, attraverso la riscossione dei contributi assicurativi o delle altre entrate, l'erogazione delle spese comprese quelle riferite alle funzioni trasferite, l'amministrazione del personale e il pagamento delle competenze anche ai titolari dei trattamenti di quiescenza e di previdenza in applicazione delle rispettive norme regolamentari, la rappresentanza anche in giudizio e quant'altro necessario, in base alle direttive del comitato di cui al successivo articolo 4.

Fermi restando i compiti di cui al precedente comma, per i servizi di assistenza sanitaria resi autonomi ai sensi del terzo comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, il commissario liquidatore partecipa alla formazione degli atti relativi al governo del personale addetto ai servizi stessi.

Per tutta la durata della gestione commissariale di liquidazione continuano ad esercitare le loro funzioni i collegi dei sindaci degli enti estinti. Per le gestioni autonome estinte continuano ad esercitare le loro funzioni i collegi dei sindaci dell'ente presso il quale la gestione era costituita.

Il relatore ha presentato il seguente emendamento:

Al primo comma sostituire la parola « anche » con le altre « comprese quelle relative al personale comandato ai sensi della presente legge e » (3. 2).

MORINI. Il problema trattato dall'articolo 3 è molto importante ed a mio avviso va collegato con quello trattato dal successivo articolo 5. Esso riguarda la vita amministrativa del personale di questi enti, personale per il quale nel 1975 è stata introdotta una riforma, la legge n. 70 a tutti ben nota. Tale legge prevedeva, attraverso decreti presidenziali, dei provvedimenti attuativi che hanno già avuto una loro applicazione; essa ha messo ordine anche per quel che riguarda l'aspetto giuridico di tale personale, che prima, invece, era lasciato alle facoltà regolamentari dei singoli enti.

In particolare questa legge ha posto dei limiti alla discrezione dei consigli d'am-

ministrazione, e tali limiti, oggi che ci si deve confrontare con i commissari e non più con i consigli d'amministrazione, sono ancora più opportuni e giusti.

Per tali considerazioni, sottopongo alla Commissione l'opportunità di inserire un riferimento a quest'importante legge n. 70 del 1975 o nell'articolo 3 o nell'articolo 5.

Sono del parere che, per assicurare la massima tranquillità delle funzioni sanitarie, dobbiamo evitare che sorgano preoccupazioni sul futuro del personale.

Sono due le possibilità, una più ristretta e una più ampia; credo che una delle due vada presa in considerazione.

TRIVA. Capisco la preoccupazione del collega Morini; mi sembra però che la formulazione da lui suggerita non traduca correttamente l'esigenza sia di dare tranquillità sia di evitare spazi per abusi.

Ricordando che la legge n. 70 del 1975 è una legge di principi, che poi si è tradotta in atti regolamentari ed in rapporti interni delle singole mutue, credo che potremmo accogliere quest'esigenza aggiungendo dopo le parole « l'amministrazione del personale » l'inciso « secondo quanto stabilito dalle vigenti disposizioni ». Evidentemente, nella dizione « vigenti disposizioni » sono comprese la legge n. 70, gli statuti, i regolamenti, le piante organiche, eccetera.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Sono d'accordo con la formulazione proposta dall'onorevole Triva che, del resto, mi sembra accogliere tutte le preoccupazioni manifestate dall'onorevole Morini.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Il Governo è d'accordo e lo è anche sull'emendamento presentato dal relatore.

PRESIDENTE. L'onorevole Triva ha presentato il seguente emendamento:

« Aggiungere, dopo le parole: " l'amministrazione del personale " le altre: " secondo quanto stabilito dalle vigenti disposizioni » (3. 1).

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento del relatore, di cui ho dato prima lettura.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 3 nel suo complesso che, dopo le modifiche testé apportate, risulta così formulato:

ART. 3.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, i commissari di cui al precedente articolo 2 adottano i provvedimenti compatibili con la presente legge già riservati alla competenza dei disciolti organi ordinari di amministrazione e compiono qualsiasi atto di gestione, al fine di garantire l'assolvimento degli obblighi istituzionali già propri dei rispettivi enti, casse, gestioni e servizi preposti all'assistenza sanitaria, attraverso la riscossione dei contributi assicurativi o delle altre entrate, l'erogazione delle spese comprese quelle riferite alle funzioni trasferite, l'amministrazione del personale secondo quanto stabilito dalle vigenti disposizioni, il pagamento delle competenze, comprese quelle relative al personale comandato ai sensi della presente legge e ai titolari dei trattamenti di quiescenza e di previdenza in applicazione delle rispettive norme regolamentari, la rappresentanza anche in giudizio e quant'altro necessario, in base alle direttive del comitato di cui al successivo articolo 4.

Fermi restando i compiti di cui al precedente comma, per i servizi di assistenza sanitaria resi autonomi ai sensi del terzo comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, il commissario liquidatore partecipa alla formazione degli atti relativi al governo del personale addetto ai servizi stessi.

Per tutta la durata della gestione commissariale di liquidazione continuano ad esercitare le loro funzioni i collegi dei sindaci degli enti estinti. Per le gestioni autonome estinte continuano ad esercitare le loro funzioni i collegi dei sindaci dell'ente presso il quale la gestione era costituita.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 4.

È istituito il comitato centrale per la liquidazione degli enti e per le gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria, in regime mutualistico, che resterà in carica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria.

Il comitato nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri è presieduto dal ministro della sanità ed è composto da un rappresentante per ciascuna regione, e, per quanto concerne la regione Trentino-Alto Adige, da un rappresentante per ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano, da un rappresentante per ognuno dei ministeri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze, dell'interno, della pubblica istruzione e della marina mercantile, designati dai rispettivi ministri, da cinque commissari liquidatori designati dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, da cinque membri proposti dal CNEL e da tre membri proposti dall'ANCI.

Il comitato provvede fra l'altro ad emanare direttive vincolanti per programmare, coordinare e unificare le attività volte alla liquidazione degli enti, istituti e gestioni autonome preposti all'assistenza sanitaria in regime mutualistico, in attesa della riforma sanitaria.

Ai fini dell'attuazione della presente legge, i commissari degli enti mutualistici e quelli nominati ai sensi del terzo comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, predispongono entro il 31 dicembre 1977 un progetto di riparto tra le regioni dei beni, del personale e di qualsiasi rapporto, sulla base delle direttive del comitato.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Vorrei ricordare alla Commissione che la legge n. 386 del 1974, quando aveva previsto due anni per l'estinzione degli enti, in realtà ipotizzava un tempo all'interno del quale andava realizzata una gradualità di passaggio dall'esistente strutturazione verticale alla prevista organizzazione orizzontale dell'assistenza sanitaria nel territorio. Lo scioglimento anticipato delle Camere ha arrestato questo processo che era in atto. Si è constatata in queste settimane l'esistenza di una volontà politica in questo senso e si è individuata l'esigenza di trovare un momento di più corale partecipazione, capace di guidare questo processo di passaggio da un'organizzazione verticale dell'assistenza sanitaria ad una regionale e orizzontale. Per rispondere alla funzione di guida di questo processo è prevista la partecipazione nel comitato di cui all'articolo in esame di tutte le regioni attraverso un proprio rappresentante, insieme con quei

ministeri che partecipano comunque alla gestione di una qualche parte dell'attuale sistema sanitario. Un comitato infatti che vedesse assente qualcuna di queste componenti potrebbe determinare una sfasatura nel passaggio dallo Stato alle regioni delle competenze in materia sanitaria.

Voglio anche sottolineare come in tale fase transitoria di passaggio vengano inseriti nel comitato centrale cinque membri proposti dal Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, il che costituisce un ampliamento del consenso e della partecipazione in questa fase delicata. È sembrato giusto prevedere anche la designazione di tre membri dell'ANCI a maggiore garanzia della partecipazione attiva dei vari livelli istituzionali presenti nel paese.

Mi sembra in sostanza che sia fondamentale l'istituzione di tale comitato e che in esso siano presenti tutte le componenti interessate, l'assenza di una delle quali potrebbe depauperare, come ripeto, il processo di trasformazione del nostro sistema sanitario in questa fase di passaggio alle regioni delle competenze sino ad oggi degli enti mutualistici e dello Stato.

PRESIDENTE. Gli onorevoli Tiraboschi, Ferri e Giovanardi hanno presentato il seguente emendamento:

Dopo il secondo comma aggiungere il seguente:

« Per l'attuazione delle proprie direttive il comitato centrale costituisce al suo interno un comitato di presidenza composto dal ministro della sanità o un suo delegato che lo presiede, dai rappresentanti dei ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e della marina mercantile e da sei rappresentanti delle regioni » (4. 1).

L'onorevole Morini ha presentato i seguenti emendamenti:

All'articolo 4 aggiungere i seguenti commi:

« Per ogni membro effettivo deve essere nominato un membro supplente che subentra in caso di assenza o impedimento del titolare.

Il comitato si articola in sezioni le quali possono avvalersi, per la trattazione di problemi particolari, di esperti esterni.

Per il funzionamento del comitato si osservano, in quanto applicabili, le norme

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

vigenti sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità » (4. 2).

Al secondo comma, alla fine, aggiungere « e da tre esperti designati dalla Presidenza del Consiglio » (4. 3).

L'onorevole Riz ha presentato il seguente emendamento:

Alla fine dell'articolo 4 aggiungere, dopo la parola « Comitato » le seguenti « Per le province autonome di Trento e Bolzano il progetto di riparto è predisposto d'intesa con le rispettive province autonome » (4. 4).

RIZ. Ringraziando gli estensori del testo unificato per aver accolto la modifica che avevo suggerito al primo comma di quest'articolo, desidero richiamare vivamente l'attenzione dei colleghi sull'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, che richiama esplicitamente la competenza delle province autonome di Trento e Bolzano in tema di enti mutualistici locali. Quindi, quando si passa all'attuazione della presente legge, credo sia necessario affermare che per le province autonome di Trento e Bolzano il progetto di riparto di cui all'ultimo comma dell'articolo in esame è predisposto d'intesa con le rispettive province autonome.

MORINI. Chiedo scusa ai colleghi se intervengo nuovamente ma vi è, a mio giudizio, un grosso problema da sottolineare. Io ho sempre pensato ad un comitato paritetico mentre qui la pariteticità sta venendo meno; è stata accolta la sostituzione nel testo unificato di tre esperti della Presidenza del Consiglio con tre membri proposti dall'ANCI, per cui siamo arrivati a 25 membri che rispondono - possiamo dire - ad una logica locale (regioni ed enti locali) contro 19 membri, espressione di quella che possiamo definire una logica centrale. Nei 19 comprendiamo anche i membri nominati dal CNEL che, tra l'altro, sono una componente centrale molto articolata.

Di qui la mia proposta di riequilibrare il comitato con l'introduzione di altri sei membri, che aggiunti ai 19 portano il totale a 25, in modo da arrivare alla parità con la componente locale.

Quanto ai problemi di funzionalità del comitato, ritengo che si possa ovviarvi con alcuni accorgimenti: nominando dei membri supplenti in modo da garantire la presenza del numero legale oppure creando il comitato di presidenza di cui si parla nell'emendamento Tiraboschi, oppure, infine, articolando il comitato in sezioni, come si è fatto per il Consiglio superiore di sanità.

Ritengo che, a parte il personale che prevediamo possa essere comandato dalle mutue, vada poi previsto un segretario nella persona di un funzionario del Ministero della sanità: Ministero presso cui risiede il comitato stesso.

La mia proposta quindi è sostanzialmente quella di riequilibrare il comitato rendendolo nuovamente paritetico con l'introduzione di altri sei membri nominati - diciamo così - dal centro. Si potrebbero reinserire i tre esperti designati dalla Presidenza del Consiglio e aumentare a due i membri dei ministeri qualificanti (lavoro, sanità e tesoro). In questo modo si darebbe modo alla Presidenza del Consiglio di farsi carico di un certo equilibrio politico, assicurando la presenza di forze che altrimenti potrebbero non trovare spazio.

TIRABOSCHI. Ovviamente siamo d'accordo con l'istituzione del comitato centrale, anche se già in fase di stesura del testo unificato avevamo espresso alcune riserve. A nostro avviso, infatti, esso è troppo composto e pletorico e rischia di non funzionare, riducendosi ad una cassa di risonanza di tutti i problemi che in questo settore e in questa materia, nella fase di passaggio, potranno determinarsi. Con il nostro emendamento prospettiamo uno snellimento. Si tratta di un comitato composto da oltre quaranta membri; la proposta di riduzione del numero dei componenti non è stata accolta e quindi proponiamo di costituire almeno un comitato di presidenza all'interno di quello centrale, al fine di rendere quest'ultimo funzionante ed effettive le direttive cui si fa riferimento nell'articolo 4.

Questo comitato di presidenza potrebbe essere composto di undici membri, di cui cinque rappresentanti del Governo e sei delle regioni. Tale la portata dell'emendamento proposto e queste le ragioni di funzionalità che ne consigliano l'approvazione: funzionalità che ci sembra importantissima in questo delicato momento di passaggio delle competenze.

Per le medesime ragioni il gruppo socialista è decisamente contrario ad un ulteriore allargamento del comitato centrale, come è stato proposto dall'onorevole Morini.

Il problema della funzionalità non riguarda l'articolazione in sezioni del comitato stesso, bensì l'esistenza di un comitato di presidenza che dia attuazione alle direttive discusse e decise dal comitato centrale.

Vi è una distinzione da fare tra elaborazione delle direttive e loro attuazione per rendere funzionale tale organismo; altrimenti esso risulterebbe pletorico e paralizzato.

PALOPOLI. L'argomentazione del relatore ci trova sostanzialmente d'accordo, anche se in fase di stesura del testo unificato avevamo sostenuto l'opportunità di contenere le dimensioni di questo comitato. Comunque, il gruppo comunista ritiene che nella struttura attuale il comitato possa considerarsi soddisfacente nel senso che la sua composizione tiene conto di diverse esigenze.

Riteniamo, invece, che non possa assolutamente condividersi l'esigenza della pariteticità del comitato prospettata dall'onorevole Morini, della quale non vediamo assolutamente l'opportunità sul piano politico. Il problema è quello di mettere insieme alcune competenze per coordinare in una fase transitoria — questo è il punto, non dimentichiamolo — una serie di attività che restano organizzate in maniera tradizionale, cioè all'interno degli istituti mutualistici non ancora liquidati, ma passano alla competenza, per quanto riguarda gli aspetti sanitari, delle regioni.

Condividiamo invece la proposta dell'onorevole Tiraboschi, e sottolineiamo il fatto che al primo comma c'è un limite temporale ben definito in quanto è detto che il comitato resta in carica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria.

TRIVA. Riconosco al collega Morini la coerenza che continua a dimostrare in materia di pariteticità del comitato, ma si tratta di una preoccupazione non pertinente rispetto a quanto stiamo discutendo in questo momento, tant'è vero che non è stata recepita né dal Comitato ristretto né dal Governo.

Vorrei ricordare che eravamo partiti dall'ipotesi di un comitato di coordinamento composto esclusivamente dai rappresentanti

di tre ministeri (sanità, lavori pubblici e tesoro) e delle regioni. È semmai opportuno, a mio parere, che i rappresentanti del Ministero della sanità siano due, il ministro ed un altro rappresentante da lui indicato, e proporrò un emendamento in questo senso.

Invece, circa la questione della pariteticità vorrei ricordare che non siamo chiamati ad istituire un comitato arbitrale, poiché ci troviamo di fronte alle competenze che spettano ai vari livelli istituzionali della nostra Repubblica. Potremmo, allora, sostenere anche la tesi secondo la quale, tenuto conto del fatto che l'articolo 117 della Costituzione stabilisce che la competenza politico-legislativa primaria in materia di assistenza sanitaria ospedaliera spetta alle regioni, siano appunto le regioni ad avere la parte prevalente in seno al comitato centrale. Ma non possiamo porci su questo terreno, poiché qui si tratta di creare un organismo di raccordo, temporalmente definito.

Il gruppo comunista inoltre è contrario ad irrigidire e a dare una sistemazione istituzional-funzionale ad un organismo che deve avere, invece, una grande rapidità di intervento. In questo senso il gruppo al quale appartengo sarebbe favorevole alla tesi espressa dall'onorevole Tiraboschi — secondo la quale il comitato centrale, cui spetta la decisione finale, può nominare un comitato di presidenza — ma non all'articolazione in sezioni.

CIRINO POMICINO, Relatore. Sono favorevole all'emendamento dell'onorevole Riz. Riguardo agli emendamenti Tiraboschi e Morini, mi sembra che in sostanza abbiano lo stesso scopo. Su questo argomento desidero sottolineare come l'articolazione operativa non possa che essere, nella sua definizione e specificazione, di competenza del comitato stesso, dal momento che le decisioni spettano, poi, al *plenum* di esso.

Pertanto, si può accogliere il senso politico della proposta dell'onorevole Tiraboschi circa l'opportunità di un'articolazione del comitato, ma tenendo anche presente quanto è stato detto dall'onorevole Morini a proposito dell'esigenza di pariteticità tra regioni e comuni da un lato e livelli istituzionali centrali dall'altro. Pur non trattandosi di un'esigenza fondamentale, essa tuttavia riguarda livelli istituzionali diversi; cosicché mi sembra che la dizione proposta dall'onorevole Morini sia la più adatta.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Sull'articolo, che prevede la costituzione di un Comitato centrale di liquidazione, sono d'accordo.

Sono anche favorevole alla proposta dell'onorevole Triva sull'opportunità di elevare a due il numero dei rappresentanti del Ministero della sanità. Il comitato, infatti, è un organismo temporaneo e circoscritto nel tempo con una funzione di garanzia nei confronti del personale di tutti gli enti mutualistici in questa fase di passaggio.

All'emendamento dell'onorevole Riz non posso che essere favorevole per le stesse ragioni per cui lo sono stato all'emendamento da lui presentato all'articolo 1.

Sono anche favorevole all'emendamento Tiraboschi.

MORINI. Ritiro il mio emendamento al secondo comma dell'articolo ed i primi tre commi dell'emendamento aggiuntivo; insisto, invece, sul quarto comma di tale emendamento.

PRESIDENTE. L'onorevole Triva ha presentato il seguente emendamento:

« Sostituire al secondo comma dell'articolo 4 le parole: « da un rappresentante per ognuno dei ministeri della sanità », con le altre: « da due rappresentanti del Ministero della sanità, da un rappresentante per ognuno dei ministeri » (4. 5).

Io pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Tiraboschi, da inserire dopo il secondo comma dell'articolo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento aggiuntivo Morini, che, dopo il ritiro dei primi tre commi, risulta così formulato:

All'articolo 4 aggiungere il seguente comma: « Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità ».

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento aggiuntivo Riz.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 4 che, dopo le modifiche testè apportate, risulta così formulato:

ART. 4.

È istituito il comitato centrale per la liquidazione degli enti e gestioni autonome preposti all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime mutualistico, che resterà in carica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria.

Il comitato, nominato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, è presieduto dal ministro della sanità o un suo delegato ed è composto da un rappresentante per ciascuna regione e, per quanto concerne la regione Trentino Alto Adige, da un rappresentante per ciascuna delle province autonome di Trento e di Bolzano, da due rappresentanti del ministero della sanità, da un rappresentante per ognuno dei ministeri del lavoro e della previdenza sociale, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, delle finanze, dell'interno, della pubblica istruzione e della marina mercantile, designati dai rispettivi ministri, da cinque commissari liquidatori designati dal ministro del lavoro e della previdenza sociale, da cinque membri proposti dal CNEL e da tre membri proposti dall'ANCI.

Per l'attuazione delle proprie direttive il comitato centrale costituisce al suo interno un comitato di presidenza composto dal ministro della sanità o un suo delegato che lo presiede, dai rappresentanti dei ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e della marina mercantile e da sei rappresentanti delle regioni. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario della carriera direttiva amministrativa del ministero della sanità.

Il comitato provvede fra l'altro ad emanare direttive vincolanti per programmare, coordinare e unificare le attività volte alla liquidazione degli enti, istituti e gestioni autonome preposti all'assistenza sanitaria in regime mutualistico, in attesa della riforma sanitaria.

Ai fini dell'attuazione della presente legge, i commissari degli enti mutualistici e quelli nominati ai sensi del terzo comma dell'articolo 12-bis della legge 17 agosto 1974, n. 386, predispongono, entro il 31 dicembre 1977, un progetto di riparto tra le regioni dei beni, del personale e di qual-

siasi altro rapporto, sulla base delle direttive del comitato. Per le province autonome di Trento e di Bolzano il progetto di ri-parto è predisposto d'intesa con le rispettive province autonome.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 5.

Le regioni, tenendo conto delle indicazioni del comitato di cui al precedente articolo, fermo restando quanto disposto con atti aventi forza di legge, e nell'ambito delle linee di indirizzo e di coordinamento all'uopo emanate dal Governo, programmano e coordinano l'organizzazione dei servizi, presidi e attività degli enti, istituti e gestioni autonome posti in liquidazione, con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio.

A tal fine i commissari degli enti di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 della presente legge e i dirigenti delle sedi provinciali degli enti di cui all'articolo 12-bis primo comma, della legge 17 agosto 1974, n. 386, si attengono alle disposizioni emanate dalle regioni ai sensi della presente legge.

Le direttive regionali sulla gestione dei servizi sanitari sono assunte nei limiti della spesa prevista dai bilanci dei singoli enti e gestioni rese autonome, riferiti al territorio della regione. Nuove iniziative non possono comportare maggiori oneri sui bilanci dei singoli enti.

L'onorevole Riz ha presentato i seguenti emendamenti:

Alla prima riga, aggiungere, dopo le parole « Le regioni » le altre « e le province autonome di Trento e Bolzano » (5. 1).

Al terzo comma, sostituire la parola « regionali » con le altre « delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano » (5. 2).

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Quest'articolo scende all'individuazione di una serie di funzioni che sono ritenute fondamentali. Esso, infatti, fa carico alle regioni non solo della programmazione, ma anche del coordinamento tra le varie strutture che sono operanti nel territorio, tentando, in tal modo, di recuperare quel coordinamento

che negli ultimi anni è mancato a livello, appunto, di strutture sanitarie: fattore, questo, che ha rappresentato una causa importante della lievitazione dei costi.

Per garantire questo coordinamento, i direttori delle sedi provinciali degli enti a carattere nazionale, così come di quelli a carattere locale, devono attenersi alle disposizioni delle regioni.

Se ciò si verificherà, sarà possibile garantire l'approccio ad una migliore organizzazione dei servizi sanitari che renderà più facile l'introduzione della riforma sanitaria.

RIZ. In ordine ai miei emendamenti, volevo dire che essi sono di pura tecnica legislativa.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Sono d'accordo sugli emendamenti dell'onorevole Riz.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Anch'io.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il primo emendamento Riz.

(È approvato).

Pongo in votazione il secondo emendamento Riz.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 5 che, dopo le modifiche testè apportate, risulta così formulato:

ART. 5.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenendo conto delle indicazioni del comitato di cui al precedente articolo, fermo restando quanto disposto con atti aventi forza di legge e nell'ambito delle linee di indirizzo e coordinamento all'uopo emanate dal Governo, programmano e coordinano l'organizzazione dei servizi, presidi e attività degli enti, istituti e gestioni autonome posti in liquidazione, con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio.

A tal fine i commissari degli enti di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 della presente legge e i dirigenti delle sedi provinciali degli enti di cui all'articolo 12-bis primo comma, della legge 17 agosto 1974, n. 386, si attengono alle disposizioni ema-

nate dalle regioni ai sensi della presente legge.

Le direttive delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano sulla gestione dei servizi sanitari sono assunte nei limiti della spesa prevista dai bilanci dei singoli enti e gestioni rese autonome, riferiti al territorio della regione. Nuove iniziative non possono comportare maggiori oneri sui bilanci dei singoli enti.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 5-bis.

Le regioni, per l'attuazione dei compiti di cui alla presente legge, si avvalgono di personale degli enti o gestioni posti in liquidazione.

Il personale, in attesa della sua formale assegnazione a seguito della entrata in vigore della riforma sanitaria, è destinato in posizione di comando ai diversi servizi, presidi e altre amministrazioni pubbliche, sulla base di contingenti fissati dal comitato centrale di cui al precedente articolo 4.

Il personale in questione viene comandato dai commissari liquidatori sulla base di oggettivi criteri di valutazione fissati, sentite le organizzazioni sindacali di categoria a livello nazionale, dal comitato centrale.

Il personale degli enti e gestioni estinti può essere comandato presso il Ministero della sanità per le esigenze del comitato centrale. Il comando è disposto dai commissari liquidatori su richiesta del Ministero della sanità, sentito il comitato centrale.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Negli articoli precedenti abbiamo individuato una serie di compiti spettanti alle regioni. Con quest'articolo invece ci riferiamo al personale di cui esse si avvalgono per i compiti stabiliti precedentemente. Ribadiamo che il personale, in attesa della sua formale assegnazione che avverrà con la riforma sanitaria, è destinato in posizione di comando ai diversi servizi, sulla base di contingenti fissati dal comitato centrale i cui compiti sono stabiliti dal precedente articolo 4.

Di particolare importanza è l'aver stabilito la partecipazione delle organizzazioni sindacali in ordine ai criteri oggettivi di

valutazione in base ai quali il personale viene comandato nei vari servizi e nelle varie regioni.

MORINI. Riguardo a quest'articolo sussisteva il problema del riferimento alla legge n. 70 del 1975, ma è un problema che abbiamo già superato con una dizione più generica.

Vorrei tentare di addivenire ad un perfezionamento dell'articolo stesso, soprattutto per quanto concerne il primo comma. In sede di stesura del testo unificato è stato proposto di sopprimere due articoli del testo che ci era pervenuto dal Senato che contenevano una precisazione della normativa dei comandi prevista nella legge n. 386 del 1974. Con questa sostituzione, in sostanza, si modifica la normativa precedente, relativa appunto ai comandi di personale mutualistico.

Ritengo però a questo punto che il primo comma dell'articolo 5-bis sia insufficiente e che andrebbe meglio formulato in tal modo: «Le regioni, per l'attuazione delle funzioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera trasferite, si avvalgono esclusivamente del personale degli enti, istituti e gestioni posti in liquidazione». Il secondo comma invece rimane com'è.

Proporrei poi di aggiungere in coda all'articolo un comma in cui si stabilisca che nei confronti dello stesso personale sono rese immediatamente operative le disposizioni dell'articolo 7 della legge n. 70 del 1975, che oggi non sono operative per gli ostacoli frapposti prevalentemente dal Ministero del tesoro, che si richiama all'esigenza che gli enti riceventi ridefiniscano i loro organici prima di attuare i trasferimenti da ente a ente nel settore del parastato.

TRIVA. Ho ascoltato con molta attenzione queste questioni che, del resto, già in precedenza erano state sollevate dall'onorevole Morini, e sostanzialmente le condivido, ma ritengo che la loro formulazione sollevi una serie di difficoltà. Intanto perché, quando si parla di esercizio di funzioni, ci si riferisce a tutte quelle che sono state trasferite con la legge del 1972; se aggiungiamo la parola «esclusivamente» il discorso diventa di una difficoltà insostenibile.

Innanzitutto, vorrei che mantenessimo fermo il principio che questa è una legge-

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

ponte, una legge di assestamento, di carattere transitorio. Che cosa dunque dobbiamo evitare e che cosa dobbiamo stimolare? Dobbiamo fare in modo che quest'azione di coordinamento venga realizzata utilizzando il personale in servizio e non attraverso nuove assunzioni: il che si raccorda, fra l'altro, con i precisi vincoli di spesa esistenti.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Togliendo la parola « esclusivamente » il primo comma, nella formulazione ora suggerita dall'onorevole Morini, sarebbe più preciso.

TIRABOSCHI. Concordo con il ministro sull'opportunità di togliere la parola « esclusivamente ».

MORINI. D'accordo, ma il resto è necessario perchè altrimenti salta il meccanismo previsto dalla legge 386 del 1974.

PRESIDENTE. L'onorevole Riz ha presentato il seguente emendamento:

All'articolo 5-bis, alla prima riga, dopo le parole « le regioni », aggiungere le seguenti « e le province autonome di Trento e Bolzano ».

L'onorevole Morini ha presentato i seguenti emendamenti:

Sostituire il primo comma con il seguente:

« Le regioni, per l'attuazione delle funzioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera trasferite, si avvalgono del personale degli enti e gestioni posti in liquidazione » (5-bis. 1).

Aggiungere il seguente comma:

« Nei confronti dello stesso personale sono rese immediatamente operative le disposizioni dell'articolo 7 della legge n. 70 del 1975 » (5-bis. 2).

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Il relatore è favorevole agli emendamenti in questione.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Anche il Governo è favorevole.

TRIVA. D'accordo sull'emendamento Morini, faccio però presente che ci troviamo

in un'area di comando poiché non siamo ancora alla fase di scioglimento degli enti e di destinazione definitiva del personale. In questo momento quindi si può parlare solo in termini di comando perchè l'ente rimane, sia pure in liquidazione; la legge n. 70 del 1975 parla invece del trasferimento del personale.

MORINI. Ritengo che non ci sia alcun contrasto, si tratta solamente di accelerare un meccanismo già previsto dalla legge e tuttora inoperante. L'articolo 7 della legge 20 marzo 1975, n. 70, così recita: « In caso di riduzioni di organici, il trasferimento d'ufficio del personale esuberante ad altro ente è disposto con decreto dei ministri che esercitano la vigilanza, sentiti gli enti destinatari e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Si applicano le norme di cui al precedente articolo 2.

Le disposizioni di cui al comma precedente si applicano anche a favore degli enti di cui al secondo comma dell'articolo 2, limitatamente alle riduzioni di personale conseguenti alla cessazione delle contribuzioni e delle facoltà impositive ivi previste.

I trasferimenti di cui al precedente comma sono, in ogni caso, subordinati all'esigenza delle necessarie vacanze nel corrispondente ruolo dell'ente ricevente.

Al personale trasferito vengono attribuiti la qualifica corrispondente a quella posseduta, l'anzianità di qualifica nella stessa già maturata, il posto di ruolo comportato da tale anzianità nonché lo stipendio per classe e aumenti periodici pari o, in mancanza di esatto corrispondente, immediatamente superiori a quello goduto presso l'ente di provenienza. A parità di condizioni, il personale trasferito viene collocato in ruolo immediatamente dopo il corrispondente personale dell'ente ricevente ».

Poiché il Governo cerca di restringere, nel rinnovo degli organici, l'ampliamento degli stessi, conseguentemente blocca pure l'operazione dei trasferimenti laddove vi sono vacanze di organico. L'emendamento vuole vincere anche le resistenze interpretative sul quarto comma dell'articolo 7, e facilitare qualcosa che si potrebbe fare già oggi ma che purtroppo non si fa.

TRIVA. Ammiro la sua buona volontà, onorevole Morini, ma questo non c'entra con il presente provvedimento, in quanto

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

la condizione preliminare per affrontare il problema è la revisione degli organici.

MORINI. L'ENPAS ha chiesto duemila posti in più.

TRIVA. D'accordo, ma si tratta di materia non pertinente con questo provvedimento.

TIRABOSCHI. Propongo all'onorevole Morini di ritirare l'emendamento aggiuntivo e di trasformarlo in ordine del giorno.

MORINI. Accolgo la proposta, e ritiro l'emendamento, riservandomi di presentare, sulla materia, un ordine del giorno.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Riz.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Morini al primo comma.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 5-bis che, a seguito delle modifiche testé apportate, risulta così formulato:

ART. 5.-bis.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'attuazione delle funzioni in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera trasferite, si avvalgono di personale degli enti e gestioni posti in liquidazione.

Il personale, in attesa della sua formale assegnazione a seguito dell'entrata in vigore della riforma sanitaria, è destinato in posizione di comando ai diversi servizi, presidi e altre amministrazioni pubbliche, sulla base di contingenti fissati dal comitato centrale di cui al precedente articolo 4.

Il personale in questione viene comandato dai commissari liquidatori sulla base di oggettivi criteri di valutazione fissati, sentite le organizzazioni sindacali di categoria a livello nazionale, dal comitato centrale.

Il personale degli enti e gestioni estinti può essere comandato presso il Ministero della sanità per le esigenze del comitato centrale. Il comando è disposto dai com-

missari liquidatori su richiesta del Ministero della sanità, sentito il comitato centrale.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

TITOLO II

ART. 6.

Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, i commissari di cui al precedente articolo 2 sono tenuti ad adottare per la disciplina dei rapporti convenzionali con i medici generici, con gli specialisti esterni, con i medici ambulatoriali, con i titolari di farmacie, con i biologi e con gli appartenenti alle categorie sanitarie ausiliarie, le convenzioni nazionali uniche in tutto conformi all'accordo nazionale tipo stipulato ai sensi dell'articolo 7 della presente legge.

L'onorevole Riz ha presentato il seguente emendamento:

Aggiungere, alla quinta riga, dopo la parola « generici »; le altre: « e condotti » (6. 1).

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Faccio presente al collega Riz che i medici condotti per quanto riguarda la convenzione sono considerati generici. La preoccupazione, derivante dal fatto che si tratta di medici dipendenti con rapporto di lavoro a tempo definito, è stata risolta nell'articolo 8, per cui l'accesso alla convenzione è consentito ai medici dipendenti con rapporto di lavoro a tempo definito.

Il secondo comma dell'articolo 8 prevede poi che questo convenzione si applichi ai comuni.

A mio giudizio ci sono sufficienti garanzie perché tutti i medici condotti accedano alla convenzione alle stesse condizioni di tutti gli altri medici.

RIZ. Forse sarebbe meglio specificarlo.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Nella individuazione delle categorie nominiamo soltanto quelle che non hanno rapporto di dipendenza perché, altrimenti, dovremmo citare anche i medici ospedalieri o universitari, o i medici funzionari d'Istituto, che sono medici a tempo definito.

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Sono contrario all'emendamento, per le considerazioni espresse dal relatore.

PRESIDENTE. Onorevole Riz, insiste per la votazione del suo emendamento?

RIZ. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Riz.

(È respinto).

Pongo in votazione l'articolo 6.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 7.

Entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge, i ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro e le regioni, sentite le confederazioni sindacali nazionali dei lavoratori dipendenti e autonomi, stipulano un accordo nazionale tipo con le organizzazioni sindacali a carattere nazionale più rappresentative di ciascuna delle categorie di cui al precedente articolo 6, per le convenzioni nazionali uniche per la disciplina normativa e del trattamento economico delle categorie medesime.

Entro 30 giorni dalla notificazione dell'accordo nazionale tipo di cui al precedente comma da parte del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, i commissari di cui al precedente articolo 2 provvedono agli adempimenti indicati nell'articolo 6.

Le deliberazioni adottate dai commissari predetti ai sensi del precedente comma debbono essere comunicate ai ministeri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del tesoro.

Le normative e gli accordi vigenti presso ciascun ente o cassa mutua alla data di entrata in vigore della presente legge cessano di avere efficacia dalla data delle deliberazioni che recepiscono le corrispondenti convenzioni nazionali uniche.

L'accordo nazionale di cui al primo comma si applica anche ai rapporti che i comuni o loro consorzi, le comunità montane e le province stipulano per l'erogazione dell'assistenza sanitaria di loro competenza,

esclusi i servizi di medicina pubblica e curativa ai quali è preposto personale sanitario previsto dalle vigenti piante organiche.

Le federazioni e gli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, partecipano alle trattative per la stipula delle convenzioni riguardanti le rispettive categorie, limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e attinenti alla tutela della dignità e del decoro della professione, nonché agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle stesse convenzioni.

Gli onorevoli Tiraboschi, Ferri e Giovannardi hanno presentato il seguente emendamento:

Sostituire il sesto comma con il seguente:

« Il governo e le regioni sono tenuti, prima della conclusione delle trattative per la stipula delle convenzioni, a consultare le federazioni degli ordini nazionali e i collegi professionali, limitatamente agli aspetti di carattere deontologico, compresi gli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni stesse » (7. 1).

L'onorevole Orsini Bruno ha presentato il seguente emendamento: *All'ultimo comma, sopprimere le parole:* « e attinenti alla tutela della dignità e del decoro della professione » (7. 2).

TIRABOSCHI. In pratica, il nostro emendamento è una proposta di mediazione, in quanto non possiamo accettare che una federazione degli ordini e dei collegi professionali partecipi direttamente alle trattative, sia pure limitatamente agli aspetti deontologici. È semmai opportuno che prima delle trattative ci sia una consultazione di questi organismi.

ORSINI BRUNO. Questo punto è stato ampiamente discusso in sede di redazione del testo unificato, senza tuttavia giungere ad alcuna concorde formulazione. Comunque, mi sembra chiaro che, poiché nell'articolo successivo è previsto che le federazioni degli ordini dei medici abbiano delle funzioni applicative in ordine alla convenzione, e poiché la legge stessa prevede addirittura delle sanzioni per gli ordini provinciali ove questi non siano puntualmente corrispondenti ai compiti loro affidati dalle convenzioni, tali organismi debbano partecipare alle trattative con le loro espressioni nazionali.

Vorrei comunque che, indipendentemente dall'esito del voto sull'emendamento, fossero chiari i termini della questione.

Che gli ordini professionali abbiano delle competenze di carattere deontologico nei confronti di coloro che esercitano la professione medica credo sia pacifico e largamente consacrato dalle leggi vigenti, leggi che non credo qualcuno voglia modificare. Mi sembra altrettanto evidente, per altro, che, di conseguenza, le federazioni degli ordini abbiano delle competenze in materia di convenzioni e questo concetto, infatti, è sancito dalle leggi del nostro paese.

A questo punto, occorre stabilire se lo esercizio di queste competenze debba avvenire attraverso l'espressione di pareri consultivi anche nel corso dell'elaborazione di queste convenzioni o al di fuori di tale fase.

Per quanto attiene all'equilibrio complessivo di questa legge, ripeto che noi prevediamo, nel testo unificato, che le federazioni abbiano dei compiti applicativi della convenzione stessa e stabiliamo delle sanzioni nei confronti di quegli ordini che se ne rendano inadempienti. In effetti bisogna dire che si tratterebbe di una disposizione abnorme ove gli ordini incorressero in gravi sanzioni per la disapplicazione di norme che non hanno concorso a definire.

Questo, quindi, mi pare il punto principale di dissenso; siamo tutti d'accordo, al di là dei discorsi di fantapolitica che hanno assai poca rilevanza, sul fatto che intendiamo prevedere la presenza degli ordini esclusivamente per gli aspetti deontologici. In tal modo ci sarebbe anche una definizione dei compiti di questi rappresentanti, che altrimenti non si sa bene con quali modalità dovrebbero essere consultati.

Per esempio, nel caso in cui lo schema di accordo dia luogo a rilievi critici da parte delle federazioni in relazione agli aspetti di carattere deontologico in questa materia, che cosa succede? Si riapre l'iter istruttorio o si ignorano le osservazioni eventualmente critiche delle federazioni? A me pare che limitando rigorosamente la competenza agli aspetti di carattere deontologico si fa sì che l'iter convenzionale non possa trovare inciampi in rilievi critici, evitando così di riaprire la trattativa sull'intero problema.

Credo che posta in questi termini la questione possa e debba trovare una positi-

va soluzione per quel che riguarda la partecipazione degli ordini alle trattative.

La preoccupazione che da più parti è stata avanzata è che la federazione finisca per svolgere, impropriamente, funzioni di natura sindacale, le quali - siamo tutti d'accordo - non devono essere svolte da essa in alcun modo, pena l'offuscamento dei compiti suoi propri stabiliti dalla legge.

È abbastanza chiaro, del resto, che la convenzione che regola il lavoro medico investirà aspetti di carattere deontologico, la tutela dei quali spetta alla federazione degli ordini.

Credo che sull'emendamento da me presentato possa verificarsi un'ampia convergenza di consensi da parte dei componenti la Commissione. Gli aspetti concernenti « la tutela della dignità e del decoro professionale » potrebbero, se male interpretati, coinvolgere anche vicende le quali vadano al di là degli aspetti deontologici. Per questo il mio emendamento soppressivo limita la partecipazione della federazione degli ordini ai soli aspetti deontologici ed a quelli che concernono gli adempimenti stabiliti in sede di convenzione.

La formulazione proposta dall'onorevole Tiraboschi è diversa, prevedendo una semplice consultazione, che non si sa bene come potrebbe essere regolamentata.

Ritengo, pertanto, che la formulazione da me suggerita sia l'unica in grado di soddisfare a tutte le esigenze e di garantire una partecipazione degli ordini professionali, in relazione agli aspetti deontologici, alle trattative per la stipula delle convenzioni.

TRIVA. Il gruppo comunista è favorevole alla formulazione proposta dall'onorevole Tiraboschi ed allo spirito che l'ha animata.

A noi sfugge l'idea di una contrattazione triangolare, tra ordini professionali, Governo o regioni e sindacati, in relazione agli aspetti deontologici.

Ci sembra che vi sia una notevole confusione tra il ruolo dell'ordine professionale e la sua concreta attività.

Non si vuole certo tirare la corda al di là del limite; però, se si afferma che l'ordine come tale è preposto istituzionalmente ad intervenire nei momenti di formazione di atti i quali possono interessare gli aspetti deontologici, ne dovremmo ricavare che, per esempio, anche la Commissione affrontando il problema della disciplina del-

la professione medica, dovrebbe sentire i rappresentanti degli ordini professionali interessati a proposito degli aspetti deontologici di essa.

In realtà, l'attività dell'ordine professionale deve essere di garanzia per quanto attiene agli aspetti deontologici e deve esercitarsi nei confronti di atti essenziali.

È, invece, tutto da dimostrare che spetti all'ordine il compito di concorrere a definire contrattualmente il rapporto convenzionale. Ciò significherebbe che il sindacato è competente a trattare tutti gli aspetti normativi e retributivi ma non già quelli deontologici, che riguardano la dignità del lavoratore.

Pertanto, il gruppo al quale appartengo si dichiara favorevole all'emendamento Tiraboschi, che riconosce all'ordine professionale la sua funzione, esterna alle trattative, di tutela delle ragioni deontologiche nel momento in cui stabilisce che Governo e regioni — non già i sindacati — ne consultino i rappresentanti prima della conclusione delle trattative stesse.

BOFFARDI INES. Mi dichiaro favorevole all'emendamento presentato dall'onorevole Bruno Orsini e mi permetto di ricordare agli onorevoli colleghi che se questa federazione esiste, ed ha offerto fino ad oggi un validissimo contributo a livello nazionale, evidentemente coloro che le hanno dato vita non si sentono del tutto rappresentati dai sindacati.

Non bisogna, dunque, vedere tutto negativamente, poiché gli appartenenti alla federazione degli ordini potranno contribuire, con la loro esperienza, non solo a disciplinare in modo organico i nuovi rapporti con le categorie sanitarie ma anche a gettare le basi per un nuovo assetto dell'assistenza e per un nuovo sistema di tutela globale della salute. Del resto questo stesso provvedimento affida specifici compiti alla federazione degli ordini negli articoli successivi.

PALOPOLI. La proposta della presenza necessaria, alla trattativa nel suo complesso, da parte di organi come la federazione degli ordini, per la semplice ragione che poi spetterebbe ad essa dare attuazione concreta ad alcune delle disposizioni che ne conseguono, mi pare assolutamente aberrante. Vi sono infatti nel nostro ordinamento innumerevoli organi che sono chiamati a dare

attuazione a determinate disposizioni senza partecipare in alcun modo alla decisione su di esse. Non esiste nella legge istitutiva degli ordini né è detto in nessuna parte che rispetto ai compiti che sono loro demandati gli organi sono chiamati a partecipare alle decisioni che sono a monte.

Il problema che si pone è semmai quello di essere più precisi, nel senso che dobbiamo dire che occorre sentire gli ordini dei medici e quelli professionali. Si può in sostanza sottolineare l'importanza della consultazione degli ordini e ribadire che essa avviene nel corso della trattativa, fermo restando però il principio che la trattativa sindacale è un'altra cosa rispetto alla consultazione degli ordini.

BERLINGUER GIOVANNI. Concordo senz'altro con l'onorevole Palopoli su quanto ha detto relativamente alle competenze deontologiche degli ordini professionali.

Occorre cioè spazzare via l'equivoco che si vogliono negare tali competenze agli organi; devo in proposito francamente dire che gli unici che hanno messo in discussione queste competenze deontologiche sono questi organi stessi, che spesso non sono intervenuti a tutelare gli interessi che in materia erano stati loro demandati.

Il secondo equivoco che mi sembra si sia creato è che qualcuno voglia impedire la partecipazione degli ordini, nei limiti delle loro competenze, alle decisioni che devono essere prese con la convenzione e ad una trattativa di tipo sindacale.

Mi sembra evidente la violazione di norme anche costituzionali, nel caso che a trattative di tipo sindacale partecipino organismi, come gli ordini professionali, che non sono libere associazioni; ne conseguirebbe quindi un inquinamento di tutta la trattativa, in senso specificamente giuridico.

A me sembra che la proposta Tiraboschi permetta la partecipazione degli ordini, sia nel corso delle trattative, sia a trattative concluse, ed ha il pregio di non mescolare un istituto con un altro e di soddisfare quindi le esigenze di una corretta trattativa sindacale.

GIOVANARDI. Quello che per noi non è accettabile è che gli ordini partecipino alle trattative; per non dare però la sensazione che vengano consultati soltanto a trattative concluse, all'emendamento da noi presentato potrei introdurre una modifica

del seguente tenore: « nel corso delle trattative e comunque prima del termine di esse ».

NICOLAZZI. Vorrei fare una proposta per cercare di conciliare le varie tendenze: si potrebbe sostituire la frase attuale con un'altra: « partecipano in forma consultiva ». In tal modo credo che il problema potrebbe essere risolto, in quanto si specificherebbe il titolo della partecipazione.

FERRI. Credo sia lecito chiedersi qual è la ragione per la quale le federazioni degli ordini partecipino alla stipula delle convenzioni. Potrebbe trattarsi di una ragione di controllo, nel senso che non ci si fida dei sindacati, per cui il ruolo del rappresentante dell'ordine è in realtà quella di controllare l'attività del sindacato.

Se non è questo il motivo, se ne può cercare uno più nobile, che ritrovo nella legge; ma una funzione di questo genere — totalmente diversa dalla prima — può anche essere assolta attraverso una presa in visione, un esame degli atti che si vanno a sottoscrivere per la parte che si riferisce alle competenze dell'ordine dei medici. È giusto, cioè, che i rappresentanti dell'ordine esprimano un giudizio nel momento in cui ci si appresta a sottoscrivere un accordo che investe, oltre che problemi di ordine sindacale, anche aspetti di carattere deontologico.

Sono convinto che in questo modo non si ledono gli interessi di nessuno: il sindacato fa il suo mestiere senza alcun controllo; l'ordine, dal canto suo, esprime un giudizio per la parte di sua competenza.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Vorrei sgombrare il campo da alcuni equivoci che potrebbero ingenerare confusione. La capacità contrattuale mi sembra perfettamente garantita ed è di pertinenza strettamente sindacale. Secondo l'articolato che è stato predisposto, la firma, la stipula dei contratti avvengono con le organizzazioni sindacali mediche; la federazione partecipa ad esse, ma non firma.

Il primo comma dell'articolo 7 dice che i vari ministri competenti stipulano un accordo nazionale-tipo con le organizzazioni sindacali e le federazioni degli organi partecipano alle trattative. Questo non significa che non possa rimanere una diversità di

valutazioni tra le forze politiche, ma cerchiamo almeno di stabilire l'area vera del dissenso.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Forse si potrebbe inserire un'espressione di questo tipo, che sostanzialmente tiene conto di tutte le osservazioni fatte: « partecipano consultivamente nel corso delle trattative ». Lo stesso onorevole Giovanni Berlinguer usava l'espressione « nel corso delle trattative » e, in sostanza, anche nell'emendamento Tiraboschi si parla di consultazione.

Certo si tratta di una definizione più precisa perché chiarisce che gli ordini « partecipano », ma « consultivamente » e non in altro modo. Inoltre l'espressione « nel corso delle trattative » permette di definire un arco temporale.

In questo senso suggerirei un emendamento che preveda che le federazioni e gli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula delle convenzioni riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico, nonché agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle stesse convenzioni.

PRESIDENTE. L'alternativa è, dunque, tra la formula « partecipano in modo consultivo » cui fa seguito l'espressione « limitatamente a », e l'altra « sono consultate »: bisogna vedere quanto esse differiscano tra loro.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Sono favorevole alla formulazione suggerita dal Governo.

PRESIDENTE. Il Governo ha presentato il seguente emendamento:

Sostituire l'ultimo comma con il seguente: « Le federazioni e gli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula delle convenzioni riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico, nonché agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle stesse convenzioni » (7. 3).

Penso che tale emendamento contempererà le istanze espresse dalle varie parti su quest'argomento.

TIRABOSCHI. Ritiro il mio emendamento.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Orsini.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento del Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 7 che, a seguito delle modifiche testé apportate, risulta così formulato:

ART. 7.

Entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge, i ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro e le regioni, sentite le confederazioni sindacali nazionali dei lavoratori dipendenti e autonomi, stipulano un accordo nazionale tipo con le organizzazioni sindacali a carattere nazionale più rappresentative di ciascuna delle categorie di cui al precedente articolo 6, per le convenzioni nazionali uniche per la disciplina normativa e del trattamento economico delle categorie medesime.

Entro 30 giorni dalla notificazione dell'accordo nazionale tipo di cui al precedente comma da parte del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, i commissari di cui al precedente articolo 2 provvedono agli adempimenti indicati nell'articolo 6.

Le deliberazioni adottate dai commissari predetti ai sensi del precedente comma debbono essere comunicate ai ministeri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e del tesoro.

Le normative e gli accordi vigenti presso ciascun ente o cassa mutua alla data di entrata in vigore della presente legge cessano di avere efficacia dalla data delle deliberazioni che recepiscono le corrispondenti convenzioni nazionali uniche.

L'accordo nazionale di cui al primo comma si applica anche ai rapporti che i comuni o loro consorzi, le comunità montane e le province stipulano per l'erogazione dell'assistenza sanitaria di loro competenza, esclusi i servizi di medicina pubblica e curativa ai quali è preposto personale sanitario previsto dalle vigenti piante organiche.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula delle convenzioni riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle stesse convenzioni.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo, avvertendo che per i punti 3) e 5) non si è giunti ad una formulazione unitaria:

ART. 8.

Per le categorie mediche le convenzioni uniche devono prevedere la disciplina unitaria dei rapporti convenzionali che ciascun medico può stipulare con gli enti e casse mutue.

Sarà in particolare fissato:

1) il rapporto ottimale medico-assistenti per la medicina generale e pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni comune o consorzio di comuni, comunità montane o ambiti territoriali all'uopo definiti dalla regione, fatto salvo il principio del reale diritto di libera scelta del medico anche per i lavoratori autonomi:

2) la istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali.

All'iscrizione negli elenchi unici avranno diritto anche i medici aventi residenza in altra provincia, secondo le modalità fissate nelle convenzioni.

L'accesso alla convenzione è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

3)

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5)

6) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate di diagnosi, cura e medicina preventiva: saranno fissate a tal fine

tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione.

La determinazione della misura dei contributi previdenziali e delle modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto ministeriale 15 ottobre 1976;

7) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina.

8) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

9) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

10) la semplificazione e l'uniformità per tutti gli enti e casse mutue degli adempimenti amministrativi cui è tenuto il medico convenzionato;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del sanitario tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) le modalità, per garantire comunque agli assistiti le prestazioni attualmente in atto, in attesa che un'equa distribuzione dei medici assicuri eguale assistenza su tutto il territorio;

14) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio;

15) l'utilizzazione, su richiesta delle regioni o degli enti locali, presso i servizi

pubblici del territorio degli specialisti ambulatoriali con onere a carico dell'ente con cui sono convenzionati.

Le convenzioni non dovranno prevedere alcun maggiore onere con decorrenza anteriore al 1° gennaio 1978.

Le convenzioni uniche devono prevedere una disciplina per quanto possibile uniforme degli istituti normativi comuni a tutte le categorie mediche e devono tendere a realizzare una regolamentazione unitaria del lavoro medico nell'ambito delle strutture dell'istituendo servizio sanitario nazionale.

I criteri di cui ai commi precedenti si estendono alle convenzioni uniche per le categorie non mediche indicate al precedente articolo 6, in quanto applicabili.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Mi rifaccio a quanto ho già detto in sede di relazione sul provvedimento, per quanto riguarda quest'articolo, concernente la disciplina unitaria dei rapporti convenzionali e le indicazioni che dovranno essere contenute in particolare nelle convenzioni uniche per i medici; esso contiene alcune novità, che abbiamo già sottolineato. Devo però informare la Commissione che su tale articolo rimangono punti di dissenso, in particolare per quanto riguarda i numeri 3) e 5), concernenti la determinazione del numero massimale degli assistiti e la regolamentazione della libera professione. Su questi punti, sui quali non si è giunti alla formulazione di un unico testo, esistono proposte diverse.

Come relatore avevo suggerito la seguente formulazione, rispettivamente ai punti 3) e 5):

« 3) Il numero massimo globale degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia e il massimo delle ore per i medici ambulatoriali generici e specialisti.

Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano, previa domanda motivata del rappresentante della mutua sentiti i comuni interessati ».

« 5) L'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura e industrie farmaceutiche-».

I colleghi di parte comunista avevano invece suggerito la seguente formulazione:

« 3) Il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili.

La regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore e di conseguenza gli ambiti e le modalità del diritto di esercizio alla libera professione che deve comunque essere esercitata al di fuori dei propri convenzionati.

Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano, previa domanda motivata del rappresentante della mutua sentiti i comuni interessati ».

« 5) L'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse e di lavoro con case di cura e industrie farmaceutiche ».

A questo punto riterrei opportuno sospendere brevemente la seduta, per un ulteriore scambio di vedute sugli argomenti in questione.

PRESIDENTE. Penso che possiamo senz'altro procedere a tale sospensione.

La seduta, sospesa alle 13, è ripresa alle 13,45.

ORSINI BRUNO. Nel colloquio testé avuto con i colleghi, si è raggiunta una convergenza anche relativamente alla formulazione dei punti 3) e 5) dell'articolo, che erano particolarmente in discussione. Prego quindi il Presidente di dare lettura dell'articolo, così come risulta formulato a seguito dell'intesa ora intervenuta tra i gruppi politici.

PRESIDENTE. Do lettura del nuovo testo dell'articolo:

ART. 8.

Per le categorie mediche le convenzioni uniche devono prevedere la disciplina uni-

taria dei rapporti convenzionali che ciascun medico può stipulare con gli enti e casse mutue.

Sarà in particolare fissato:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni comune o consorzio di comuni, comunità montane o ambiti territoriali all'uopo definiti dalla regione, fatto salvo il principio del reale diritto di libera scelta del medico anche per i lavoratori autonomi;

2) la istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali.

All'iscrizione negli elenchi unici avranno diritto anche i medici aventi residenza in altra provincia, secondo le modalità fissate nelle convenzioni.

L'accesso alla convenzione è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

3) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili.

La regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore.

Il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati.

Le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione.

Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano, previa domanda motivata del rappresentante degli enti di cui all'articolo 2 sentiti i comuni interessati;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche;

6) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate di diagnosi, cura e medicina preventiva: saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione.

La determinazione della misura dei contributi previdenziali e delle modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto ministeriale 15 ottobre 1976;

7) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

8) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

9) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

10) la semplificazione e l'uniformità per tutti gli enti e casse mutue degli adempimenti amministrativi cui è tenuto il medico convenzionato;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del sanitario tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) le modalità, per garantire comunque agli assistiti le prestazioni attualmente in atto, in attesa che un'equa distribuzione dei medici assicuri eguale assistenza su tutto il territorio;

14) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio;

15) l'utilizzazione, su richiesta delle regioni o degli enti locali, presso i servizi pubblici del territorio degli specialisti ambulatoriali con onere a carico dell'ente con cui sono convenzionati.

Le convenzioni non dovranno prevedere alcun maggiore onere con decorrenza anteriore al 1° gennaio 1978.

Le convenzioni uniche devono prevedere una disciplina per quanto possibile uniforme degli istituti normativi comuni a tutte le categorie mediche e devono tendere a realizzare una regolamentazione unitaria del lavoro medico nell'ambito delle strutture dell'istituendo servizio sanitario nazionale.

I criteri di cui ai commi precedenti si estendono alle convenzioni uniche per le categorie non mediche indicate al precedente articolo 6, in quanto applicabili.

L'onorevole Riz ha presentato i seguenti emendamenti:

Al numero 1), alla quinta riga, dopo la parola « regioni » inserire le seguenti « e dalle province autonome di Trento e Bolzano » (8. 1).

Aggiungere alla seconda riga del numero 2) dopo la parola « generici », le seguenti « e condotti » (8. 2).

Alla fine del secondo capoverso del numero 2), aggiungere le parole « tenuto conto per la provincia di Bolzano dello statuto di autonomia e delle norme di attuazione relative » (8. 3).

Al secondo capoverso del numero 3) dopo le parole « degli assistiti » inserire le seguenti « o alle iscrizioni negli elenchi unici o alla modalità dell'erogazione dell'assistenza medica o farmaceutica » (8. 4).

Al numero 5) sopprimere le parole « o indiretta » (8. 5).

Alla quarta riga del numero 6) aggiungere dopo le parole « generici » le seguenti « e condotti » (8. 6).

Gli onorevoli Tiraboschi, Ferri e Giovanni nardi hanno presentato il seguente emendamento:

Al punto 2), al terzo capoverso, dopo « l'accesso alla convenzione è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito » aggiungere: « nei limiti del numero degli assistibili o di ore di attività ambulatoriale fissati dalle convenzioni » (8. 7).

Gli onorevoli Tessari, Sandomenico e Carloni Maria Teresa hanno presentato il seguente emendamento:

Modificare l'articolo 8 come segue:

al numero 1 aggiungere al 2° rigo « per quella » prima di *pediatrica*;

aggiungere al numero 3 al 2° rigo « per » prima di « *pediatra* »;

aggiungere al numero 6 al 7° rigo « e per i pediatri di libera scelta » dopo « per i medici generici »;

sopprimere al numero 6 le righe dalla 13ª alla 16ª a partire da « Per i pediatri » (8. 8).

RIZ. La questione di fondo che mi preme sottolineare riguarda l'emendamento 8. 3. Dal momento che esistono norme costituzionali e di attuazione specifiche per la provincia di Bolzano inerenti alla conoscenza della lingua e alla proporzionale, con quest'emendamento si tende a far rispettare tali norme.

In effetti si tratta di norme che si rifanno allo statuto di autonomia della provincia di Bolzano, la cui applicazione va tutelata onde evitare impugnazioni di fronte alla Corte costituzionale.

Sugli altri emendamenti da me presentati non mi pare ci sia nulla da aggiungere in quanto il contenuto è palese.

BERLINGUER GIOVANNI. Se non ricordo male lo Statuto prevede il bilinguismo per i pubblici dipendenti, mentre quello al nostro esame è un rapporto convenzionale, e quindi non di pubblico impiego. Mi rendo perfettamente conto della necessità per la popolazione della provincia di Bolzano, soprattutto di lingua tedesca, di avere medici in grado di comunicare con loro; ma non vorrei che oltre ad allargare e non applicare lo Statuto, si possano creare degli inconvenienti a danno di queste popolazioni

Già oggi esiste questa difficoltà di reperire medici in grado di parlare le due lingue; quindi non credo sia opportuno prevedere in una legge un obbligo del genere che finirebbe per creare danni maggiori che non quelli a cui si vuole porre rimedio.

RIZ. Ritengo che il dubbio sollevato dall'onorevole Giovanni Berlinguer sia fugato dalle sue stesse parole, in quanto dice di sapere che in provincia di Bolzano esistono delle difficoltà per reperire medici, per i presupposti costituzionali che vigono in quella provincia.

Quindi, egli stesso riconosce che esistono dei presupposti costituzionali; del resto basta leggere la legge costituzionale e vedere quanto è disposto per i singoli ospedali.

Ritengo che la modifica da me prima suggerita potrebbe essere accolta, quanto meno nel senso di dire che vi dev'essere conformità con lo Statuto e le norme di attuazione inerenti. Altrimenti, saremo costretti ad impugnare la legge davanti alla Corte costituzionale.

PRESIDENTE. L'esatta dizione dell'emendamento dell'onorevole Riz potrebbe essere del seguente tenore: « Tenendo conto, per la provincia di Bolzano, dello Statuto di autonomia e delle norme di attuazione relative ».

RIZ. Sono d'accordo.

TESSARI. Il nostro emendamento al n. 6) tende a lasciare alla discrezionalità la remunerazione dei pediatri attraverso delle forme integrative, in rapporto al tipo di assistenza particolare che essi prestano. Riteniamo che questo possa essere corretto nell'ambito della previsione di rapporti ottimali particolari per questi specialisti, di massimali particolari e di quote capitarie particolari che siano rapportate all'ottimale ed al massimale diversificati. In questa maniera, li manterremo nell'ambito di un rapporto controllato con gli altri medici ed elimineremo degli elementi di irrazionalità e discrezionalità, sempre ricordando il particolare tipo di assistenza che i pediatri prestano.

BOFFARDI INES. Vorrei dire che sono favorevole alla convenzione unica, mentre ho delle grosse perplessità per ciò che riguarda la quota capitaria.

Io per prima sono stata portavoce delle giuste esigenze dei medici, ma non dobbiamo scordarci che la nostra preoccupazione essenziale dev'essere rivolta al malato. Purtroppo, sono convinta che con l'introduzione della quota capitaria i malati saranno i primi a risentirne. Penso agli anziani e ai malati in genere, bisognosi di cure, cui potrebbe capitare di rivolgersi a medici che potranno dir loro di aver già svolto le proprie ore di lavoro.

PRESIDENTE. Gli argomenti che stiamo esaminando sono i cardini essenziali della convenzione unica tra i medici nel testo unificato del Senato che ha una sua logica, anche se ha delle opposizioni tra i medici e si muove nella prospettiva della riforma sanitaria.

Il problema da lei sollevato, onorevole Boffardi, per la verità riguarda uno dei punti cardini della riforma.

BOFFARDI INES. Non credo che mi si possano muovere rilievi su questo. Ho l'impressione che non si voglia ascoltare una voce dissenziente, mentre desidero che rimanga a verbale questa mia preoccupazione.

D'altra parte non vedo sufficientemente assicurata la libertà di scelta del medico per quanto riguarda l'utente. In pratica si dovrà accettare un medico con meno ore, meno preparato, ma più disponibile.

Con queste osservazioni non pretendo di fermare il corso delle cose, ma ho solo voluto richiamare l'attenzione degli onorevoli colleghi.

CIRINO POMICINO, Relatore. Circa l'emendamento Riz 8. 3 ne condivido la formulazione ora proposta, tenendo presente che anche nelle direttive CEE il bilinguismo non è richiesto per i medici non dipendenti; mi sembra pertanto che il richiamo allo Statuto possa costituire la soluzione migliore.

L'inserimento della quota capitaria rappresenta il primo strumento di certezza della governabilità della spesa sanitaria, ed ha per altro la larga adesione degli operatori sanitari i quali, attraverso uno schieramento largamente maggioritario, nel paese, si sono dimostrati disponibili ad accettare questo tipo di compenso che, onorevole Boffardi, li sottrae a certe spinte concorrenziali recuperando in tal modo la serenità e la dignità dell'atto professionale.

In ordine alle preoccupazioni per i diritti degli utenti, non va dimenticato il diritto di revoca da parte di questi ultimi. Altri meccanismi di compenso hanno consentito non solo una non sempre professionale proliferazione degli atti medici, ma anche una lievitazione della spesa non governabile da alcun livello istituzionale del paese; vi è quindi una profonda innovazione che a mio avviso costituisce un punto di riferimento per i lavori della Commissione e dell'Assemblea in ordine al tema della riforma sanitaria. Sono poi d'accordo sulla parte dell'emendamento Tessari relativa al n. 1) mentre chiederei di ritirare l'emendamento Tiraboschi ed altri. Proponerei inoltre, considerata la complessità dell'articolo 8, di porlo in votazione per parti separate.

TIRABOSCHI. D'accordo, ritiriamo lo emendamento.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, rimane stabilito di votare l'articolo per parti separate.

(Così rimane stabilito).

Do quindi nuovamente lettura del primo comma che, non essendo stati presentati emendamenti, porrò direttamente in votazione:

Per le categorie mediche le convenzioni uniche devono prevedere la disciplina unitaria dei rapporti convenzionali che ciascun medico può stipulare con gli enti e casse mutue.

(È approvato).

Passiamo all'esame del secondo comma. Do nuovamente lettura dei punti 1) e 2).

Sarà in particolare fissato:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che possono essere convenzionati in ogni comune o consorzio di comuni, comunità montane o ambiti territoriali all'uopo definiti dalla regione, fatto salvo il principio del reale diritto di libera scelta del medico anche per i lavoratori autonomi;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali.

All'iscrizione negli elenchi unici avranno diritto anche i medici aventi residenza in altra provincia, secondo le modalità fissate nelle convenzioni.

L'accesso alla convenzione è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito.

L'onorevole Riz aveva presentato il seguente emendamento:

All'articolo 8, alla ottava riga del numero 1) dopo la parola « regioni » inserire le seguenti « e dalle province autonome di Trento e Bolzano ».

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

L'onorevole Tessari aveva presentato il seguente emendamento:

Aggiungere al 2° rigo del punto 1) « per quella » prima di « pediatrica ».

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

L'onorevole Riz aveva presentato i seguenti emendamenti:

All'articolo 8, alla seconda riga del numero 2), dopo la parola « generici » inserire le seguenti « e condotti » (8. 2).

All'articolo 8, alla fine del secondo capoverso del numero 2), aggiungere le parole « tenuto conto per la provincia di Bolzano dello statuto di autonomia e delle norme di attuazione relative » (8. 3).

Pongo in votazione il primo.

(È respinto).

Pongo in votazione il secondo.

(È approvato).

Pongo in votazione i punti 1) e 2) del secondo comma dell'articolo 8 con le modifiche testé apportate.

(Sono approvati).

Do lettura del punto 3):

3) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di

libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili.

La regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore.

Il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati.

Le attività libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione.

Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano, previa domanda motivata del rappresentante degli enti di cui all'articolo 2 sentiti i comuni interessati;

L'onorevole Riz aveva presentato il seguente emendamento:

All'articolo 8, al secondo capoverso del numero 3), dopo le parole « degli assistiti » inserire le seguenti « o alle iscrizioni negli elenchi unici o alla modalità dell'erogazione dell'assistenza medica e farmaceutica » (8. 4).

Lo pongo in votazione.

(È respinto).

L'onorevole Tessari aveva presentato il seguente emendamento:

Aggiungere al n. 3 al secondo rigo: « per » prima di « pediatra ».

TESSARI. Ritiro quest'emendamento.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il punto 3) nel testo letto.

(È approvato).

Do nuovamente lettura del n. 4) che, non essendo stati presentati emendamenti, porrò direttamente in votazione:

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del la-

voro medico e la qualificazione delle prestazioni;

(È approvato).

Do nuovamente lettura del punto 5):

5) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche.

L'onorevole Riz aveva presentato il seguente emendamento:

All'articolo 8, al n. 5), sopprimere le parole « o indiretta ».

Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Pongo quindi in votazione il punto 5) nel testo letto.

(È approvato).

Do lettura del n. 6):

6) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate di diagnosi, cura e medicina preventiva: saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione.

La determinazione della misura dei contributi previdenziali e delle modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto ministeriale 15 ottobre 1976;

L'onorevole Tessari aveva presentato il seguente emendamento:

Aggiungere al numero 6 al 7° rigo « e per i pediatri di libera scelta » dopo « per i medici generici »;

sopprimere al numero 6 le righe dalla 13ª alla 16ª a partire da « Per i pediatri » (8. 8).

L'onorevole Riz aveva presentato il seguente emendamento:

All'articolo 8, alla settima riga del numero 6), dopo la parola « generici » inserire le seguenti « e condotti » (8. 6).

ORSINI BRUNO. Sulla questione sollevata dal collega Tessari, chiederei alla Commissione di mantenere il testo del punto 6) così come è giunto al nostro esame. Le incentivazioni per i pediatri di libera scelta, almeno in questa fase, dovrebbero essere lasciate in uno stato di minore rigidità, tenuto conto della peculiarità delle situazioni specifiche.

Sono quindi contrario all'emendamento soppressivo delle ultime due righe del n. 6), mentre non ho nulla in contrario all'inserimento, a metà dell'articolo, della quota capitaria specifica per i pediatri.

TESSARI. Per quanto riguarda la seconda parte del mio emendamento, debbo dire che noi prevediamo le forme integrative di remunerazione attraverso una quota capitaria diversa, rapportata alla diversificazione dell'ottimale e del massimale per quanto riguarda il pediatra, considerato il tipo di assistenza che egli presta.

TRIVA. Mi sembra che lo spirito e la lettera dell'emendamento Tessari tendono a non dare quote capitarie uguali ed integrazioni ai pediatri, ma a prevedere quote capitarie differenziate, il che a mio avviso sarebbe più razionale.

ORSINI BRUNO. Però sarebbe più rigido.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Concordo che va aggiunta la dizione « per i pediatri di libera scelta ».

Sono contrario invece all'emendamento soppressivo. Ritengo che il discorso vada condotto in rapporto con le esigenze del territorio: se la situazione medica di un determinato territorio è carente, infatti, lo sarà in particolare per quanto riguarda i pediatri.

È meglio non specificare: infatti, la quota capitaria potrebbe, per i medici generici e per i pediatri, risultare uguale.

TESSARI. Ciò non ha senso, perché i massimali saranno diversi.

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

La diversificazione dev'essere recuperata sul piano economico attraverso una quota capitaria più alta. Le forme di incentivazione sono già previste in base al tipo di localizzazione nel territorio.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Nutro notevoli perplessità riguardo all'opportunità di prevedere per legge un ampliamento della spesa in favore dei pediatri; questa è materia tipicamente contrattuale.

PRESIDENTE. Onorevole Tessari, insiste sul suo emendamento?

TESSARI. Lo ritiro, per la parte intesa a sopprimere le parole da « Per i pediatri » fino al punto.

PRESIDENTE. Onorevole Riz, insiste sul suo emendamento?

RIZ. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Riz.

(È respinto).

Pongo in votazione l'emendamento aggiuntivo Tessari.

(È approvato).

Pongo in votazione il punto 6) così modificato.

(È approvato).

Poiché ai punti 7, 8, 9, e 10 non sono stati presentati emendamenti, li porrò successivamente in votazione dopo averne dato nuovamente lettura.

« 7) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici agli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebili e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina »;

(È approvato).

« 8) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo

scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici »;

(È approvato).

« 9) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati »;

(È approvato).

« 10) la semplificazione e l'uniformità per tutti gli enti e casse mutue degli adempimenti amministrativi cui è tenuto il medico convenzionato »;

(È approvato).

Do nuovamente lettura del punto 11):

« 11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del sanitario tenuto alla prestazione ».

BOGI. Insisto sulla proposta da me formulata riguardo alla necessità che la convenzione debba assicurare la continuità dell'assistenza.

PALOPOLI. La formulazione proposta dall'onorevole Bogi non risulta del tutto chiara.

BOGI. Se siamo d'accordo in merito al fatto che la convenzione non comporta l'istituzione di servizi di guardia medica aggiuntivi, mi ritengo soddisfatto.

ORSINI BRUNO. Il significato del comma in questione è quello che si desume dal testo del numero 11, senza ampliamenti interpretativi che saranno affrontati al momento della stipula della convenzione. Penso che nessuno possa lavorare 365 giorni all'anno per 24 ore al giorno.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il punto 11).

(È approvato).

Poiché ai successivi punti, dal 12° al 15°, e agli ultimi tre commi non sono stati presentati emendamenti, li porrò insieme in votazione dopo averne dato lettura:

12) le forme di collaborazione fra medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) le modalità, per garantire comunque agli assistiti le prestazioni attualmente in atto, in attesa che un'equa distribuzione dei medici assicuri eguale assistenza su tutto il territorio;

14) la collaborazione dei medici, per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio;

15) l'utilizzazione, su richiesta delle regioni o degli enti locali, presso i servizi pubblici del territorio degli specialisti ambulatoriali, con onere a carico dell'ente con cui sono convenzionati.

Le convenzioni non dovranno prevedere alcun maggiore onere con decorrenza anteriore al 1° gennaio 1978.

Le convenzioni uniche devono prevedere una disciplina per quanto possibile uniforme degli istituti normativi comuni a tutte le categorie mediche e devono tendere a realizzare una regolamentazione unitaria del lavoro medico nell'ambito delle strutture dell'istituendo servizio sanitario nazionale.

I criteri di cui ai commi precedenti si estendono alle convenzioni uniche per le categorie non mediche indicate al precedente articolo 6, in quanto applicabili.

(Sono approvati).

Poiché al successivo articolo 9 non sono stati presentati emendamenti, lo porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura:

ART. 9.

Nel caso di mancata osservanza del disposto del secondo comma dell'articolo 7, i collegi dei sindaci o dei revisori dei conti di cui al terzo comma dell'articolo 3 ne danno immediata notizia ai ministeri vigilanti per l'adozione degli interventi, anche sostitutivi, che si rendessero necessari e per l'eventuale applicazione a carico dei responsabili delle sanzioni previste dall'articolo 15 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386.

È nullo ad ogni effetto qualsiasi atto stipulato dagli enti e casse mutue poste in liquidazione con organizzazioni professionali o sindacali delle categorie contemplate dalla presente legge per la disciplina dei rapporti convenzionali degli appartenenti alle categorie medesime.

È altresì nulla qualsiasi convenzione tra gli enti e casse mutue poste in liquidazione e singoli appartenenti alle categorie professionali di cui all'articolo 6 che non sia conforme alle clausole delle convenzioni nazionali uniche stipulate ai sensi della presente legge.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 10.

Sono abrogati il sesto comma dell'articolo 8 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, l'articolo 8 della legge 21 febbraio 1963, n. 244, ed ogni altra disposizione di legge o regolamento incompatibile con quelle della presente legge.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali, che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'Ordine. Il ministro della sanità provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti cui l'Ordine provinciale non ha dato corso.

L'onorevole Riz ha presentato il seguente emendamento:

« Sopprimere l'ultimo capoverso dell'articolo 10 ».

BOFFARDI INES. È opportuno aggiungere all'ultimo comma le parole: « sentite le competenti federazioni nazionali degli ordini ».

ORSINI BRUNO. Si potrebbe aggiungere: « sentita la suddetta federazione ».

RIZ. È chiaro e doveroso, a mio giudizio, che gli ordini professionali siano tenu-

ti a dare esecuzione ai compiti che affidiamo loro con questo provvedimento, ma nell'eventualità di una violazione ai loro obblighi non comprendo perché vi debbano essere delle norme speciali; bastano quelle generali. Di qui la mia proposta di sopprimere l'ultimo capoverso dell'articolo.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Non desidero entrare nel merito, ma vorrei far notare all'onorevole Riz che la rilevanza della procedura posta in essere si collega alla rilevanza della materia; ecco quindi l'opportunità di una procedura che eccede quella normale disciplinare degli ordini.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Sono anch'io contrario all'emendamento proposto dall'onorevole Riz.

PRESIDENTE. Onorevole Riz, insiste sul suo emendamento?

RIZ. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il mantenimento dell'ultimo capoverso dell'articolo 10, di cui l'onorevole Riz chiede la soppressione.

(È approvato).

L'emendamento Riz s'intende pertanto respinto.

L'onorevole Orsini Bruno ha presentato il seguente emendamento:

Aggiungere all'ultimo comma, dopo le parole « Il ministro della sanità » le altre « sentita la suddetta federazione ».

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 10 con la modifica testé approvata.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 11.

È abrogato il 5° comma dell'articolo 7 della legge 17 agosto 1974, n. 386.

È garantito comunque l'esercizio dell'attività libero professionale per i medici ospedalieri, dei policlinici convenzionati e degli istituti a carattere scientifico.

La nullità degli accordi che riconoscono anzianità di servizio convenzionale, di cui al settimo comma dell'articolo 7 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, si applica agli accordi stipulati successivamente all'entrata in vigore della suddetta legge.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Devo precisare che, salvo l'ultimo comma sul quale vi è accordo, permane dissenso sulla prima parte dell'articolo in quanto la formulazione ora letta non è condivisa dal gruppo comunista che propone di attenersi al testo dell'articolo 8 trasmesso dal Senato. Il gruppo democristiano insiste invece sulla suddetta formulazione.

TIRABOSCHI. L'articolo 11 ha rappresentato un nodo per tutta la discussione. Tuttavia nel corso di contatti avuti poco fa tra i colleghi dei gruppi democristiano, comunista, socialista, repubblicano e socialdemocratico si è potuto raggiungere un'intesa, che tiene conto anche delle osservazioni formulate dalla I Commissione affari costituzionali e garantisce il diritto alla libera attività professionale, affidando però alle regioni il compito di dettare norme per stabilire quali devono essere modalità e limiti di esercizio dell'attività. Il quinto comma dell'articolo 7 della legge n. 386 del 1974 dovrebbe essere sostituito dal seguente: « È garantito il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici degli ospedali e dei policlinici convenzionati, nonché per quelli degli istituti a carattere scientifico. Le regioni dettano norme per stabilire le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività ».

Su questo testo concordano i gruppi che prima ho citato.

PRESIDENTE. L'onorevole Tiraboschi ha presentato il seguente emendamento:

Sostituire il primo comma con il seguente:

« Il quinto comma dell'articolo 7 del decreto-legge 8 luglio 1977, n. 264, così come modificato dalla legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386, è abrogato e sostituito dal seguente:

È garantito il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici degli ospedali e dei policlinici convenzionati, nonché per quelli degli istituti a carattere

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

scientifico. Le regioni dettano norme per stabilire le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività».

L'onorevole Riz ha presentato il seguente emendamento all'emendamento Tiraboschi:

Inserire dopo le parole « Le regioni » le altre « e le province autonome di Trento e Bolzano ».

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Rimane un aspetto che non dobbiamo sottovalutare e cioè il fatto che dobbiamo farci carico di esaminare puntualmente la recente sentenza in materia della Corte costituzionale.

TRIVA. Desidero avanzare in merito una proposta precisa; a nome del gruppo comunista chiedo formalmente alla Presidenza, non appena sarà pervenuta la sentenza della Corte costituzionale n. 103 del 1977, che, nei trenta giorni previsti dall'articolo 108 del regolamento, sia iscritta all'ordine del giorno per esaminare l'argomento, anche con l'intervento di uno o più relatori, designati dalla I Commissione affari costituzionali, in modo che la nostra Commissione approfondisca la materia e valuti l'opportunità di concludere i suoi lavori con un documento finale nel quale esprimere il proprio avviso circa la necessità di iniziative legislative, indicandone i criteri informativi.

PRESIDENTE. Onorevole Triva, sono del parere che questa sia una esigenza sentita da tutti, tanto più in considerazione del fatto che la sentenza della Corte è ampia ed ha aspetti e risvolti assai diversi fra di loro. Penso inoltre che si debba anche accogliere la richiesta di una ricognizione della legislazione regionale in materia, in quanto tutti sappiamo che si sono create delle disparità di posizioni.

ORSINI BRUNO. Mi pare che l'onorevole Tiraboschi abbia dato atto a tutti i gruppi politici di aver offerto la loro collaborazione per arrivare a questa formulazione del testo che rappresenta una sintesi positiva del lungo dibattito che su questo argomento si è svolto nel corso delle ultime settimane.

CIRINO POMICINO, *Relatore*. Desidero dichiarare che faccio mia la proposta poc'anzi avanzata dal collega Triva, intesa a

rivedere alla luce della sentenza n. 103 del 1977 della Corte costituzionale l'intera materia.

Sono inoltre del parere che la presenza delle regioni al tavolo delle trattative per gli accordi nazionali di lavoro garantisca il recupero di una certa unità di forme e di modalità di esercizio, anche se ovviamente si dovranno prevedere articolazioni diverse per ogni singola realtà locale.

Da ultimo mi dichiaro d'accordo con l'articolato proposto dal collega Tiraboschi.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento dell'onorevole Riz all'emendamento Tiraboschi.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Tiraboschi, sostitutivo del primo comma dell'articolo 11.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 11 che, dopo le modifiche testè apportate, risulta così formulato:

ART. 11.

Il quinto comma dell'articolo 7 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, così come modificato dalla legge di conversione 17 agosto 1974, n. 386, è abrogato e sostituito dal seguente:

« È garantito il diritto all'esercizio della libera attività professionale per i medici degli ospedali e dei policlinici convenzionati, nonché per quelli degli istituti a carattere scientifico. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dettano norme per stabilire le modalità e i limiti per l'esercizio di tale attività ».

La nullità degli accordi che riconoscono anzianità di servizio convenzionale, di cui al settimo comma dell'articolo 7 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, si applica agli accordi stipulati successivamente all'entrata in vigore della suddetta legge.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 12.

A decorrere dal 31 dicembre 1977 la indennità equiparata, istituita con la legge

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

21 giugno 1971, n. 515, viene riconosciuta come utile ai fini assistenziali e previdenziali.

GIOVANARDI. Con quest'articolo viene riconosciuta utile ai fini assistenziali e previdenziali l'indennità equiparata istituita con la legge 21 giugno 1971, n. 515. Perciò è evidente che, come già avvenuto altre volte, si crea un vuoto nel trattamento assistenziale per quei medici che sono andati in pensione dal 21 giugno 1971. Poiché si è convenuto di non affrontare tale problema nell'ambito di questa legge, preannuncio fin d'ora che presenterò un ordine del giorno *ad hoc*.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo 12.

(È approvato).

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

ART. 13.

I maggiori oneri derivanti, in forza del disposto dell'articolo 12, alle province e agli altri enti da cui dipendono gli ospedali psichiatrici e i centri o servizi di igiene mentale, gravano sui fondi di cui all'articolo 5 della legge 8 marzo 1968, n. 431 e successive modificazioni e sono erogati con le modalità previste dalla predetta legge.

(È approvato).

L'onorevole Riz ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

ART. 13-bis.

Le attribuzioni fatte dalla presente legge ai ministri competenti ovvero ad organi dello Stato sono devolute nelle province autonome di Trento e di Bolzano al presidente della giunta provinciale.

RIZ. Loro conoscono le competenze spettanti, in base allo Statuto speciale del Trentino-Alto Adige, alle province autonome di Trento e di Bolzano. È chiaro che quando si trova di fronte ad una norma sostanziale di riforma economico-sociale dello Stato, il legislatore regionale deve osservare questo limite; le attribuzioni esecutive continuano però a spettare ai presidenti delle

giunte ed alle giunte provinciali di Trento e di Bolzano.

Quest'articolo aggiuntivo è stato presentato più di un mese fa e pertanto avrebbe dovuto essere esaminato in sede di stesura del testo unificato.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Purtroppo non sono in grado di dare una risposta immediata — e chiedo scusa di ciò alla Commissione — anche perchè, onorevole Riz, non riesco a capire in base a quale norma dello Statuto potrebbe avvenire quello che lei propone.

RIZ. Signor ministro, vale come principio costituzionale — stabilito nella Costituzione e negli statuti, sia delle regioni a statuto speciale sia di quelle a statuto ordinario — quello secondo cui nelle materie nelle quali si ha competenza legislativa si abbia pure competenza amministrativa.

Ora, se le regioni si devono adeguare, per necessità di cose, ai principi che lo Stato indica quali norme fondamentali di riforma — ed ho già detto che in questo provvedimento vi è qualche norma di riforma che deve esser rispettata — non si può certo privare chi ne abbia l'attribuzione dell'esercizio della potestà amministrativa; altrimenti non solo si porrebbe il limite delle norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica, ma si darebbe luogo allo spossessamento dall'esercizio della funzione amministrativa: il che ritengo non sia possibile.

PRESIDENTE. Onorevole Riz, lei si riferisce a tutte le regioni?

RIZ. No, solo alla Regione Trentino-Alto Adige, che ha competenza primaria in materia di ordinamenti degli enti sanitari ed ospedalieri, e alle province autonome di Trento e Bolzano che hanno competenza secondaria in materia di igiene e sanità.

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Si è detto che i ministri competenti partecipano alla trattativa per la stipulazione della convenzione-tipo; ma allora anche i presidenti delle giunte provinciali dovrebbero essere presenti ad essa.

RIZ. Dovrebbero, comunque, essere presenti tutte le volte che si trattino problemi relativi alle Province autonome.

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Qui si richiama una competenza primaria sostitutiva di quella dei ministeri. Credo che sia una questione da approfondire.

PRESIDENTE. Onorevole Riz, in realtà quella che stiamo per approvare è una normativa di transizione fino all'attuazione della riforma sanitaria, alla quale lei ha giustamente fatto riferimento.

Dal FALCO, *Ministro della sanità*. In sede di riforma si potrà affrontare il problema che l'onorevole Riz pone oggi.

MORINI. Dobbiamo riconoscere di avere colpevolmente trascurato in sede di stesura del testo unificato l'esame dell'articolo aggiuntivo 13-bis proposto dall'onorevole Riz; però bisogna tener presente che la Commissione sta per approvare con questa legge una normativa di carattere temporaneo, che fa da saldatura tra il vecchio ordinamento ed il nuovo.

Ritengo, pertanto, che la preoccupazione sollevata dall'onorevole Riz — la quale, per altro, ci trova colpevolmente impreparati ad affrontarla — possa essere puntualmente verificata in sede di riforma. A tale proposito, prendo impegno fin da adesso a far sì che, nel quadro generale della riforma, non si ledano in alcun modo le norme contenute negli statuti regionali; ma ritengo che non sia opportuno porre in votazione, in questa sede, l'articolo aggiuntivo presentato dall'onorevole Riz proprio per non dar luogo ad un precedente di reiezione su un punto che invece potrà essere accolto nella sede appropriata.

PRESIDENTE. A questo punto assumo la responsabilità di dichiarare improponibile l'articolo aggiuntivo 13-bis presentato dall'onorevole Riz, facendogli osservare come tale articolo sia da esaminarsi più opportunamente nel corso della discussione del progetto di riforma del settore sanitario.

RIZ. Non insisto, pur non condividendo il rilievo circa l'improponibilità dell'articolo aggiuntivo ora fatto dal Presidente, per le ragioni che ho già addotte.

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

ART. 14.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.

(È approvato).

Passiamo all'esame degli ordini del giorno:

I deputati Morini, Pompei, Boffardi Ines, Lussignoli e Forni hanno presentato il seguente ordine del giorno:

« La Camera,

atteso che l'articolo 7 della legge 20 marzo 1975, n. 70, non ha a tutt'oggi avuto alcuna attuazione nei confronti di qualsiasi ente tabellato dalla suddetta legge, nonostante la riconosciuta validità generale della norma volta ad attuare per la prima volta nel Paese un'effettiva mobilità del pubblico impiego e nonostante soprattutto le ben note esigenze di personale, dovute anche ad effettive insufficienze organiche, di altri enti pubblici che altrimenti dovrebbero procedere a nuove assunzioni, quando invece esistono numerosissime domande inevase di personale dipendente da enti estinti e posti in liquidazione,

impegna il Governo

a superare ogni remora nell'attuazione concreta dell'articolo 7 impartendo le necessarie istruzioni agli enti vigilati ».

(0/1358-832/1/14)

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Il Governo lo accetta.

PRESIDENTE. Gli onorevoli Giovanardi, Orsini Bruno, Triva e Nicolazzi hanno presentato il seguente ordine del giorno:

« La Camera

impegna il Governo

a predisporre un provvedimento atto a sanare sul piano assistenziale e previdenziale la situazione del personale collocato a riposo dopo l'entrata in vigore della legge 21 giugno 1971, n. 515, per il quale l'indennità perequativa non è sino ad oggi riconosciuta utile ai fini assistenziali e previdenziali ».

(0/1358-832/2/14)

DAL FALCO, *Ministro della sanità*. Il Governo lo accetta.

ORSINI BRUNO. Annuncio a nome del gruppo democratico cristiano il voto favorevole alla legge.

Tale consenso deriva dal fatto che la norma che abbiamo elaborato costituisce un significativo passo nella direzione del nuovo assetto sanitario del paese.

Essa ci consente di rispettare la data del 30 giugno, da tempo fissata come quella del passaggio alle regioni delle competenze in materia di assistenza sanitaria extra ospedaliera; apre la via al coordinamento, alla razionalizzazione, all'uso promiscuo dei presidi e delle risorse degli istituti mutualistici in liquidazione; introduce, con la convenzione unica e la quota capitaria, elementi di semplificazione e di positiva evoluzione del rapporto tra operatori sanitari e pubblici poteri e strumenti di grande valore ai fini di un corretto governo della spesa sanitaria.

Com'è noto, il nostro gruppo si è battuto per la ferma tutela dei giusti spazi di libertà per gli operatori sanitari e per gli assistiti. I diritti relativi alla scelta del curante e all'esercizio di attività libero-professionali, ribaditi dagli articoli 8 e 12 della presente legge, costituiscono per noi aspetto rilevante di un sistema sanitario il cui carattere sociale deve realizzarsi nel rispetto dei diritti della persona.

Sappiamo bene che il testo che stiamo per approvare costituisce la sintesi di posizioni e di apporti diversi. Per parte nostra siamo e saremo lieti di cercare elementi di convergenza che non snaturino ma arricchiscano le posizioni di fondo che ci guidano nell'elaborazione di un sistema sanitario più moderno e civile.

Prendiamo atto, oggi, del risultato raggiunto che conferma come, in materia di riforma sanitaria, dopo la lunga fase di dibattito culturale, sia giunto ormai per tutte le forze politiche il tempo dell'assunzione di responsabilità legislative.

La legge che stiamo per approvare è una tappa significativa, seppure parziale, lungo il cammino che, spero speditamente, dovremo percorrere.

BOGI. Concordo con le valutazioni espresse dai colleghi sull'importanza di questo provvedimento e annuncio il voto favorevole su di esso del gruppo repubblicano.

TESSARI GIANGIACOMO. Nell'annunciare il voto favorevole del gruppo comu-

nista a questo provvedimento che trasferisce con il 1° luglio prossimo le funzioni delle mutue alle regioni e che disciplina la convenzione unica nazionale per i medici mutualistici, voglio esprimere la nostra soddisfazione per il positivo lavoro e le concrete convergenze tra i gruppi dell'arco costituzionale, che hanno permesso soluzioni unitarie a problemi complessi e difficili che inizialmente ci avevano visti su posizioni diverse.

Il clima costruttivo così instaurato ci permette da un lato di guardare con fiducia al cammino che ancora dobbiamo percorrere per l'approvazione della riforma sanitaria, a cui questo provvedimento concretamente ci avvia, e dall'altro di trovare il più vasto consenso delle forze sociali nella pratica attuazione e realizzazione del disegno riformatore.

La liquidazione delle mutue ed il trasferimento alle regioni di tutte le funzioni attualmente esercitate da ogni e qualsiasi ente o istituto mutualistico operante a tutti i livelli nel paese realizzano infatti un duplice obiettivo: di fare un passo importante verso la riforma, senza fermare l'organizzazione dell'assistenza, che continuerà ad essere prestata nei modi e nelle forme previsti dagli ordinamenti delle singole mutue, e di iniziare da parte delle regioni l'opera di coordinamento degli impianti e presidi delle mutue, in collegamento con le strutture ospedaliere e gli altri servizi sanitari gestiti dai poteri locali.

Si avvia così in concreto il superamento dello spezzettamento e divisione delle competenze, della duplicazione dei servizi e delle prestazioni, spesso tra loro ripetuti e contrastanti, che tanta parte hanno avuto nel pauroso sbilancio economico del sistema sanitario e nella dequalificazione dell'atto medico.

Si pongono quindi le premesse per un passaggio dalla gestione verticistica e burocratica attuale ad un controllo orizzontale e democratico creando le basi e gli strumenti perché l'atto istitutivo delle unità sanitarie locali non sia formale ma immediato momento operativo di trasformazione.

Così come l'approvazione della convenzione unica nazionale per i medici mutualistici, che introduce il principio della quota capitaria e del diritto alla libera scelta del medico, pur nella regolamentazione dell'attività libero-professionale in compatibilità con gli obiettivi del servizio sanitario na-

zionale che così inizia a prendere forma, indica, a nostro avviso, i principi ispiratori che devono qualificare il ruolo e la professionalità dell'operatore sanitario e che devono, nel rispetto dell'autonomia professionale, fare di tutti i medici convenzionati dei reali protagonisti del disegno riformatore.

La stretta connessione fra libera professione e rapporto convenzionale, che assicura la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del sanitario tenuto alla prestazione e garantisce forme di collaborazione fra medici prevedendo il lavoro di gruppo, la partecipazione a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria, nonché il diritto all'aggiornamento professionale, sono in grado infatti di liberare forze intellettuali e capacità professionali oggi troppo spesso mortificate da un modo di lavorare che non permette, una vera scelta di qualità di vita e svaluta un servizio sociale che deve trovare nel soddisfacimento dei bisogni dei cittadini il proprio vero obiettivo.

Auspichiamo che l'approvazione unanime di questo provvedimento serva a portare allo scoperto ed a sconfiggere le interessate manovre di coloro che, diffondendo nei giorni scorsi le più fantasiose ed interessate voci circa le scelte che stava compiendo il Parlamento, ed in particolare sulla posizione del gruppo comunista, hanno portato in assenza di ragioni reali l'Intersindacale medica ad indire uno sciopero nazionale che, a nostro avviso, contiene invece elementi di resistenza alla riforma sanitaria.

Siamo certi che, approvato il provvedimento e valutate le soluzioni espresse unitariamente dalla Commissione, sarà più facile rendere giustizia alla realtà delle cose e assieme agli operatori sanitari ed alle loro organizzazioni sindacali superare le resistenze e le diffidenze che si frappongono alla riforma sanitaria cui il provvedimento odierno è un'importante tappa di avvicinamento.

MORINI. Desidero associarmi, anche nella mia qualità di relatore sui progetti di riforma sanitaria, all'auspicio espresso dai colleghi circa il tempestivo varo di tale riforma di cui questo provvedimento costituisce un importante momento di avvio. Ribadisco pertanto il pieno consenso all'approvazione del provvedimento stesso.

BOFFARDI INES. Esprimo voto favorevole al provvedimento nel testo unificato, che ha formato oggetto di ampio dibattito non solo in sede parlamentare ma anche fra le forze sociali direttamente interessate alla riforma sanitaria. Esso è frutto di intesa fra le forze politiche, salvo per alcuni punti di dissenso o di perplessità che sono stati espressi nell'esame dei singoli articoli, e contiene la normativa transitoria di avvio alla riforma sanitaria con l'aggiunta di norme per fronteggiare la scadenza del 30 giugno prevista dalla legge n. 386 del 1974 per lo scioglimento degli enti mutualistici.

Ritengo che il nostro parere non possa essere che positivo poiché è da sottolineare l'importanza del previsto trasferimento alle regioni delle funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria e i compiti di coordinamento con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio. I commissari straordinari assumono la funzione di commissari liquidatori, e l'attività delle regioni e la messa in liquidazione degli enti trovano un momento di collegamento nel comitato centrale istituito presso la Presidenza del Consiglio per la liquidazione degli enti mutualistici e l'emanazione delle direttive idonee per un progetto di riparto tra le regioni dei beni e del personale. Dobbiamo fare in modo che vengano mantenute le prestazioni in atto assicurando nel contempo il trapasso delle funzioni alle regioni. Valutazioni positive esprimo in ordine all'introduzione della convenzione unica nazionale, mentre l'introduzione della quota capitaria mi pone qualche perplessità, poiché se ritengo giusto l'avere stabilito anche per medici specialisti operanti in ambulatori pubblici un limite alle attività che si possono svolgere in regime di convenzione, temo che questo possa essere a scapito dell'assistito, specialmente del più povero e bisognoso. Penso a tutti gli anziani malati che abbisognando ancora di cure, di visite e di assistenza si sentiranno rispondere dal medico che egli ormai ha superato il *quorum* assegnatogli. Mi si permetta dire che a mio avviso si doveva dare con la normativa miglior precisazione alla libera scelta del medico da parte del malato che, ritengo, non sia abbastanza tutelata.

Dobbiamo riconoscere che le misure adottate con la legge n. 386 del 1974 avrebbero richiesto una più sollecita realizzazione del

servizio sanitario nazionale proprio perché, trattandosi di norme limitative dei doveri e dei compiti mutualistici e della libera contrattazione con le categorie sanitarie, esse non potevano non aggravare la crisi della mutualità e dei problemi che la caratterizzano. Questo provvedimento quindi non solo è necessario per attuare concretamente quanto è previsto dall'articolo 12-bis della legge n. 386 ma anche per porre rimedio agli inconvenienti determinatisi per effetto di questa legge e rispetto ai quali non sarebbe opportuno attendere la conclusione della discussione parlamentare sulla riforma sanitaria.

La nuova disciplina si basa sul principio dell'unicità del rapporto tra l'operatore e la struttura sanitaria, che rappresenta uno dei cardini della riforma allo studio e che è possibile realizzare fin d'ora con idonei accorgimenti organizzativi e con il coordinamento, a livello nazionale e regionale, delle residue strutture mutualistiche.

Lo strumento per questa nuova disciplina è stato individuato nelle convenzioni nazionali uniche, la stipula delle quali è divenuta ormai improrogabile per assicurare sull'intero territorio, sia l'uniformità dell'erogazione dell'assistenza sia quella del trattamento giuridico ed economico degli operatori sanitari e, con essa, una maggiore efficienza ed economicità del servizio offerto al cittadino.

Il testo che approviamo favorisce la ridistribuzione del lavoro medico e quindi la riqualificazione dell'assistenza, venendo incontro oltretutto alle legittime aspirazioni dei giovani medici che chiedono di potersi inserire nell'attività professionale.

Ritengo rilevante il criterio della piena utilizzazione dei medici operanti nelle strutture pubbliche per cui, su richiesta delle regioni e degli enti locali, gli specialisti ambulatoriali saranno chiamati a prestare la loro attività, con oneri a carico degli enti con cui sono convenzionati, presso le strutture socio-sanitarie pubbliche o convenzionate del territorio, come ad esempio i consultori familiari. La norma consentirà di far fronte alla grave carenza di specialisti che si riscontra specie per talune branche ed in alcune zone del paese e di realizzare quei presidi assistenziali tanto attesi dalle popolazioni e che non tutte le regioni hanno potuto creare per mancanza di personale e di mezzi finanziari.

Vorrei poi richiamare l'attenzione sul problema dell'assorbimento del personale delle case di cura private che cessano l'attività, e sulla questione dell'utilizzo tempestivo del personale degli enti mutualistici per colmare carenze delle strutture pubbliche. Ritengo anche che sia stato giusto salvaguardare un'area di esercizio e di ricorso alla libera professione per gli utenti pur all'interno di un servizio pubblico. Certamente, il successo di questa nuova regolamentazione dipenderà in gran parte anche dell'efficienza dei controlli sull'attività dei sanitari che saranno previsti dalle stesse convenzioni e a questo fine è opportuno e necessario corresponsabilizzare tutte le forze sindacali e gli organismi rappresentativi delle stesse categorie sanitarie, come appunto previsto dal testo in esame.

Condivido pertanto l'immissione delle federazioni nazionali delle categorie nella trattativa sotto l'aspetto deontologico e disciplinare e mi sembra da sottolineare che è estremamente importante che si metta a disposizione dell'ordinamento sanitario una struttura esistente pubblica, anche se in passato può aver funzionato con qualche carenza: ma dobbiamo tener presente che l'attività si basava solo su un contratto.

Ritengo, nel dare il voto favorevole, di poter affermare che il provvedimento, pur imposto dall'imminenza del previsto trasferimento delle competenze alle regioni, si configura come un organico strumento per il concreto superamento dell'attuale situazione di disfunzione e di onerosità del sistema assistenziale, attraverso soluzioni pienamente in linea con la riforma sanitaria.

NICOLAZZI. Mi associo a mia volta alle considerazioni favorevoli espresse dai colleghi e dichiaro il consenso del gruppo socialdemocratico al provvedimento.

GIOVANARDI. La durata di questa seduta e l'ora a cui siamo giunti non consiglia una lunga dichiarazione di voto: mi limiterò quindi ad alcune brevi considerazioni, mentre annuncio il voto favorevole del gruppo socialista.

È noto a tutti e a tutte le forze politiche che la nostra volontà e la nostra azione sono state sempre rivolte a giungere al varo della riforma del sistema sanitario entro la data del 30 giugno '77, per l'urgenza di trasformare l'attuale sistema sanitario e

VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

per non lasciare un vuoto legislativo in relazione alla scadenza prevista dalla legge n. 386 del 1974.

Si è avviato il lavoro del comitato ristretto per la riforma, ma non si è potuto né si poteva concludere dato, in particolare, il ritardo con cui il Governo ha presentato il suo disegno di legge in materia.

Il problema quindi che rimaneva di fronte a noi era quello di superare bene la data del 30 giugno 1977 e i vincoli previsti per quella data dalla citata legge n. 386 per lo scioglimento delle mutue.

Si trattava quindi da un lato di evitare una proroga pura e semplice della legge n. 386 e dall'altro di evitare il rinnovo delle convenzioni, pur necessarie, senza affrontare unitariamente i due problemi e con soluzioni che se non fossero e non siano la riforma, ne rappresentassero comunque un avvio certo.

Il provvedimento al nostro esame, redatto con un concorso unitario certamente notevole e importante, coglie sostanzialmente gli elementi per noi fondamentali: l'attribuzione alle regioni delle funzioni amministrative relative all'assistenza sanitaria; l'estinzione e la liquidazione degli enti mutualistici e delle casse sanitarie ad ogni livello; la costituzione di un comitato centrale, con prevalenza degli enti del potere pubblico periferico, che coordina e garantisce la liquidazione degli enti stessi; la convenzione unica regionale; l'introduzione della quota capitaria; la garanzia per tutti i medici convenzionati e ospedalieri del diritto alla libera professione, il cui esercizio e il cui limite saranno determinati da norme regionali.

Questa legge non rappresenta certo quello che noi volevamo (in particolare circa la struttura del comitato centrale, peraltro migliorato con l'accoglimento del nostro emendamento che istituisce il comitato di presidenza), ma è un provvedimento importante: avvia la riforma sanitaria, costringe tutti ad accelerare l'iter per il varo della legge di riforma ed a superare l'attuale fase di evidente transizione.

D'altra parte le convergenze unitarie realizzatesi, l'impegno lodevole, comune a tutti, volto a raggiungere l'accordo sul testo di legge che ci apprestiamo a votare ci danno ampie garanzie e impegnano tutti (almeno questo è il nostro augurio) ad un rapido esame e all'approvazione della riforma

sanitaria, il cui varo definitivo non deve andare oltre la fine dell'anno in corso.

RAUTI. A nome del MSI-destra nazionale, voto contro il nuovo testo unificato delle proposte di legge nn. 1358 e 832 perché il provvedimento, inteso come avvio alla riforma sanitaria, già propone l'incontro, nelle norme, fra le tematiche della DC e dei gruppi socialista e comunista. Non v'è dubbio che occorreva mettere ordine in questo settore, anche in via transitoria, e cioè in attesa della riforma, ma c'è da osservare che - rispetto al testo giunto dal Senato - si sono accentuate le spinte, le tendenze, gli indirizzi sia a vulnerare, in concreto, la libera scelta dei malati e sia - sempre in concreto - a restringere l'area del libero esercizio della professione. Quando si riducono gli ordini professionali a semplici «registratori» di accordi fra regioni e sindacati, ci si mette su un pericoloso piano inclinato. Il disordine, gli sprechi, gli abusi del settore non possono e non debbono coprire - ad opera delle stesse forze politiche che di tutti questi «guasti» sono le responsabili - questo tipo di scelta politica.

PRESIDENTE. Chiedo, in caso di approvazione, di essere autorizzato a procedere al coordinamento formale del testo unificato delle proposte di legge.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Il provvedimento sarà subito votato a scrutinio segreto.

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indico la votazione a scrutinio segreto delle proposte di legge esaminate nella seduta odierna.

(Segue la votazione).

Comunico il risultato della votazione:

Proposte di legge Senatori DEL NERO ed altri, n. 1358; e MORINI ed altri, n. 832, in un testo unificato e con il titolo: «Norme transitorie per il trasferimento alle regioni delle funzioni già esercitate dagli enti mutualistici e per la stipulazione delle

 VII LEGISLATURA — QUATTORDICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 22 GIUGNO 1977

convenzioni uniche per il personale sanitario in relazione alla riforma sanitaria » (1358-832):

| | |
|------------------------------|----|
| Presenti e votanti | 42 |
| Votanti | 42 |
| Maggioranza | 22 |
| Voti favorevoli | 41 |
| Voti contrari | 1 |

(La Commissione approva).

Hanno preso parte alla votazione:

Abbiati Dolores, Bogi, Tedeschi, Armella, Conchiglia Galasso Cristina, Tesini, Berlinguer Giovanni, Bisignani, Boffardi Ines, Brusca, Mora, Carloni Andreucci Maria Teresa, Casapieri Quagliotti Carmen, Chio-

vini Cecilia, Cirino Pomicino, D'Arezzo, Del Duca, Ferri, Forni, Cresco, Carelli, Giovagnoli Angela, Giovanardi, Lussignoli, Marraffini, Martini Maria Eletta, Milano De Paoli Vanda, Morini, Nicolazzi, Orsini Bruno, Palopoli, Pompei, Presutti, Rauti, Cavigliasso Paola, Sandomenico, Usellini, Tessari Giangiacomo, Tiraboschi, Triva, Urso Giacinto, Riga Grazia.

La seduta termina alle 15,20.

IL CONSIGLIERE VICARIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
DOTT. TEODOSIO ZOTTA

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO