ATTIVITÀ PARLAMENTARE

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI

XIII Legislatura

Volume II

CAMERA DEI DEPUTATI

Biblioteca

La pubblicazione è stata curata dall'Ufficio Documentazione bibliografica, legislativa e parlamentare italiana del Servizio Biblioteca della Camera dei deputati.
Mail: bib_inf1@camera.it

Maggio 2022 - Versione online

La nuova serie delle Attività parlamentari, avviata nel 2008, intende fornire una visione completa dei contributi forniti dai parlamentari nel corso dei mandati da essi espletati. A tal fine i volumi contengono, suddivise per legislatura:

- *le proposte di legge di cui il parlamentare è primo firmatario;*
- *le relazioni presentate;*
- *le interrogazioni a risposta scritta con iter concluso, comprensive delle risposte (per le legislature del Regno vengono riprodotti tutti gli atti di indirizzo e controllo presentati);*
- *le pagine dei resoconti stenografici delle sedute sia dell'Assemblea che delle Commissioni permanenti, bicamerali e d'inchiesta nelle quali sono pubblicati gli interventi del parlamentare, precedute dal frontespizio della seduta; ovvero le pagine dei resoconti sommari delle sedute delle Commissioni della XXX legislatura del Regno, della Consulta nazionale e dell'Assemblea costituente, delle quali non è stato redatto il resoconto stenografico.*

All'inizio di ciascuna legislatura viene fornito l'indice delle attività svolte, anche come membro di Governo, come presentato sulla scheda personale pubblicata sul sito http://legislature.camera.it o http://storia.camera.it integrato dai repertori cartacei e on line disponibili per la Camera e per il Senato.

Sono altresì inserite eventuali commemorazioni che hanno avuto luogo in Assemblea.

Indice generale

Volume secondo

XIII legislatura 5

Progetti di legge presentati 15

Interrogazioni con risposta scritta 128

Interventi su progetti di legge in Assemblea 134

Interventi su progetti di legge in Commissione 255

Attività non legislativa in Assemblea 340

Attività non legislativa in Commissione 360

Torna all'indice

XIII LEGISLATURA

Eletto con il sistema maggioritario nella circoscrizione XI EMILIA-ROMAGNA - Proclamato il 27 aprile 1996 - Elezione convalidata il 23 ottobre 1996

Iscritto al gruppo parlamentare:

Democratici di Sinistra - L'Ulivo dal

Componente di organi parlamentari:

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI) dal 28 luglio 1998

Proposte di legge presentate come primo firmatario

Norme per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti (423) (presentata il 9 maggio 1996)

Norme per il riordino del settore termale (424) (presentata il 9 maggio 1996)

Ordinamento della professione di psicomotricista (425) (presentata il 9 maggio 1996)

Norme per il recupero culturale, ambientale e turistico dell'itinerario detto „Via Francigena„ (426) (presentata il 9 maggio 1996)

Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria di odontoiatra (427) (presentata il 9 maggio 1996)

Norme in materia di permessi retribuiti per i dirigenti dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordomuti (1844) (presentata il 10 luglio 1996)

Norme per il trattamento sanitario e sociale della sclerosi multipla (2282) (presentata il 23 settembre 1996)

Norme per la prevenzione e la cura delle malattie osteoarticolari e reumatiche invalidanti (3199) (presentata il 12 febbraio 1997)

Modifica all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di erogazione delle prestazioni specialistiche nelle aziende sanitarie locali (3234) (presentata il 18 febbraio 1997)

Istituzione di un ruolo ad esaurimento dei dirigenti superiori della Polizia di Stato (3329) (presentata il 28 febbraio 1997)

Aumento dei limiti di pena detentiva per la concessione di benefici ai detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti (3601) (presentata il 17 aprile 1997

Legge quadro sulla pesca nelle acque interne (3848) (presentata il 10 giugno 1997)

Modifica all'articolo 1 della legge 9 aprile 1986, n. 97, in materia di agevolazioni fiscali per l'acquisto di veicoli destinati ad handicappati (4053) (presentata il 28 luglio 1997)

Norme per le celebrazioni del primo centenario della morte di Giuseppe Verdi (4078) (presentata il 30 luglio 1997)

Disposizioni in materia di cremazione e di dispersione delle ceneri (6156) (presentata il 22 giugno 1999)

Interrogazione con risposta scritta

Vantaggi terapeutici del farmaco “L1” (1892) (risposta annunciata nella seduta del 30-4-1997 pag. XVII)

Chiusura del Centro di medicina del sonno di Parma (32323) (risposta annunciata nella seduta del 7-5-2001 pag. XI)

Interventi su progetti di legge in Assemblea

Conversione in legge del decreto-legge 17 maggio 1996, n. 267, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (1039) (20-6-1996 pom. pag. 640 - 25-6-1996 pom. pag. 710 – 26-6-1996 pag. 795).

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (2372) (5-11-1996 pag. 5444).

Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa (S. 1124) (2699) (30-1-1997 pag. 11553).

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 dicembre 1996, n. 630, recante finanziamento dei disavanzi delle aziende unità sanitarie locali al 31 dicembre 1994 e copertura della spesa farmaceutica per il 1996(approvato dal Senato) (S. 1867) (2998) (6-2-1997 pagg. 11970, 11986).

Disposizioni in materia di incarichi di medicina generale (3229) (3229 ter) (24-6-1997 pag. 18646).

Conversione in legge del decreto-legge 20 giugno 1997, n. 175, recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionali della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale (3904) (7-7-1997 pag. 19478 – 10-7-1997 pag. 19846 - 15-7-1997 pagg. 20046, 20047).

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 dicembre 1997, n. 438, recante proroga di termini per assicurare il finanziamento di progetti in materia di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze (S. 2971) (4484) (12-2-1998 pag. 26).

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria (4697) *Relatore* (30-3-1998 pagg. 4, 46 – 31-3-1998 pagg. 39, 59, 98, 99, 116 - 1-4-1998 pagg. 45, 50, 56, 87).

CAVERI: Modifiche alle leggi 2 dicembre 1975, n. 644, e 12 agosto 1993, n. 301, in materia di consenso al prelievo di organi e di tessuti da cadavere a scopo di trapianto terapeutico (646); BALOCCHI: Modifiche alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, in materia di consenso al prelievo di organi a fine di trapianto (855); DELFINO TERESIO: Norme in materia di manifestazione di volontà per il prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto terapeutico (1084); MUSSOLINI: Modifiche alle leggi 2 dicembre 1975, n. 644, e 12 agosto 1993, n. 301, in materia di consenso al prelievo di organi e di tessuti da cadavere a scopo di trapianto terapeutico (1104); POLENTA ed altri: Norme in materia di manifestazione di volontà al prelievo di organi, tessuti e cellule da cadavere a scopo di trapianto terapeutico (1291); CONSIGLIO REGIONALE VALLE D'AOSTA: Sostituzione dell'articolo 6 della legge 2 dicembre 1975, n. 644, recante disciplina dei

prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico. Disciplina dell'obiezione in vita al prelievo e norme a tutela del rispetto delle dichiarazioni di volontà del cittadino (2166); PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE: Modifica dell'articolo 6 della legge 2 dicembre 1975, n. 644. Disciplina dell'obiezione al prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico. Norme a tutela del rispetto delle dichiarazioni di volontà del cittadino in materia (2639); CONSIGLIO REGIONALE ABRUZZI: Modifica dell'articolo 6 della legge 2 dicembre 1975, n. 644, recante disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico (2722); CONSIGLIO REGIONALE MARCHE: Sostituzione dell'articolo 6 della legge 2 dicembre 1975, n. 644, recante disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico. Disciplina dell'obiezione in vita al prelievo e norme a tutela del rispetto delle dichiarazioni di volontà del cittadino (2759); Senatori PROVERA ed altri: Norme per la manifestazione di volontà per il prelievo di organi e tessuti (approvata, in una testo unificato dal Senato) (S. 55, 67, 237, 274, 798, 982, 1288, 1443) (3646); BONO: Disciplina della manifestazione di volontà sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (4135); SAIA ed altri: Norme sulla organizzazione dei prelievi di tessuti da cadavere e dei trapianti (4186); SAIA ed altri: Disposizioni in materia di manifestazione di volontà sul prelievo di organi e tessuti (3709); Senatori NAPOLI ROBERTO ed altri; Senatori DI ORIO ed altri: Nuove norme sulla organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi e tessuti da cadavere (S. 65-238) (4100) (20-7-1998 pag. 25 – 2-2-1999 pag. 42).

Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (stralcio dell'articolo 2; 3 (comma 2); C.2756) (2756 ter) (21-9-1998 pagg. 13, 23 – 22-9-1998 pagg.42, 63 - 23-9-1998 pagg. 62, 65, 70,77).

CACCAVARI ed altri: Norme per il riordino del settore termale (424); MARTINAT ed altri: Norme per l'integrazione del settore termale nell'industria del turismo (739); GALDELLI ed altri: Riordino degli istituti termali pubblici (818); DELFINO TERESIO ed altri: Istituzione del marchio di qualità ambientale termale (976); GRIMALDI: Norme per lo scioglimento del centro ittico tarantino campano Spa (1501); CRUCIANELLI ed altri: Norme in materia di trasferimento a titolo gratuito di partecipazioni delle aziende ex EAGAT dal Ministero del tesoro alle regioni o ai comuni (1975); BARRAL ed altri: Norme per la cessione a titolo gratuito alle regioni e ai comuni delle partecipazioni azionarie delle società ex-EAGAT (2225); MALGIERI ed altri: Norme per l'organizzazione e lo sviluppo del termalismo (2487); MIGLIORI ed altri: Disposizioni in materia di trasferimento delle partecipazioni dello Stato già appartenenti all'EAGAT e del Centro ittico tarantino-campano Spa dal Ministero del tesoro alle regioni (2877) *Relatore* (26-5-2000 pagg. 1, 18, 21 – 31-5-2000 pagg. 84, 85, 86, 88, 93 – 6-6-2000 pagg. 34, 42, 54).

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001) (7328) (7328 bis) (17-11-2000 pag. 40).

CALDEROLI; CACCAVARI ed altri; MUSSOLINI; GAMBALE; SAIA ed altri: Disciplina della professione di odontoiatra con l'unificazione delle proposte di legge n. 123, d'iniziativa dei senatori Manieri ed altri; n. 252, d'iniziativa dei senatori Di Orio ed altri; n. 1145, d'iniziativa della senatrice Mazzuca Poggiollini; n. 2246, d'iniziativa dei senatori Bettamio ed altri) (72-427-1111-1362-1945 B); CACCAVARI ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria

di odontoiatra (427); MUSSOLINI: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria di odontoiatra (1111); GAMBALE: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, concernenti l'istituzione dell'ordine degli odontoiatri (1362); SAIA ed altri: Disciplina della professione di odontoiatra (1945) (30-11-2000 pag. 16).

CALDEROLI: Norme per la definizione e lo sviluppo degli interventi per la prevenzione e la cura dell'alcolismo e per la riabilitazione e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti (93); PROCACCI: Norme in materia di prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcoldipendenti (108); CORLEONE: Norme per la limitazione della pubblicità e del commercio delle bevande alcoliche e superalcoliche (164); CACCAVARI ed altri: Norme per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti (423); NARDINI e SCHMID: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (1025); SICA ed altri: Nuove norme per la prevenzione dell'alcolismo e per il recupero degli alcoldipendenti (1926); RUZZANTE: Norme per la limitazione della pubblicità e del commercio delle bevande alcoliche (2835); ERRIGO: Disposizioni in materia di limitazioni alla pubblicità ed al commercio delle bevande alcoliche (3535); TRANTINO: Disposizioni in materia di limitazioni alla pubblicità ed al commercio delle bevande alcoliche (3542); ALBORGHETTI ed altri: Disposizioni in materia di limitazioni alla pubblicità ed al commercio delle bevande alcooliche (3608) Relatore (20-2-2001 pag. 64).

Interventi su progetti di legge in Commissione

XII Commissione (AFFARI SOCIALI)

Sanatoria degli effetti prodotti dai decreti-legge adottati in materia di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze e di funzionamento dei SERT; C.2756) (2756 bis) (11-3-1997 pag. 56).

Modifiche ed integrazioni della legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati (S. 2335) (3684); LENTI ed altri: Modifica all'articolo 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, concernente la erogazione di un assegno di superinvalidità ai soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (1599) (19-6-1997 pag. 88 – 2-7-1997 pag. 122).

Senatori VALLETTA ed altri: Norme per la prevenzione della cecità ed iniziative per la riabilitazione visiva (S. 847) (3609) (2-7-1997 pag. 126).

CALDEROLI: Disciplina della professione di odontoiatra (72); CACCAVARI ed altri: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria di odontoiatra (427); MUSSOLINI: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria di odontoiatra (1111); GAMBALE: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, concernenti l'istituzione dell'ordine degli odontoiatri (1362); SAIA ed altri: Disciplina della professione di odontoiatra (1945) (9-7-1997 pagg. 144, 150).

Norme di sostegno in favore di persone adulte con handicap grave (4049); GUIDI: Agevolazioni a favore delle persone con handicap grave e dei soggetti che le assistono (188) (19-2-1998 pag. 252).

CALDEROLI: Ordinamento della professione di sociologo (92); BATTAGLIA AUGUSTO ed altri: Ordinamento della professione di sociologo (397); MUSSOLINI: Disciplina della professione di sociologo (1103) (8-7-1998 pag. 304).

Senatori MEDURI ed altri: Norme transitorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali (S. 1397) (4285); BERSELLI: Norme in materia di sanatoria delle gestioni provvisorie delle farmacie (1970); BOVA e MANGIACAVALLO: Norme transitorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali (3455); CERULLI IRELLI: Disposizioni concernenti la sanatoria delle gestioni provvisorie di farmacie rurali e urbane (4094); GIANNOTTI ed altri: Disposizioni per l'assegnazione ai privati di sedi farmaceutiche vacanti (4404); Senatori MEDURI ed altri: Norme derogatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali (S. 1397-B) (4285 B) Relatore (24-9-1998 pag. 321 – 5-10-1998 pagg. 4, 6 – 6-10-1999 pagg. 4, 5, 11, 13).

Disposizioni in materia di incarichi di medicina generale (3229 ter B) (29-9-1998 pag. 334).

Proroghe di termini e disposizioni urgenti in materia sanitaria e di personale (S. 3187) (5402) (27-7-1999 pagg. 4, 6).

Senatori DI ORIO ed altri; Senatori CARCARINO ed altri; Senatore LAVAGNINI; Senatori SERVELLO ed altri; Senatori DI ORIO ed altri; Senatori TOMASSINI ed altri: Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della vigilanza e dell'ispezione nonché della professione ostetrica (S. 251-431-744-1619-1648-2019) (4980) (21-9-1999 pag. 11).

CALDEROLI: Norme per la definizione e lo sviluppo degli interventi per la prevenzione e la cura dell'alcolismo e per la riabilitazione e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti (93); PROCACCI: Norme in materia di prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcoldipendenti (108); CORLEONE: Norme per la limitazione della pubblicità e del commercio delle bevande alcoliche e superalcoliche (164); CACCAVARI ed altri: Norme per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti (423); NARDINI e SCHMID: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (1025); SICA ed altri: Nuove norme per la prevenzione dell'alcolismo e per il recupero degli alcoldipendenti (1926); RUZZANTE: Norme per la limitazione della pubblicità e del commercio delle bevande alcoliche (2835); ERRIGO: Disposizioni in materia di limitazioni alla pubblicità ed al commercio delle bevande alcoliche (3535); TRANTINO: Disposizioni in materia di limitazioni alla pubblicità ed al commercio delle bevande alcoliche (3542); ALBORGHETTI ed altri: Disposizioni in materia di limitazioni alla pubblicità ed al commercio delle bevande alcooliche (3608) Relatore (20-9-2000 pag. 3).

BOLOGNESI ed altri: Norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7386); CE': Disposizioni per la semplificazione della normativa relativa all'impiego di medicinali contenenti sostanze di stupefacenti nella terapia del dolore (7398) (9-11-2000 pom. pagg. 5, 8 – 29-11-2000 pagg. 9, 10, 19, 20, 21, 27 – 6-12-2000 pagg. 13, 14, 15, 17, 21 – 13-12-2000 pagg. 6, 11, 12 – 14-12-2000 pagg. 7, 21, 24, 25, 26, 31, 33 – 21-12-2000 pag. 7).

SCALIA ed altri: Norme concernenti la cremazione delle salme (307); SODA e BRACCO: Norme in materia di cremazione delle salme (585); NEGRI LUIGI ed altri: Nuove norme concernenti la cremazione delle salme (1666); BIELLI: Norme in materia di cremazione delle salme (2387); BIELLI ed altri: Norme in materia di cremazione e dispersione delle ceneri (5793); ALTEA: Norme in materia di cremazione dei defunti

(6055); CACCAVARI ed altri: Disposizioni in materia di cremazione e di dispersione delle ceneri (6156); SCALTRITTI ed altri: Disposizioni in materia di cremazione dei cadaveri (6609) Relatore (21-2-2001 pagg. 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11).

Attività non legislativa in Assemblea

Interventi sui lavori

Richiesta al Governo di fornire notizie in merito al terremoto che ha colpito l'Emilia Romagna e altresì' in merito alle calamità naturali che hanno investito Cuneo, Crotone, la Calabria ed il Piemonte (15-10-1996 pom. pag. 4228).

Sindacato ispettivo

nn. 1-00070 (Buttiglione), 1-00112 (Comino), 1-00115 (Fioroni), 1-00116 (Giannotti); concernenti le tossicodipendenze (11-3-1997 pag. 13725).

n. 3-01902 (Caccavari); concernente terapia iperbarica (12-1-1999 pag. 10).

n. 3-04400 (Copercini), 3-04925 (Copercini), 3-05112 (Copercini), 3-05089 (Caccavari) e 3-05104 (Galletti); concernenti la regolarita' delle operazioni di raccolta delle firme per i referendum del settembre 1999 nella regione Emilia-Romagna (29-2-2000 pag. 4).

n. 3-06779 (Caccavari); concernente sicurezza degli alimenti di origine bovina (17-1-2001 pagg. 66, 67).

Attività non legislativa in Commissione

Interventi in indagini e udienze conoscitive

XII Commissione (AFFARI SOCIALI)

Audizione del Ministro per le pari opportunità, on. Anna Finocchiaro Fidelbo, sulle linee programmatiche del Governo nel settore di competenza (25-6-1996 pag. 59).

Audizione del Ministro per la solidarietà sociale, on. Livia Turco, sulle linee programmatiche del Governo nel settore di competenza (2-7-1996 pag. 108).

Audizione del Ministro della sanita', on. Rosy Bindi, sulle linee programmatiche del Governo nel settore di competenza (4-7-1996 pag. 134).

Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici (audizione del dottor Raffaele D'Ari, direttore del dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale e del dottor Nicola Falcitelli, direttore del dipartimento per la programmazione sanitaria del Ministero della sanità) (25-9-1996 pag. 17).

Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici. (Audizione dei rappresentanti di Psichiatria democratica, dottor Emilio Lupo, dottor Rocco Canosa e dottoressa Giuseppina Gabriele, della Società italiana di psichiatria, professor Francesco Caserta, professor Pier Maria Furlan e dottor Fausto Rossano, della Società italiana di

riabilitazione psicosociale, professor Ferdinando Pariante e dottor Ferdinando De Marco) (22-10-1996 pagg. 95, 101).

Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici (audizione dei rappresentanti delle associazioni di volontariato: Massimo Cozza, Giovanna Pugliese, Serena Citrolo, Domenico Porcelli, Rodolfo Giorgetti, Roberto Cestari e Carlo Volpi) (23-10-1996 pag. 131).

Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici (audizione dei rappresentanti delle Regioni: Donato Grieco, Rosanna MUscolo, Rosa Tucci, Alberto Andreotti, Pierangelo Dalla Vedova, Adriana Menichetti, Andrea Pennino) (10-12-1996 pag. 191).

Indagine conoscitiva sugli ospedali psichiatrici (audizione dei rappresentanti delle Regioni: Angela Mengano, Giovanna Aimone, Anna Banchero, Roberto Vicheri, Romano Percopo, Vincenzo Dal Colle, Emma Marinelli, Filippo Palumbo, Gabriele Rotondi e Rita Fornaro) (11-12-1996 pag. 224).

Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici (audizione del ministro della sanita', Rosy Bindi) (17-12-1996 pagg. 249, 251, 252).

Audizione del ministro per la solidarietà sociale, Livia Turco, sulla predisposizione del primo piano nazionale d'azione per l'infanzia (15-1-1997 pag. 204).

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 5 giugno 1990, n. 135 (AIDS) (audizione del dott. Nicola Falcitelli del ministero della sanità e della dott.ssa Donatella Manno del CIPE) (16-1-1997 pag. 7).

Audizione del dott. Guido Bolaffi, direttore generale-capo del dipartimento Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri e del dott. Giancarlo Lobianco, direttore generale-coordinatore ufficio IV dipartimento Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri; sui criteri di finanziamento dei progetti di prevenzione e cura dalle tossicodipendenze (4-2-1997 pag 215).

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 5 giugno 1990, n. 135 (AIDS) (audizione del dott. Nicola Falcitelli del ministero della sanità e della dott.ssa Antonella Manno del CIPE) (6-2-1997 pagg. 41, 43).

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 5 giugno 1990, n. 135 – AIDS - (audizione di: Aurelia Sargentini, Giovanni Rezza, Paola Verani e Stefano Vella; rappresentanti del progetto di ricerca dell'Istituto superiore di sanità - Ministero della sanità sull'AIDS) (11-2-1997 pagg. 59, 61, 68).

Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici – Discussione del documento conclusivo (16-7-1997 pagg. 269, 273).

Indagine conoscitiva sulla sperimentazione della terapia Di Bella (audizione del prof. Di Bella e del sig. Ivano Camponeschi, rappresentante dell'Associazione italiana assistenza malati neoplastici - AIAN (14-1-1998 pag. 27).

Indagine conoscitiva sulla sperimentazione della terapia Di Bella (audizione dei rappresentanti della Commissione oncologica nazionale e della Commissione unica del farmaco - CUF: dott. Fabrizio Oleari, dott. Vittorio Silano, prof. Dino Amadori, prof. Leonardo Santi, prof. Lorenzo Tomatis, prof. Paolo Preziosi, prof. Luigi Pagliaro) (15-1-1998 pagg. 48, 69).

Audizione del ministro della solidarietà sociale Livia Turco sulle mozioni Buttiglione ed altri 1-00070, Comino ed altri 1-00112 e Fioroni ed altri 1-00115, in materia di tossicodipendenza (17-3-1998 pag. 261).

Indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della prostituzione (audizione del ministro per le pari opportunità, Anna Finocchiaro) (23-7-1998 pag. 27).

Indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della prostituzione (audizione dei rappresentanti delle Associazioni ARCI, PARSEC e CARITAS: Francesco Carchedi, Giuseppe Gulia, Salvatore Striano, Don Vittorio Nozza, Massimo Gidoni,Sonia Berettini) (10-9-1998 pag. 52).

Audizione dei rappresentanti della Commissione tecnica per la spesa pubblica: Alessandro Petretto, presidente e Giuseppe Catalano, componente (23-9-1998 pag. 13).

Indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della prostituzione (audizione dei rappresentanti del tavolo di coordinamento nazionale sulla prostituzione e sulla tratta, nonché dei rappresentanti dell'associazione Papa Giovanni XXIII: Vincenzo Castelli, don Oreste Benzi, don Andrea Gallo, Elsa Antonioni, Marcella Di Folco, Cinzia Ioppi, Gianfranco Migliorini, Marco Bufo) (13-1-1999 pag. 97).

Indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della prostituzione. Esame del documento conclusivo (28-7-1999 pag. 5).

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge n. 45 del 1999 sulla tossicodipendenza. Audizione dei rappresentanti della Federsert: Carlo Valenzi, presidente della Federsert, Norberto Pentiricci, rappresentante della Federsert-Umbria, Bernardi Stefano Grande, rappresentante della Federsert-Calabria (27-10-1999 pag. 7).

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge n.45 del 1999 sulla tossicodipendenza. Audizione dei rappresentanti delle Regioni: Franco Pierdomenico, regione Abruzzo, Anna Testa, regione Liguria, Nicola Scola, regione Marche, Gianluca Borghi, assessore alle politiche sociali Emilia-Romagna, Maria Teresa Revello, regione Piemonte, Anton Giulio Delleva, provincia autonoma di Bolzano, Lorenzo Randazzo, regione Veneto (12-1-2000 pag. 17).

Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge n. 45 del 1999 sulla tossicodipendenza. Audizione dei rappresentanti delle regioni: Giuseppe Astore, assessore alla sanità della regione Molise, Gelsomina Fiore, regione Basilicata, Laura Castegnato, regione Trento, Lucia Musti, regione Campania, Antonella Lavalle, regione Molise, Maria Pia Cabras, regione Toscana, Maria Pia Vignola, regione Calabria, Caterina Maiochetti, regione Umbria e Girolamo Cutrone, regione Sicilia (18-1-2000 pag. 19).

Indagine conoscitiva sulla sicurezza alimentare. Audizione di: Enrica Giorgetti, responsabile del Servizio rapporti con le istituzioni legislative nazionali dell'Unione europea di federchmica, di Gianluca Fusco, presidente di Agrofarma e Leonardo Vingiani direttore di Assobiotec e di AISA (30-5-2000 pag. 14).

Audizione del Ministro della sanità Umberto Veronesi, sulle linee programmatiche del Governo in materia sanitaria (6-6-2000 pag. 6).

Indagine conoscitiva sulla sicurezza alimentare. Audizione di rappresentanti del CNR - progetto finalizzato biotecnologie e biostrumentazione, del Centro biotecnologie avanzate, dei professori Tamino, Buiatti e Sorlini: Giuseppe Rotilio, componente Consiglio direttivo del CNR Federico Cozzolino, coordinatore di un sottoprogetto del progetto finalizzato biotecnologie e biostrumentazione del CNR, Arturo Falaschi,

componente del consiglio direttivo del CNR, Leonardo Santi, presidente del Centro biotecnologie avanzate di Genova, Gianni Tamino, del dipartimento di biologia dell'università di Padova e Marcello Buiatti, del dipartimento biologia animale dell'università di Firenze (13-6-2000 pag. 20).

Indagine conoscitiva sulla sicurezza alimentare. Audizione del ministro per le politiche agricole e forestali on. Alfonso Pecoraro Scanio (27-6-2000 pag. 10).

COMMISSIONI RIUNITE

I Commissione (GIUSTIZIA) e XII Commissione (Affari sociali)

Audizione del Ministro di grazia e giustizia, on. Oliviero Diliberto, e del ministro della sanità, on. Rosy Bindy, sulla riforma della medicina penitenziaria (15-6-1999 pag. 10).

Torna all'indice

PROGETTI DI LEGGE PRESENTATI

CAMERA DEI DEPUTATI N. 423

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, GIANNOTTI, BATTAGLIA, GIACCO, NARDINI, LUMIA, BOVA

Norme per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il reinserimento sociale degli alcoldipendenti

Presentata il 9 maggio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Esiste ormai da molto tempo un ampio accordo in sede medica e scientifica sui danni rilevanti provocati alla salute umana dall'abuso di alcool.

Il nostro Paese, nel quale in generale sono assai carenti gli interventi di prevenzione a tutela della salute e soprattutto le politiche di informazione tendenti a tale scopo, ha affrontato fino ad oggi il problema in modo assai parziale. Non vi è dubbio, invece, che esso rappresenti un preminente problema di salute pubblica.

I dati recenti ci dicono, d'altra parte, che liquori e altre bevande alcoliche rappresentano una buona parte degli oggetti della pubblicità (per una spesa complessiva di circa 500 miliardi di lire nel 1990), che ogni giorno ci assale in modo diretto e indiretto.

La bottiglia diventa il passaporto dell'omologazione. Ridere della pubblicità televisiva o trasmessa con altri mezzi è un esercizio tragico: vuol dire prendere in giro la solitudine di chi non si sente « come gli altri » e ha bisogno di un incentivo per adeguarsi alle abitudini di tutti.

Come mai per l'AIDS e la droga il dibattito è in primo piano su ogni rete televisiva, sui quotidiani e settimanali,

mentre il contributo sulla strage per alcolismo è soltanto l'esaltazione dello *spot*? Eppure le stime parlano di trentamila morti l'anno soltanto nel nostro Paese, e l'alcool è all'origine di almeno trenta incidenti stradali su cento. Il suo abuso provoca gravi malattie, spesso mortali, come tumori, cirrosi epatica, pancreatiti. Si calcola in cinque milioni il numero degli italiani che bevono troppo.

Ogni tanto, il problema torna agli onori delle cronache. È il caso recente della « morte dopo la discoteca » che ha sensibilizzato l'opinione pubblica sul fatto che l'alcolismo è in aumento tra i giovani. Cominciano a bere intorno ai 14-15 anni, con grande preferenza per la birra, per poi passare ben presto ai superalcolici, saltando la fase intermedia del vino, che non incontra il loro favore.

Abbiamo bisogno quindi di interventi che tengano conto dei comportamenti dei consumatori, delle abitudini culturali, del grado di informazione e di consapevolezza dei cittadini.

Da questo punto di vista va segnalato che i più ampi risultati nella lotta agli abusi di alcool si stanno ottenendo laddove non solo si mette in atto un'equilibrata politica di divieto, ma soprattutto si è riusciti ad invertire un *trend* culturale, che collegava l'abitudine all'abuso di alcool a comportamenti ritenuti emancipati, socialmente apprezzati o, più semplicemente, alla moda. E da questo punto di vista decisiva è stata l'azione informativa e la positiva pressione sociale svolta non solo dalle autorità pubbliche, ma da singoli cittadini e soprattutto da associazioni ed enti volontari.

Occorre difatti aver presente che il grado di maturità raggiunto dalla nostra società rende necessarie politiche certe, severe e decise ma anche credibili.

La presente proposta di legge punta quindi, in accordo con queste premesse, a rivedere l'attuale disciplina pubblicitaria e ad avviare un'ampia campagna informativa e preventiva nei confronti della popolazione.

Nella pubblicità non compare mai l'indicazione della gradazione alcolica del vino o del liquore propagandato ed anche sulle etichette delle bottiglie si fa spesso fatica a ritrovare l'indicazione del contenuto di alcool, scritta in un angolo ed a caratteri microscopici. Non vi è dubbio che la pubblicità sia efficace. In un recente studio è stabilito che le nazioni dove i messaggi pubblicitari in tale settore sono vietati hanno un consumo *pro capite* del 16 per cento (superalcolici) e dell'11 per cento (vino e birra) inferiori ai Paesi dove invece sono permessi.

I dati disponibili parlano in termini molto chiari. Ad esempio nei Paesi (Norvegia, Finlandia e Danimarca) in cui è proibito ogni tipo di pubblicità, la mortalità annua per cirrosi epatica è molto più bassa rispetto ai Paesi (Canada, Irlanda, Austria, Inghilterra, Stati Uniti, Francia e Spagna) dove è vietata solo quella per i superalcolici. Il gruppo comprendente i Paesi che non hanno adottato misure restrittive sugli *spot* pubblicitari dei prodotti alcolici (Portogallo, Australia, Belgio, Italia, Lussemburgo, Olanda) ha il maggior numero di morti per cirrosi epatica. Risultati analoghi possono essere riportati per quanto riguarda un'altra conseguenza negativa dell'abuso di alcool: il numero di incidenti stradali. Anche a questo proposito è insufficiente l'azione delle autorità sanitarie.

Va anche ricordato che circa il 6 per cento di tutti i tumori è imputabile all'alcool e che esiste un potenziamento fra alcool e fumo di sigaretta per quanto riguarda la carcinogenesi: i tumori del fegato, dell'esofago e del cavo orale sono infatti più frequenti fra i bevitori.

Infine, non si può sottacere che il fenomeno dell'alcolismo causa danno non soltanto alle persone interessate, ma è fonte di gravi problemi per le loro famiglie e per la società. I dati allarmanti sono sufficienti per chiederci come mai un problema di salute così importante non trovi adeguate reazioni da parte degli organismi sanitari e sociali.

PROPOSTA DI LEGGE

—

CAPO I

COMPETENZE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

ART. 1.

(Attuazione di risoluzioni del Parlamento europeo – Definizioni).

1. La presente legge reca norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcoldipendenti, ai sensi della risoluzione del Parlamento europeo del 12 marzo 1982 sui problemi dell'alcolismo nei Paesi della Unione europea, nonché nella risoluzione adottata dal Consiglio dei ministri della CEE del 29 maggio 1986, concernente l'abuso di alcol.

2. Ai fini della presente legge si intende per bevanda alcolica ogni prodotto contenente alcol alimentare.

ART. 2.

(Competenze del Ministro della sanità).

1. Le attività riguardanti la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati o delle condizioni patologiche correlati all'abuso di bevande alcoliche sono soggette alle direttive, all'indirizzo, ed al coordinamento del Ministero della sanità, secondo i princìpi e gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, istituito ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni

2. Il Ministro della sanità determina con propri decreti, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da emanare entro sessanta

giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge:

a) gli indirizzi per le attività di prevenzione, cura e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie correlate all'abuso di bevande alcoliche, da realizzare attraverso la collaborazione dei medici di base, dei consultori, dei servizi per la tossicodipendenza territorialmente competenti, e dei servizi alcologici previsti all'articolo 9 della presente legge;

b) le caratteristiche strutturali ed organizzative, anche relative alle piante organiche, dei servizi alcologici previsti dalla presente legge. In particolare tale decreto disciplina le funzioni, le modalità operative, l'articolazione, e la sede delle *equipes* per l'alcoldipendenza di cui all'articolo 10 nonché delle sezioni sperimentali protette di lungodegenza riabilitativa alcologica di cui all'articolo 12;

c) gli indirizzi per la raccolta da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, che possono provvedere tramite le unità sanitarie locali, dei dati statistico-epidemiologici concernenti la dipendenza da bevande alcoliche, all'interno di un sistema informativo alcologico appositamente istituito. Con lo stesso decreto sono altresì definiti il modello della cartella clinica alcologica unica a livello nazionale per la registrazione delle attività dei servizi alcologici di cui all'articolo 9 ed il modello del questionario di cui si avvalgono i medesimi servizi per l'inoltro della relazione annuale prevista allo stesso articolo 9;

d) le patologie correlate all'abuso di bevande alcoliche per le quali i soggetti alcoldipendenti in trattamento di disassuefazione sono esonerati dalla partecipazione alla spesa sanitaria, modificando contestualmente il proprio decreto del 1° febbraio 1991, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 7 febbraio 1991;

e) gli indirizzi, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con problemi e patologie correlati all'abuso di bevande alcoliche, detenuti in

carcere o sottoposti a misure di custodia cautelare;

f) gli indirizzi, di concerto con il Ministro della difesa, per la informazione finalizzata a prevenire i danni da abuso di bevande alcoliche nell'ambito delle scuole militari e delle caserme.

ART. 3.

(Modificazioni agli ordinamenti didattici universitari).

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie ovvero a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia sono modificati allo scopo di assicurare l'insegnamento dell'alcologia.

ART. 4.

(Competenze del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale).

1. Il Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale emana indirizzi alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, affinché nei rispettivi piani socio-assistenziali siano definiti specifici interventi riguardanti il pronto intervento, l'allestimento di dormitori, le comunità alloggio ed ergoterapiche e l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti alcoldipendenti.

2. Per la realizzazione degli interventi di cui al comma 1, le regioni e gli enti locali, per le rispettive competenze, promuovono l'attività delle associazioni di volontariato e dei gruppi di auto e di mutuo aiuto.

ART. 5.

(Disposizioni relative alle autoscuole).

1. Il Ministro dei trasporti e della navigazione con propri decreti, emanati ai sensi dell'articolo 123, comma 10, del

decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, provvede alla integrazione dei programmi di esame per l'accertamento della idoneità tecnica degli insegnanti e degli istruttori delle autoscuole nonché dei programmi di esame per il conseguimento della patente di guida al fine di assicurare un'adeguata informazione sui rischi dall'assunzione di bevande alcoliche prima della guida.

ART. 6.

(Disposizioni sulla etichettatura di prodotti).

1. I produttori di bevande alcoliche, gli importatori ed i distributori delle stesse provvedono a stampare sulle etichette dei rispettivi prodotti informazioni relative ai danni alla salute derivanti dall'abuso degli stessi secondo le modalità indicate con decreto del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, sentito il Ministro della sanità, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera *g)* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 540, la etichettatura dei medicinali per uso umano deve contenere la indicazione della eventuale controindicazione all'assunzione contemporanea di bevande alcoliche e del medicinale stesso, nonché l'eventuale pericolosità per la guida derivante dalla assunzione del medesimo medicinale.

ART. 7.

(Modifiche al codice della strada).

1. Al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, all'articolo 119, comma 8, lettera *c)*, dopo il secondo periodo è inserito il seguente: « Qualora vengano sottoposti a visita aspiranti conducenti affetti da patologie correlate all'abuso di alcol, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico specialista dei servizi alcologici ».

Capo II

COMPETENZE DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Art. 8.

(Attribuzioni delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai fini della presente legge, programmano e coordinano gli interventi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei soggetti alcoldipendenti e affetti da patologie correlate all'abuso di bevande alcoliche; incentivano la ricerca, la formazione e l'aggiornamento degli operatori del settore; istituiscono, nel rispetto degli indirizzi definiti con il decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *c*), un sistema informativo di raccolta dei dati statistico-epidemiologici sull'andamento del fenomeno dell'abuso di bevande alcoliche nel proprio ambito territoriale.

Capo III

INTERVENTI

Art. 9.

(Servizi alcologici).

1. Le regioni individuano, ai sensi del decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b)*, i servizi alcologici. I servizi alcologici sono costituiti da:

a) una *equipe* per l'alcoldipendenza, per la cura e la riabilitazione ambulatoriale, costituita ai sensi dell'articolo 10;

b) divisioni ospedaliere con disponibilità di posti-letto per il trattamento in

fase acuta di alcolismo, dotate anche di ambulatorio e *day-hospital* alcologico divisionale per patologie correlate, secondo quanto previsto dall'articolo 11;

c) sezioni sperimentali residenziali protette di lungodegenza riabilitativa per pazienti selezionati provenienti dalle divisioni ospedaliere.

2. I servizi alcologici esercitano le funzioni definite dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *a)* e *c)*.

3. I servizi alcologici nell'esercizio delle proprie funzioni si avvalgono dell'attività delle associazioni di volontariato e dei gruppi di auto e di mutuo aiuto.

ART. 10.

(Equipe per l'alcoldipendenza).

1. Le regioni istituiscono, ai sensi del decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *b)*, la *equipe* per l'alcoldipendenza in corrispondenza di un bacino di utenza di almeno un milione di abitanti o di un'azienda ospedaliera o di un presidio ospedaliero multizonale o di un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Le regioni possono, tuttavia, provvedere all'istituzione di *equipe* per l'alcoldipendenza in corrispondenza di un bacino di utenza diverso da quello indicato dal presente articolo, sulla base di particolari caratteristiche del territorio, delle caratteristiche della popolazione residente, delle risorse disponibili, nonché della incidenza dei problemi correlati all'abuso di bevande alcoliche.

ART. 11.

(Intervento ospedaliero).

1. Il trattamento in fase acuta del soggetto con problemi di alcolismo e patologie correlate è svolto presso le divisioni o le cliniche ospedaliere, universitarie e convenzionate. I soggetti che non presentano

gravi malattie internistiche o psichiche e che non hanno presentato gravi fenomeni astinenziali in passato possono essere trattati in regime non degenziale.

2. Per le finalità del presente articolo le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a:

a) individuare le divisioni ospedaliere con disponibilità di posti-letto adeguate a garantire l'attività dell'*equipe* per l'alcoldipendenza;

b) garantire il raccordo tra l'*equipe* per l'alcoldipendenza e la divisione ospedaliera ove essa è insediata, al fine di redigere un quadro globale medico-psico-sociale del paziente e della sua famiglia, nonché un programma di intervento riabilitativo individuale, di coppia e di gruppo;

c) adottare la cartella clinica alcologica ed il questionario di cui all'articolo 2, comma 2, lettera *c)*, quali strumenti per registrare l'andamento dell'attività e riferire al Ministro della sanità, al fine di confrontare i rispettivi interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, e definire le modalità ed i criteri generali per una politica nazionale di intervento nel settore.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono al Ministro della sanità annualmente, entro il 30 giugno, una relazione sugli interventi realizzati ai sensi della presente legge.

ART. 12.

(Sezioni protette residenziali di lungodegenza riabilitativa alcologica).

1. I pazienti affetti da alcolismo e patologie correlate che, superata la fase acuta, non sono in grado di seguire un programma di riabilitazione ambulatoriale o diurno, sono accolti nelle sezioni protette residenziali di lungodegenza riabilitativa alcologica per la fase post-acuta. Tali sezioni non sono dotate di un servizio di accettazione autonomo ed i pazienti sono

selezionati tra quelli ricoverati presso le divisioni ospedaliere.

2. Nella sezione di cui al presente articolo sono ricoverati prioritariamente pazienti con gravi malattie internistiche o psichiatriche in fase post-acuta, che non possono essere immediatamente trattati dalle *equipe* per l'alcoldipendenza ambulatorialmente od in *day-hospital*, già ricoverati presso le divisioni ospedaliere ubicate nel territorio regionale.

CAPO IV

RELAZIONE AL PARLAMENTO

ART. 13.

(Relazione al Parlamento)

1. Il Ministro della sanità trasmette annualmente al Parlamento, in allegato alla tabella del bilancio di previsione del Ministero della sanità, una relazione sugli interventi realizzati ai sensi delle disposizioni della presente legge, predisposta sulla base delle informazioni trasmesse dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano secondo quanto previsto dall'articolo 11, comma 3.

CAPO V

DISPOSIZIONI SULLA PUBBLICITÀ DELLE BEVANDE ALCOLICHE

ART. 14.

(Disposizioni in materia di pubblicità)

1. La pubblicità delle bevande alcoliche non deve:

a) rivolgersi espressamente a minorenni, né, in particolare, presentare minorenni intenti a consumare tali bevande;

b) collegare il consumo di alcolici con prestazioni fisiche di particolare rilievo o con la guida di autoveicoli;

c) creare l'impressione che il consumo di alcolici contribuisca al successo sessuale o sociale;

d) indurre a credere che le bevande alcoliche possiedano qualità terapeutiche stimolanti o calmanti, o che contribuiscano a risolvere situazioni di conflitto psicologico;

e) incoraggiare un uso eccessivo di bevande alcoliche o presentare in modo negativo l'astinenza o la sobrietà;

f) usare l'indicazione del rilevante grado alcolico come qualità positiva delle bevande.

ART. 15.

(Fondo per la prevenzione e la limitazione dei danni da uso problematico di bevande alcoliche)

1. A decorrere dal 1° gennaio 1997 è istituito nello stato di previsione della Presidenza del consiglio dei ministri-Dipartimento Affari sociali il fondo per la prevenzione e la limitazione dei danni determinati da un uso problematico delle bevande alcoliche. La dotazione del fondo è determinata annualmente con la legge finanziaria.

2. Dal 1° gennaio 1997 i produttori ed i rivenditori di bevande alcoliche sono tenuti a versare l'equivalente del 20 per cento dei costi della pubblicità svolta in favore delle medesime bevande al fondo di cui al comma 1.

3. Le quote del fondo di cui al comma 1 sono ripartite con vincolo di destinazione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto della popolazione e degli indici di consumo di prodotti alcolici.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 424

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, GIANNOTTI, BATTAGLIA, DEBIASIO CALIMANI, INNOCENTI, MIGLIAVACCA, VOZZA, CAMPATELLI, SIGNORINO, BOVA, BRUNALE, VANNONI, SETTIMI, BIELLI, RAVA, PENNA, DAMERI

Norme per il riordino del settore termale

Presentata il 9 maggio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La conclusione anticipata della precedente legislatura non ha consentito di portare a termine l'*iter* della presente proposta di legge e delle altre collegate nonostante che la lunga e approfondita discussione svolta presso le Commissioni X e XII avesse prodotto la stesura di un testo unificato da parte dei relatori.

Su tale testo erano convergenti i pareri favorevoli delle forze politiche componenti la Commissione, che aveva ripetutamente consultato esperti ed amministratori interessati con la finalità di dare la più ampia attualità alla proposta stessa.

Va ricordato che detta proposta di legge era stata, in precedenti legislature, assegnata in sede legislativa; una prima volta era stata ritirata per l'intervento del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, che intendeva alienare le terme ex EAGAT nell'ambito della liquidazione dell'EFIM. La seconda assegnazione non è andata a buon fine per la conclusione della legislatura, come già ricordato.

Diventano sempre più validi i motivi per portare a termine l'*iter* legislativo della presente proposta di legge in quanto si aggravano le condizioni socio-economiche delle realtà territoriali interessate le quali vengono colpite non solo dal calo dei curandi ma anche dalla riduzione delle attività indotte e collegate al termalismo.

PROPOSTA DI LEGGE

—

CAPO I

RUOLO DELLE CURE TERMALI

ART. 1.

(Definizioni).

1. Ai fini della presente legge si intende:

a) per « cure termali », le cure aventi riconosciuta efficacia terapeutica per la tutela globale della salute nelle fasi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione, rese negli stabilimenti di cui all'articolo 14 del regolamento emanato con regio-decreto 28 settembre 1919, n. 1924;

b) per « patologie », le patologie o gli stati patologici che possono essere prevenuti o curati con le cure termali fornite o praticate in ambiente termale;

c) per « ambiente termale » o « stabilimento termale », i luoghi di cura di cui agli articoli 194, 199 e 200 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché le cliniche, i reparti degli alberghi attrezzati e riconosciuti per l'erogazione delle cure termali, i reparti e le strutture di acquaticità annessi ai medesimi stabilimenti termali, quali piscine con acqua termale, percorsi d'acqua e simili;

d) per « terme » o per « aziende termali » o semplicemente per « aziende », le aziende, o loro rami, come definite dall'articolo 2555 del codice civile, appartenenti a società, enti od imprenditori individuali, purché siano costituite, tra l'altro, da uno o più stabilimenti termali;

e) per « società termali », le seguenti società già inquadrate nel soppresso Ente autonomo di gestione per le aziende termali (EAGAT), costituito con decreto del Presidente della Repubblica 7 maggio 1958, n. 576, e precisamente: Terme di Salsomaggiore, Spa, Terme di Montecatini Spa, Terme di Castrocaro Spa, Terme di Casciana Spa, Terme di Chianciano Spa, Terme di Acqui Spa, Terme di Salice Spa, Terme di Merano Spa, Terme di Recoaro Spa, SINT e Terme Stabiane Spa, Terme di Santa Cesarea Spa, Terme di Agnano Spa, Terme Sibarite Spa;

f) per « curandi », le persone cui sono dirette le cure termali.

ART. 2.

(Finalità delle cure termali).

1. Le cure termali, per la loro riconosciuta efficacia terapeutica e per la loro duttilità di impiego che le rende idonee ad esplicare incisiva azione per la tutela globale della salute nelle fasi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione, sono ascritte, come prestazioni autonome o complementari di altri mezzi di cura, tra gli strumenti ordinari a disposizione della sanità pubblica per il mantenimento e il ripristino dello stato di benessere psicofisico dei cittadini.

ART. 3.

(Erogazione delle cure termali).

1. Le cure termali sono erogate solo da parte degli stabilimenti termali definiti dall'articolo 14, primo comma, lettera *a)*, del regolamento di cui al regio decreto 28 settembre 1919, n. 1924, in regola con l'atto di concessione mineraria o di subconcessione o altro titolo giuridicamente valido, per lo sfruttamento delle acque minerali utilizzate, con l'atto di riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali utilizzate, ai sensi dell'articolo 6, primo comma, lettera *t)*, della

legge 23 dicembre 1978, n. 833, e in possesso di autorizzazione all'apertura e all'esercizio rilasciata ai sensi dell'articolo 43 della citata legge n. 833 del 1978.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, detta con decreto i principi ispiratori ed i criteri di omogeneizzazione e coordinamento del regime erogativo dei cicli di cura termale.

3. L'erogazione delle cure termali agli utenti del Servizio sanitario nazionale è assicurata ai sensi della normativa vigente.

ART. 4.

(Attività di ricerca scientifica, di rilevazione statistico-epidemiologica e di educazione sanitaria).

1. Ai fini di cui alla presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono alla realizzazione, senza oneri a carico dello Stato, attraverso rapporti di collaborazione con le aziende termali, di mirati programmi di rilevazione statistico-epidemiologica, di educazione sanitaria e di ricerca scientifica, anche con obiettivi di interesse sanitario generale.

2. I programmi ed i risultati delle ricerche di cui al comma 1, sono oggetto di diffusione a cura e per il tramite della commissione di cui all'articolo 12.

ART. 5.

(Leggi regionali).

1. La qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali, ai fini del più efficace svolgimento delle funzioni ad essi attribuite dalla presente legge e l'integrazione con altre strutture della sanità pubblica, è promossa con legge regionale, tenendo conto delle esigenze di carattere epidemiologico ed organizzativo degli stabilimenti interessati.

ART. 6.

(Conferma dei regimi speciali INPS e INAIL).

1. Per i fini, rispettivamente, della prevenzione secondaria e terziaria degli stati di invalidità pensionabile nell'ambito delle affezioni artroreumatiche e broncoasmatiche e del trattamento terapeutico o riabilitativo delle situazioni cliniche indotte da infortunio sul lavoro o da malattia professionale, in favore dei lavoratori avviati alle cure dall'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) che ne hanno titolo secondo le norme vigenti, resta confermato lo speciale regime costituito da cicli di cura termale specificamente strutturati ed integrati che sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale con oneri a carico del Fondo sanitario nazionale e dalle prestazioni economiche accessorie che sono direttamente erogate dai predetti enti con oneri a carico delle rispettive gestioni previdenziali.

2. Le prestazioni sono erogate secondo le condizioni e con le modalità vigenti presso l'INPS e l'INAIL a mezzo delle convenzioni e, relativamente agli assicurati all'INPS, prioritariamente presso gli stabilimenti termali di cui all'articolo 15 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

3. Tutte le operazioni e gli atti necessari all'ammissione alle prestazioni idrotermali di cui al presente articolo sono demandati all'INPS e all'INAIL che li effettuano tramite i propri organi periferici i quali, prima dell'avvio dei curandi presso la località termale di destinazione, devono darne formale comunicazione, contenente una sintesi diagnostica dei singoli casi, all'unità sanitaria locale di residenza dei curandi e all'unità sanitaria locale convenzionata.

4. La sintesi diagnostica di cui al comma 3 deve essere integrata, nei casi di concessione da parte dell'INAIL delle prestazioni idrotermali a dipendenti al di fuori delle ferie annuali, dalla motivata prescrizione di cui all'articolo 9.

ART. 7.

(Non cumulabilità delle prestazioni INPS con quelle di regime comune).

1. Chiunque abbia fruito di un ciclo di cure secondo regime INPS non può nello stesso anno fruire anche di un altro ciclo di cure secondo il regime comune, e viceversa.

ART. 8.

(Erogabilità dei cicli di cura della riabilitazione motoria e neuromotoria, della rieducazione funzionale del motuleso e della riabilitazione alla funzione respiratoria).

1. Agli utenti del Servizio sanitario nazionale, oltreché i cicli di cura termale già erogati in regime convenzionale sono erogabili i cicli di cura termale della riabilitazione motoria e neuromotoria, della rieducazione funzionale del motuleso e della riabilitazione della funzione respiratoria utili per le patologie identificate dal Ministro della sanità ai sensi del comma 4 dell'articolo 16 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

ART. 9.

(Cure termali concesse ai lavoratori dipendenti al di fuori dei congedi ordinari e delle ferie annuali).

1. Ai lavoratori dipendenti pubblici e privati, con esclusione di quelli avviati alle cure dall'INPS ai sensi dell'articolo 6, le prestazioni idrotermali possono essere eccezionalmente concesse, al di fuori delle ferie annuali e dei congedi ordinari, esclusivamente nei cicli di cura della riabilitazione termale di cui all'articolo 8 e nei casi in cui l'immediata esecuzione del trattamento termale, anche in associazione con altri mezzi di cura, sia risolutiva per la terapia delle patologie che possono trovare reale beneficio dalle cure termali e che

sono identificate con decreto del Ministro della sanità.

2. Nelle fattispecie di cui al comma 1, le prestazioni idrotermali possono essere autorizzate dalla unità sanitaria locale di residenza del curando solo su motivata prescrizione di un medico specialista, ovvero, limitatamente ai lavoratori avviati alle cure dall'INAIL, su motivata prescrizione dei medici di tale Istituto; la motivata prescrizione deve espressamente dare conto della sussistenza dei presupposti clinici di cui al comma 1 e deve essere sempre suffragata, salvo casi di conclamata evidenza clinica, da specifici accertamenti strumentali o di laboratorio.

3. Il periodo di fruizione delle prestazioni idrotermali autorizzate ai sensi e nei modi di cui ai commi 1 e 2 è assimilato a quelli di malattia anche agli effetti di cui all'articolo 2110 del codice civile a condizione che il lavoratore interessato, salve le specifiche procedure INAIL, presenti all'unità sanitaria locale del luogo di residenza la prescrizione del medico di fiducia entro cinque giorni dalla data di redazione della stessa ed inizi la cura termale entro il termine massimo di venti giorni dal rilascio della autorizzazione impegnativa da parte della unità sanitaria locale.

4. I lavoratori autorizzati a fruire delle prestazioni idrotermali ai sensi del presente articolo sono altresì tenuti, entro due giorni dal rilascio dell'autorizzazione impegnativa rilasciata dall'unità sanitaria locale, nonché della motivata prescrizione di cui al comma 2, a trasmettere copia al proprio datore di lavoro. I medesimi documenti sono trasmessi all'INPS dai lavoratori aventi diritto alla indennità economica. Il datore di lavoro e l'INPS possono chiedere, entro cinque giorni, al responsabile dell'unità sanitaria locale, che decide entro i successivi cinque giorni con provvedimento motivato, il controllo della motivata prescrizione del medico specialista e la verifica delle condizioni di cui al comma 2.

5. La mancata osservanza delle disposizioni di cui ai commi 3 e 4 comporta, salvo giustificato motivo, per il lavoratore

interessato la perdita dei benefici derivanti dallo specifico regime erogativo sul rapporto di lavoro e su quello previdenziale; i benefici medesimi non competono se la cura è effettuata presso uno stabilimento termale non convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

6. Per il controllo delle fattispecie erogative di cui al presente articolo si applicano le disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità emanato ai sensi dell'articolo 16, comma 4, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

7. I congedi straordinari, le aspettative per infermità, i permessi per malattia comunque denominati concessi per fruire delle prestazioni termali ai sensi del presente articolo non possono superare il periodo di quindici giorni l'anno anche per i soggetti di cui al terzo comma dell'articolo 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, salvo che per i cicli di cura della riabilitazione di cui all'articolo 8 della presente legge.

8. Tra il periodo di fruizione delle prestazioni termali ed i congedi ordinari o le ferie annuali deve intercorrere un intervallo di almeno quindici giorni.

9. L'articolo 3, comma 42, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 non si applica ai lavoratori dipendenti pubblici appartenenti alle categorie di cui al terzo comma dell'articolo 57 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, quando il trattamento termale afferisce alla patologia che è all'origine del particolare *status* dei soggetti interessati.

ART. 10.

(Valutazione dell'attività termale ai fini dei concorsi pubblici. Incompatibilità).

1. Ai fini della valutazione nei concorsi pubblici, il periodo di servizio effettivamente prestato dai medici presso aziende termali convenzionate, con rapporto di lavoro dipendente, è equiparato a quello prestato presso il Servizio sanitario nazionale.

ART. 11.

(Formazione professionale).

1. Le regioni, anche avvalendosi della collaborazione delle aziende termali, istituiscono corsi abilitanti per la formazione professionale del personale parasanitario addetto alla riabilitazione termale ed impiegato in atti ed operazioni connesse con iniziative di educazione sanitaria, di rilevazione epidemiologica e di ricerca scientifica.

2. Per le esigenze peculiari dei reparti cura annessi agli alberghi e dei reparti cura degli stabilimenti termali, le regioni istituiscono in collaborazione con gli istituti professionali alberghieri, corsi abilitanti per la professione di tecnico, addetto ai servizi di cure termali. Ai corsi, della durata di un anno, sono ammessi tutti i diplomati degli istituti alberghieri.

ART. 12.

(Commissione di monitoraggio e studio del termalismo).

1. Per il monitoraggio e lo studio del termalismo ai fini di una sua più proficua integrazione con gli altri interventi di tutela globale della salute, con decreto del Ministro della sanità è istituita entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, una commissione permanente composta:

a) dal Ministro della sanità o da un suo rappresentante, che esercita le funzioni di presidente;

b) da cinque rappresentanti designati rispettivamente dai Ministeri dall'università e della ricerca scientifica e tecnologica, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, dell'ambiente e dal Dipartimento per il turismo;

c) da otto rappresentanti designati dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo

Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

d) da due rappresentanti designati rispettivamente dall'INPS e dall'INAIL;

e) da tre rappresentanti designati dalle associazioni delle aziende termali più rappresentative sul piano nazionale.

2. La commissione di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:

a) avviare specifiche rilevazioni statistico-epidemiologiche ed economico-sociali, anche periodiche;

b) valutare il costo-beneficio dei cicli di cura termale erogati dal sistema termale;

c) valutare la congruità e le ulteriori possibilità del proficuo impiego delle cure termali;

d) definire eventuali collegamenti sistematici, anche per obiettivi mirati di interesse sanitario generale, tra la pubblica amministrazione della sanità e le aziende termali convenzionate per la realizzazione di programmi di ricerca scientifica e di educazione sanitaria;

e) formulare conseguenti proposte al Ministro della sanità anche ai fini dell'emanazione delle disposizioni di cui all'articolo 3 comma 2.

3. Tutte le amministrazioni pubbliche e le aziende termali convenzionate, sono tenute a fornire, su richiesta del Ministero della sanità, ogni notizia utile alla commissione per lo svolgimento dei propri compiti.

ART. 13.

(Talassoterapia).

1. La Commissione di cui all'articolo 12, comma 1, è incaricata di definire i fondamenti scientifici e gli aspetti giuridico-economici delle prestazioni erogate dagli stabilimenti talassoterapici ai fini di un loro eventuale inserimento nella gamma

delle prestazioni convenzionalmente erogabili dal Servizio sanitario nazionale; in attesa della conseguente disciplina della specifica materia, è prorogata la validità delle convenzioni in vigore.

ART. 14.

(Consorzio tra le aziende termali).

1. Il Dipartimento per il turismo promuove il termalismo italiano all'estero e il sostegno tecnico-organizzativo di iniziative necessarie alla competitività delle aziende termali italiane nell'ambito dell'Unione europea, favorendo la costituzione di consorzi tra le aziende termali che vogliano aderirvi.

2. Lo statuto del consorzio di cui al comma 1 è approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri e prevede la possibilità e le modalità di partecipazione degli organismi e delle associazioni pubbliche e private direttamente o indirettamente interessate allo sviluppo dell'economia termale e di quella indotta.

CAPO II

RIASSETTO DELLE SOCIETÀ A PARTECIPAZIONE STATALE

ART. 15.

(Destinazione delle società termali a partecipazione statale già inquadrate nell'EAGAT).

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, individua, tra le società termali a partecipazione statale già inquadrate nel soppresso Ente autonomo di gestione per le aziende termali (EAGAT), quelle che posseggono una caratterizzazione econo-

mica, sociale, occupazionale e territoriale inscindibile dalla città di ubicazione, tale che questa si possa configurare come città-impresa termale.

2. Il Ministro del tesoro, su proposta del Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, è autorizzato a disporre il trasferimento, a titolo gratuito, alla regione o provincia autonoma ed al comune nel cui territorio ciascuna società è ubicata, rispettivamente, del 51 per cento e del 49 per cento delle azioni possedute, in ciascuna delle società indicate al comma 1.

3. Per le società termali che non presentano le caratteristiche di cui al comma 2, il Ministro del tesoro, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, predispone un programma di cessione, articolato anche per le aziende, rami di attività e parti di esse. Nel caso che regioni, province autonome e comuni nel cui territorio siano ubicate le società termali deliberino, entro sessanta giorni dall'adozione del programma di cessione, l'acquisizione dell'intera partecipazione azionaria nelle stesse società, il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato dispone il trasferimento, a titolo gratuito, dell'intera partecipazione posseduta.

4. Le regioni ed i comuni possono cedere, anche a terzi privati, a prezzo di mercato, quote delle rispettive partecipazioni azionarie nelle società di cui ai commi 1 e 3; tale facoltà deve essere esercitata di intesa tra le regioni e i comuni. La partecipazione complessiva del comune e della regione non può essere in nessun caso inferiore al 51 per cento dell'intero pacchetto azionario eventualmente acquisito ai sensi del comma 3.

ART. 16.

(Costituzione di società per azioni e schema tipo di gestione).

1. La gestione delle aziende termali ed alberghiere di proprietà della società di cui

all'articolo 15 deve essere affidata a società per azioni, costituite in conformità dello stesso articolo 15 tra persone fisiche o giuridiche di provata disponibilità finanziaria e in grado di offrire garanzie di professionalità, di cui regioni o province autonome e comuni posseggiano una quota del capitale non superiore complessivamente al 10 per cento e non inferiore all'1 per cento ciascuna.

2. Le regioni, le province autonome e i comuni possono esercitare i diritti di cui all'articolo 2409 del codice civile qualunque sia la loro quota azionaria.

3. La società di gestione opera in base ad un contratto stipulato secondo uno schema tipo emanato dal Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, contenente un piano industriale, un elenco di investimenti, i risultati minimi di reddito, i livelli occupazionali e i casi di risoluzione del contratto.

ART. 17.

(Reimpiego dei ricavi da cessioni azionarie delle regioni e dei comuni).

1. Le regioni ed i comuni destinano le somme ricavate dalla cessione di quote delle rispettive partecipazioni azionarie nelle società proprietarie delle aziende termali, ad aumento del capitale sociale delle società stesse.

ART. 18.

(Destinazione del Centro ittico tarantino-campano S.p.A.).

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge il Centro ittico tarantino-campano S.p.A. procede alla propria scissione mediante scorporo dei beni sociali che si trovano ubicati nella regione Puglia, con i relativi rapporti giuridici ed economici.

2. I beni scorporati e il personale che vi è addetto sono trasferiti ad una società per

azioni di nuova costituzione che, esaurite le operazioni di scissione, ètrasferita, senza corrispettivo, alla regione Puglia.

3. La società trasferente elabora una situazione patrimoniale alla fine del mese in cui è avvenuta la scissione di cui al comma 2 e la sottopone, con la relazione di certificazione, all'assemblea degli azionisti. In tale sede il Ministero del tesoro - Direzione generale del tesoro, provvede alla copertura di eventuali perdite utilizzando, fino a concorrenza, i crediti vantati verso le società già inquadrate nell'EAGAT.

ART. 19.

(Copertura finanziaria).

1. Gli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge sono posti a carico di appositi capitoli di spesa del Ministero della sanità e del Ministero del tesoro, la cui dotazione viene determinata annualmente dalla legge finanziaria.

ART. 20.

(Abrogazione di norme).

1. È abrogato il comma 5 dell'articolo 16 della legge 31 dicembre 1991, n. 412, e ogni altra disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.

Atti Parlamentari — 1 — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

CAMERA DEI DEPUTATI N. 425

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, GIANNOTTI, BATTAGLIA, GIACCO, LUMIA, BOVA

Ordinamento della professione di psicomotricista

Presentata il 9 maggio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di legge intende rispondere alle richieste di riconoscimento professionale degli operatori psicomotricisti che già svolgono o che intendono svolgere interventi qualificati nel settore sanitario; è finalizzata, inoltre all'istituzione dell'ordine e dell'albo professionale degli psicomotricisti italiani definendo, altresì, le loro competenze in ambito riabilitativo. Tali competenze consentono allo psicomotricista di effettuare un proficuo intervento con soggetti che presentano *handicap* problemi o difficoltà che si manifestano sia sul piano motorio, sia sul piano cognitivo sia su quello relazionale. Alla specificità di questi disturbi occorre che si risponda con un intervento specifico. Tale intervento, inoltre, si colloca e risponde ad un bisogno e ad un orientamento presente oggi in tutte quelle tecniche riabilitative che rifuggono sempre più da un meccanicismo di fondo per fare ricorso alla motivazione del paziente a guarire. Queste tendenze si sposano egregiamente con l'impostazione « psicomotoria » e con gli orientamenti di presa in carico globale della persona. La peculiare caratteristica di questo orientamento teorico-pratico inserisce lo psicomotricista nelle tendenze che, sul piano più generale, caratterizzano la dinamica evolutiva dei sistemi sanitari. In altri termini, se si farà un discorso di figure professionali al servizio di una nuova cultura del malato e della malattia superando le logiche categoriali, si potranno differenziare gli specifici compiti. La necessità di differenziare gli interventi evita che si possa pensare di risolvere tutto

appiattendo le figure professionali, e, pur recuperando una base comune di conoscenze ed una omogeneità di problematiche, comporta una chiara differenziazione dei ruoli e delle competenze in base ai contenuti specifici.

Non possiamo più eludere il problema di « raffinare » le tecniche d'intervento: sempre di più oggi si pensa che l'intervento terapeutico debba essere espletato basandosi sulla partecipazione e sulla motivazione del paziente. La persona in cura deve poter contare sulle parti « sane » di sè: di conseguenza su una riabilitazione che la valorizzi e non la faccia sentire passivamente in mano a qualcuno che si occupa di lei. Oggi, con il costante progresso delle discipline mediche e psicologiche, abbiamo il dovere di preparare e riconoscere il ruolo degli operatori che possono al meglio assumersi la problematica della persona in difficoltà nella sua globalità; la terapia psicomotoria non ha la pretesa di accelerare le tappe di sviluppo, né di creare nuovi apprendimenti, ma mira all'armonizzazione della personalità facendo perno, in maniera strategica, sull'unità psicosomatica.

La definizione stessa di « psicomotricità », infatti, si presenta affascinante nel suo intento di conciliare i due termini estremi della concezione dualistica della persona umana: concezione che la cultura di questo secolo stempera via via sotto l'impulso di esperienze e di fenomeni che hanno visto riproporsi sempre più energicamente l'interazione « corpo – mente » come modello costitutivo dell'individuo.

La psicomotricità si inscrive in un progetto che tende a introdurre un rapporto attivo ed efficace, da un punto di vista terapeutico e da un punto di vista pedagogico, tra il corpo e le attività mentali, intellettive ed affettive. Essa, quindi, postula l'unità della persona (alla base sia della diagnosi che del trattamento) non escludendo, tuttavia, la differenziazione delle tre sfere costitutive della personalità: motoria, affettiva e cognitiva. Molte sono le definizioni in uso data la complessità e l'interdisciplinarità della materia. Volendo tracciare una sintesi si potrebbero intravedere due aspetti fondamentali:

a) la stimolazione nel bambino della progressiva conoscenza di sé (a cominciare dal « sé » corporeo) e del mondo attraverso la motricità e le capacità rappresentativo-simboliche;

b) lo studio ed il trattamento delle alterazioni della motricità finalizzata alle situazioni evolutive e di apprendimento (alterazioni dovute a differenti eziologie di carattere psicoaffettivo, funzionale o organico eccetera).

A seguito delle ricerche condotte all'ospedale *H. Rousselle* di Parigi dall'*équipe* diretta dal professor J. De Ajuriaguerra negli anni cinquanta e sessanta la professione di psicomotricista è stata riconosciuta in Francia nel 1974 con l'istituzione di un diploma di Stato per gli operatori di questo settore. Più o meno nello stesso periodo veniva riconosciuta anche in Svizzera. Le iniziative italiane in questo campo negli ultimi quarant'anni sono state molteplici, di varia matrice (italiana, francese, svizzera, americana) e di varie tendenze. Si sono svolte iniziative di formazione che hanno visto la partecipazione di molti esperti anche stranieri. Sul piano editoriale sono nate numerose iniziative a carattere scientifico e divulgativo (bollettini, riviste, traduzioni di molti autori soprattutto francesi). L'interesse dimostrato dal nostro Paese ha spinto il gruppo internazionale ad affidare all'Italia l'organizzazione del V congresso internazionale di psicomotricità (Firenze, maggio 1982) nel quale si è potuto constatare il ricco, promettente e già fortissimo numero di apporti e di contributi scientifici italiani.

L'esigenza di un riconoscimento ufficiale che renda operativa legalmente la figura dello psicomotricista nel nostro Paese per far fronte alle esigenze sopra esposte si evince:

a) dall'esistenza *de facto* di questa professione: anche camminando per la strada ci si rende conto di quanti centri sportivi o estetici espongono la dicitura

« psicomotricità ». Senza, tuttavia, giungere a questa estrema evidenza della domanda e dell'offerta, basta vedere in quanti servizi socio-sanitari questa figura è operante o perché assunta in ruolo tramite un regolare concorso, o tramite contratti a termine ovvero con incarichi di consulenza. Addirittura se ne fa menzione nel contratto nazionale di lavoro per il personale sanitario non medico dell'area sanitaria privata (siglato a Roma il 9 novembre 1987, titolo VIII, articolo 31);

b) dall'analisi dei piani socio-sanitari adottati da alcune regioni (vedi ad esempio per la regione Lombardia il programma triennale straordinario ai sensi dell'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887, in materia di tutela della salute neuropsichica nell'infanzia e nell'adolescenza deliberato dal consiglio regionale del 14 ottobre 1986, per la regione Veneto, il piano sociale regionale del Veneto per il triennio 1989-1991 di cui alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 22);

c) dall'istituzione presso alcune università (Roma, Genova, Palermo, Napoli, eccetera) di scuole dirette a fini speciali per « terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva ». Ciò sta ad indicare che la proposta riabilitativa sta evolvendo e mutando la sua qualità e che l'approccio psicomotorio risulta indispensabile, specie a livello dell'età evolutiva;

d) dall'esistenza di una normativa analoga presente già da anni in altri Paesi della Comunità europea in Francia, ad esempio, la figura riconosciuta, come sopra detto, nel 1974, ha ottenuto nel corso degli anni successivi importanti aggiornamenti relativi al ruolo ed all'impiego, fino all'ultimo decreto del 28 aprile 1988 emanato dal Ministero degli affari sociali e dell'occupazione, che ne stabilisce dettagliatamente le competenze ed i settori d'intervento;

e) dalla direttiva « relativa ad un sistema generale di riconoscimento dei diplomi di istruzione superiore che sanzionano formazioni professionali di una durata minima di tre anni » (direttiva 89/48/CEE del Consiglio, del 21 dicembre 1988). In base a questa direttiva, paradossalmente, gli psicomotricisti francesi potranno esercitare, a pieno diritto giuridico, dal 1993 la loro professione in Italia, Paese nel quale tale figura non è ancora sanzionata legalmente e nel quale esistono, a tutt'oggi, poche scuole di formazione legalmente riconosciute;

f) dal riconoscimento della professione di psicomotricista in quanto tecnica sanitaria di riabilitazione nel testo unificato discusso, nella XII legislatura, presso la XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati concernente il riordino delle professioni infermieristiche.

La presente proposta di legge all'articolo 1 definisce la terapia psicomotoria e la professione di psicomotricista. Non è inutile tale definizione dal momento che molta confusione si è generata in Italia a questo proposito, facendo perdere di vista la specificità di questo intervento.

L'articolo 2, nell'elencare le competenze, sottolinea la specificità di cui all'articolo 1 e si può ben cogliere quanto l'ambito di intervento di questa figura sia definibile e specifico.

L'articolo 3 stabilisce la formazione necessaria e la necessità di iscrizione all'albo per coloro che intendono esercitare questa professione.

L'articolo 4 istituisce l'ordine degli psicomotricisti.

Gli articoli 5, 6 e 7 istituiscono e dettano le regole fondamentali per l'albo degli psicomotricisti e per la relativa iscrizione e cancellazione.

Gli articoli 8 e 9 conferiscono al Ministro di grazia e giustizia la facoltà di emanare le norme e le modalità relative all'applicazione della presente legge in materia di disciplina dell'albo degli psicomotricisti.

L'articolo 10 prevede norme transitorie in sede di prima applicazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Definizione della terapia psicomotoria e della professione di psicomotricista).

1. La terapia psicomotoria è un trattamento neuro-psico-fisiologico a mediazione corporea, che ha lo scopo di prevenire, mantenere o ristabilire i meccanismi delle funzioni percettive, motorie, mentali e comportamentali dell'individuo in relazione con il suo ambiente.

2. Lo psicomotricista è il professionista abilitato all'esercizio della terapia psicomotoria di cui al comma 1, nell'ambito della prevenzione, dell'educazione e della riabilitazione dell'individuo.

ART. 2.

(Competenze dello psicomotricista).

1. Lo psicomotricista è abilitato a compiere, su prescrizione medica, i seguenti atti professionali:

a) la delineazione del profilo psicomotorio dell'individuo;

b) l'educazione e la stimolazione psicomotoria precoce;

c) l'intervento terapeutico attraverso appropriate tecniche di approccio corporeo, di rappresentazione e di rilassamento su soggetti affetti da:

1) ritardi psicomotori semplici;

2) sindromi psicomotorie, quali inibizione psicomotoria, instabilità psicomotoria, debilità motoria, insufficienza cerebellare, maldestrezza, disturbi dello schema corporeo;

3) disturbi psicomotori parziali quali scariche motorie ritmiche ed esplorative, disturbi della percezione del sé,

disturbi dell'organizzazione spazio-temporale, disturbi del processo di lateralizzazione, disturbi gnoso-prassici;

4) insufficienza mentale;

5) turbe del comportamento e della comunicazione;

6) disturbi specifici dell'apprendimento;

7) patologie nelle quali si individua la necessità di un intervento, anche di supporto, di tipo psicomotorio per affrontare le problematiche connesse con il vissuto dell'individuo.

d) la prevenzione primaria e secondaria nelle istituzioni socio-educative in collaborazione con gli operatori dei servizi di cui alla presente legge.

2. La professione di psicomotricista include l'attività di ricerca, di sperimentazione e di consulenza nell'ambito delle specifiche competenze, l'attività di formazione metodologica, pratica e personale rivolta agli studenti dei corsi di psicomotricità o di riabilitazione nei quali sia prevista questa disciplina, nonché le attività di aggiornamento rivolte ad altri professionisti nel campo dell'educazione e della salute.

ART. 3.

(Abilitazione all'esercizio della professione).

1. Per l'esercizio della professione di psicomotricista è necessario essere iscritti all'albo professionale di cui all'articolo 5, al quale si accede dopo aver conseguito il titolo di psicomotricista al termine di uno dei corsi previsti dalla normativa vigente.

ART. 4.

(Ordine degli psicomotricisti).

1. È istituito l'ordine degli psicomotricisti.

2. All'ordine appartengono gli psicomotricisti iscritti all'albo nazionale di cui all'articolo 5. Le funzioni relative alla tenuta dell'albo sono esercitate dall'ordine ai sensi della presente legge.

3. L'ordine degli psicomotricisti è dotato di personalità giuridica di diritto pubblico.

ART. 5.

(Istituzione dell'albo professionale).

1. È istituito l'albo professionale degli psicomotricisti.

2. Gli iscritti all'albo sono soggetti alla disciplina di cui all'articolo 622 del codice penale.

ART. 6.

(Iscrizione all'albo).

1. L'albo degli psicomotricisti è strutturato a livello nazionale.

2. Per l'iscrizione all'albo occorre essere in possesso dei seguenti requisiti:

a) essere cittadino italiano, cittadino di uno Stato membro della Comunità europea o cittadino di uno Stato con cui esista trattamento di reciprocità;

b) non aver riportato condanne penali per reati che comportano l'interdizione dalla professione;

c) essere in possesso degli attestati di formazione prescritti.

3. Per l'iscrizione all'albo l'interessato deve inoltrare domanda in carta da bollo al consiglio nazionale dell'ordine, corredata dai documenti di rito.

4. Il consiglio nazionale dell'ordine esamina le domande entro due mesi dalla data del ricevimento delle stesse e si pronuncia con decisione motivata della quale viene redatto un apposito verbale.

5. L'albo è redatto in ordine cronologico, secondo le deliberazioni delle iscrizioni. Per ciascuno iscritto è precisato co-

gnome, nome, data e luogo di nascita, luogo di residenza e numero d'ordine di iscrizione.

ART. 7.

(Cancellazione dall'albo).

1. La cancellazione dall'albo di cui all'articolo 5, è obbligatoria nei casi di:

a) rinuncia da parte dell'iscritto;

b) esercizio di libera professione in situazione di incompatibilità;

c) mancanza di anche uno solo dei requisiti d'iscrizione di cui all'articolo 6.

ART. 8.

(Regolamento dell'albo).

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, ai sensi del comma 3 dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono emanate le norme relative alle modalità di iscrizione e di cancellazione dall'albo e sono altresì disciplinati l'istituzione della sede dell'ordine, i rispettivi organi, nonché le procedure elettorali.

ART. 9.

(Formazione dell'albo ed elezione per gli organi dell'ordine).

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro di grazia e giustizia, nomina un'apposita commissione che procede alla formazione dell'albo professionale degli aventi diritto all'iscrizione ai sensi dell'articolo 10. I commissari sono scelti tramite sorteggio da un elenco di nominativi forniti dall'Associazione nazionale unitaria psicomotricisti italiani (ANUPI). Il presidente della commissione esercita la funzione di commissario preposto alla formazione dell'albo.

2. Il commissario preposto alla formazione dell'albo entro tre mesi dalla pub-

blicazione dell'elenco delle persone ammesse all'iscrizione all'albo ai sensi dell'articolo 10, indìce le elezioni per il consiglio e per gli altri organi dell'ordine, attenendosi ai criteri di cui alla presente legge.

ART. 10.

(Iscrizione all'albo in sede di prima applicazione).

1. L'iscrizione all'albo in sede di prima applicazione della presente legge è consentita su domanda, da presentare entro novanta giorni dalla nomina del commissario di cui all'articolo 9, a:

a) coloro che hanno conseguito il titolo di psicomotricista al termine di un corso triennale giuridicamente riconosciuto;

b) coloro che hanno conseguito il titolo di specializzazione in psicomotricità al termine di un corso annuale o biennale giuridicamente riconosciuto;

c) coloro che hanno frequentato un corso triennale di psicomotricità istituito presso enti od associazioni private che documentino, tramite l'attestazione della scuola, le ore di frequenza effettuate, il programma, che deve comprendere la formazione personale, teorica ed il tirocinio, il superamento dell'esame finale, nonché lo svolgimento per almeno due anni delle attività di cui all'articolo 2;

d) coloro che ricoprono un posto di ruolo come psicomotricista presso una struttura pubblica o privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale.

2. L'ANUPI può promuovere, in accordo con istituti universitari, scientifici o con agenzie formative ritenute idonee, corsi di aggiornamento e di perfezionamento che costituiscono titolo di ammissione all'albo di cui all'articolo 5.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 426

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, IOTTI, BARTOLICH, BIRICOTTI, BRUNALE, CAMPATELLI, CARLI, CENNAMO, CHIAVACCI, CORDONI, DI FONZO, EVANGELISTI, FIORONI, GIANNOTTI, GRIGNAFFINI, INNOCENTI, LENTO, LUMIA, MIGLIAVACCA, MASSA, OLIVERIO, PEZZONI, SIOLA, SETTIMI, SODA, TATTARINI, VANNONI, VIGNALI, VIGNI, VOZZA

Norme per il recupero culturale, ambientale e turistico dell'itinerario detto « Via Francigena »

Presentata il 9 maggio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La redazione di una proposta di legge riguardante la strutturazione dell'offerta per la valorizzazione turistica, culturale ed ambientale della « Via Francigena », ha come obiettivo principale quello di concretizzare un'ipotesi di sviluppo socio-economico e territoriale delle aree interessate da questo antico itinerario, fondata essenzialmente su due assunti di base: favorire attraverso lo sviluppo del turismo a matrice culturale ed ambientale un più generale processo di integrazione e scambio sociale, economico e culturale delle regioni interessate nel contesto europeo; produrre o valorizzare, sulla base di una pluralità coerente e coordinata di progetti-prodotti definiti, nuove occasioni di sviluppo per le aree su cui insiste tale percorso – tra cui, in primo luogo, quelle connotate dalle più significative caratteristiche di marginalità socio-economica e territoriale – sia in termini di incremento di reddito e di livelli occupazionali, sia di conservazione e riqualificazione del patrimonio culturale, storico-architettonico ed ambientale esistente.

La Via Francigena che da Canterbury portava a Roma è un itinerario della storia, percorso in passato da centinaia di migliaia di pellegrini in viaggio per Roma. Dopo mille anni, il progetto del recupero e della rivitalizzazione di un « percorso » che

rappresentò l'unione e la comunicazione tra le varie culture e le idee dei diversi Paesi d'Europa può dunque ben rappresentare, anche dal punto di vista simbolico, un elemento in grado di fungere da fattore di aggregazione e coinvolgimento di iniziative pubbliche e private di scala locale, regionale, nazionale ed europea finalizzate ad ampliare e costruire concretamente occasioni di cooperazione per lo sviluppo che vadano in questa direzione.

Secondo la ricostruzione che è possibile fare dal viaggio di Sigerico, arcivescovo di Canterbury, che per primo lascia una traccia scritta dei centri attraversati da questo itinerario, l'antico percorso partiva da Canterbury attraversando i centri di Dover, Sombre, Guines, Theraname, Bruay, Arras, Dongt, Serancourt le Grand, Laon, Carbony, Reims, Chalon sur Marne, Fontaine sur Corde, Donnement, Brienne la Vieille, Bar sur Aube, Blessonville, Humes, Gronant, Cussey sur l'Oignon, Besançon, Nods, Pontarlier, Yverdun, Orbe, Lausanne, Vevey, Aigle, St. Maurice, Orsieres, Bourg St. Pierre, St. Rhemy.

Il cammino di questa via Romea attraversava poi le Alpi in Valle d'Aosta e scendeva dal Piemonte e dalla Lombardia attraversando i centri di Aosta, Poley, Santhià, Vercelli, Tromello, Pavia, Santa Cristina e Corte Sant'Andrea nella pianura padana, proseguendo per Piacenza, Fiorenzuola d'Arda, Fidenza e Parma, valicava l'Appennino presso Berceto, scendeva da Montelungo lungo la valle del Magra per raggiungere Pontremoli, Villafranca (ove si riscuotevano i pedaggi della Romea), Aulla, Santo Stefano, Sarzana e Luni. Attraversava tutta la Toscana passando per Carrara, Massa, Ponte San Pietro, Lucca, Altopascio, Fucecchio, San Miniato, Chianni, Poggibonsi, San Gemignano, Siena, Montalcino, San Quirico d'Orcia, Abbadia San Salvatore, Radicofani e attraverso la valle del Paglia, raggiungeva Acquapendente, Bolsena, Montefiascone e Viterbo, arrivando a Roma attraverso l'attuale via Monte Mario.

L'itinerario, che era costituito non da « una » strada, ma da un insieme di percorsi e sentieri che proponevano diverse varianti (tra le quali la più significativa era quella che dal Piemonte Moncenisio via Torino-Asti Gavi raggiungeva Genova per proseguire poi ad est lungo la costa ligure congiungendosi all'itinerario prima descritto poco prima di Sarzana) e che si sono modificati nel corso degli anni sulla base della sicurezza e comodità del percorso, interessa direttamente sette delle attuali regioni italiane: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana e Lazio.

Pare ovvio sottolineare l'effetto potenziale di attrazione e promozione all'utilizzo di tale percorso a fini turistici e di scambio culturale che si potrebbe ottenere mediante la proposizione di un'offerta turistica, culturale e ambientale concretamente strutturata, e preventivamente promossa e fatta conoscere al grande pubblico in occasione delle celebrazioni per l'Anno Santo di fine secolo, per le quali si prevede un movimento di *incoming* di turismo religioso e culturale in Italia di oltre 30 milioni di persone su Roma.

Dal punto di vista della domanda sociale, la valorizzazione di questo antico percorso risponde ai seguenti obiettivi:

a) affermare nel senso più ampio l'identità culturale europea nelle sue diversità e nella sua unitarietà, in particolare attraverso la valorizzazione del suo patrimonio monumentale ed artistico;

b) fornire una risposta di elevato livello qualitativo alla flessione dei flussi turistici registrata in Europa nel corso degli ultimi vent'anni;

c) migliorare le opportunità di utilizzo innovativo del « tempo libero », offrendo agli europei nuove possibilità di *loisir* connesse alla possibilità di arricchimento e sviluppo culturale dell'individuo e della sua personalità.

La valorizzazione turistica, territoriale e culturale della Via Francigena rende imprescindibile l'avvio della strutturazione dell'offerta e la definizione del prodotto Via Francigena a partire dal tratto italiano. Tale concretizzazione si prospetta di ancor

più stringente urgenza in quanto, in data 21 aprile 1994, la Direzione educazione, cultura e sport del Consiglio d'Europa ha ufficializzato il definitivo riconoscimento di itinerario culturale del Consiglio d'Europa della Via Francigena (prot. n. 459 del 4 maggio 1994).

Questa fase di « strutturazione del prodotto » Via Francigena, che non si sovrappone a quella del progetto speciale Enit-regioni che riguarda unicamente gli aspetti promozionali dell'iniziativa, deve invece porsi l'obiettivo di non disperdere, ed anzi, affrontare adeguatamente, i benefici effetti in termini di affluenza turistica che saranno presumibilmente indotti dall'azione promozionale – che peraltro rischia di rivelarsi un pericoloso *boomerang* per l'iniziativa dopo il primo impatto col mercato turistico, se il prodotto non dovesse rispondere alle attese dei nuovi pellegrini – ma di radicarla in termini di prospettiva di sviluppo e valorizzazione del territorio interessato.

A questo proposito, la promulgazione di una legge che favorisca la concretizzazione degli interventi necessari alla valorizzazione turistica, ambientale e culturale del'antico percorso e sia in grado di affiancare positivamente gli interventi e la destinazione di risorse dell'Unione europea e regionali in proposito, si presenta come indispensabile ai fini del perseguimento di tali obiettivi, sia per incrementare le opportunità di acquisizione e gestione di risorse specifiche da parte degli enti locali interessati per quanto riguarda i necessari interventi di tipo strutturale, sia per stimolare l'attivazione di interventi ed investimenti da parte di privati.

Le necessità di legittimare e sostenere finanziariamente i nuclei istituzionali locali per metterli in grado di perseguire, di concerto con il livello istituzionale statale, l'insieme di azioni necessarie per la strutturazione dell'offerta nelle aree territoriali interessate dal passaggio dell'antica Via Francigena inducono a definire, tramite un concreto atto politico, una specifica base di impegno per la realizzazione dell'intervento. Tale provvedimento vuole corrispondere alla necessità di affrontare organicamente ed in modo il più possibile coordinato tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti – pur nel rispetto delle rispettive autonomie e specifiche modalità d'azione – l'insieme di azioni necessarie alla strutturazione dell'offerta turistica, culturale e di fruizione ambientale necessaria per la realizzazione del progetto, al fine di garantire la comprensione dei singoli interventi nell'ambito di un progetto unitario di chiara valenza nazionale ed europea e l'opportuna finalizzazione a tale scopo delle risorse umane e finanziarie disponibili ed attivabili.

Finalità e contenuti della proposta di legge.

Sulla base delle motivazioni e degli obiettivi illustrati in precedenza, lo Stato è, pertanto, tenuto a redigere un'apposita legge orientata a favorire la strutturazione del prodotto turistico, culturale e ambientale. L'ipotesi di lavoro prioritaria può pertanto essere individuata nella necessità di finalizzare risorse specifiche ad un programma di valorizzazione e strutturazione in prodotto riconosciuto e riconoscibile del patrimonio turistico, storico-culturale, sociale ed ambientale del percorso.

Tale ipotesi operativa può essere articolata secondo le seguenti fasi:

a) riconoscimento della « priorità programmatica » dell'iniziativa nei contesti territoriali interessati ed istituzione di comitati regionali per la gestione degli aspetti di organizzazione strutturale dell'iniziativa. Questa prima fase si caratterizza come essenziale per il pieno raggiungimento degli obiettivi fissati per l'iniziativa.

È indispensabile che tra i soggetti istituzionali coinvolti, venga espressa e raggiunta l'intesa per la definizione di un accordo che dia al progetto connotazioni di « priorità » programmatica nelle materie di sviluppo turistico ed agrituristico, riqualificazione urbanistica, storico-architettonica, culturale ed ambientale nel corridoio

territoriale oggetto di intervento, conferendo a questo dignità di progetto di scala nazionale.

Questo deve configurarsi in primo luogo come impegno a convogliare risorse da parte dello Stato, che diverranno quota parte definita a sostegno delle risorse regionali intersettoriali disponibili per i fini sopra citati, con specifica destinazione all'ambito territoriale interessato dal percorso dell'antica Via Francigena, per interventi giudicati idonei a creare un « ambiente » favorevole all'attivazione di iniziative mirate alla concretizzazione del progetto ed, al contempo, esercitare una complessiva azione di « governo e controllo » del territorio sulla sua realizzazione.

Fondamentale per la concretizzazione di questa prima fase, dovrà essere la creazione di comitati regionali di coordinamento dell'organizzazione strutturale dell'offerta sul percorso, che dovranno garantire della selezione e della coerenza delle azioni proposte con gli obiettivi di valorizzazione territoriale ed ambientale impliciti nella costruzione di questo prodotto turistico;

b) stanziamento delle risorse sulla base di proposte derivanti da programmi integrati d'iniziativa regionale o provinciale.

Al fine di assicurare il corretto utilizzo e la massima valorizzazione del territorio nella fase di strutturazione dell'offerta nell'area interessata dal percorso, sarà necessario basare la selezione degli interventi da proporre a finanziamento sulla definizione a scala regionale o sub-regionale di programmi integrati in grado di definire con precisione:

1) l'ambito territoriale interessato dall'iniziativa e lo scenario di contesto;

2) le principali emergenze di tipo territoriale, storico-culturale, ambientale e socio-economico (con particolare riferimento al settore turistico ed agrituristico) caratterizzanti gli ambiti direttamente interessati dal percorso della Via Francigena e l'offerta di servizio e fruizione attualmente proponibile;

3) la lettura e definizione degli indirizzi di pianificazione territoriale e di salvaguardia ambientale gravitanti a diversa scala sull'area interessata;

4) il censimento delle principali progettualità pubbliche e private insistenti sulle aree interessate dal percorso;

5) la proposizione e valutazione degli effetti economici inducibili dagli interventi concretamente realizzabili per la valorizzazione a fini turistici del percorso nei contesti territoriali di riferimento.

I programmi integrati dovranno anche valutare le soglie di opportunità, compatibilità e valorizzazione proprie degli interventi prospettabili dall'inserimento di ipotesi progettuali, connesse allo sviluppo turistico di matrice ambientale e culturale sul corridoio di riferimento, la loro rispondenza agli strumenti di pianificazione esistenti e la loro sinergia potenziale con altre dinamiche di sviluppo e qualificazione già esistenti o programmate nei singoli contesti territoriali analizzati.

Esito dei programmi integrati dovrà essere una selezione di azioni ed ipotesi operative di riqualificazione ed innovazione dell'esistente per la valorizzazione del patrimonio turistico, storico-culturale, sociale ed ambientale del percorso, nonché l'avvio di ricerche tematiche di approfondimento per l'attuazione di specifiche azioni rispondenti agli obiettivi esplicitati in precedenza.

I programmi integrati non avranno caratteristiche di definizione assoluta, ma anzi potranno essere arricchiti, aggiornati ed integrati nel corso del tempo dagli interventi via via realizzati dalla pluralità dei soggetti pubblici e privati coinvolti nella concretizzazione del progetto sul corridoio territoriale interessato dalla Via Francigena, diventando al contempo « memoria storica » e « strumento di riferimento » per gli operatori e gli enti locali interessati alla realizzazione del progetto.

Precedenza assoluta nell'avvio di studi dovrà rivestire il censimento (e la valorizzazione, in ogni senso) di quegli elementi che più direttamente sono legati alla via-

bilità. Si intendono come tali i tracciati viari sopravvissuti (o rievocabili), i luoghi di accoglienza (*xenodochi, hospitalia,* chiese e monasteri a loro collegati, alberghi veri e propri che sorgono soprattutto ad iniziare dall'età dei comuni), ponti, guadi, oltre alle direttrici secondarie incrocianti il percorso maggiore. Tutto questo, oltre che alla conoscenza della « cornice » religioso-culturale che sosteneva il valore e le funzioni della Via Francigena, deve portare alla rievocazione della complessa rete di comunicazioni che ne costituiva la base insostituibile. Si tratta di ricostruire un territorio caratterizzato da una speciale fisionomia di grande area di transito e, quindi, di diffusione e incrocio culturale eccezionali, sia nel senso dotto sia in quello antropologico del termine « cultura ». Di conseguenza ne verrà anche una più realistica comprensione di peculiari sfaccettature che in tale ambito dovevano assumere l'economia ed i suoi prodotti (finalizzati fortemente alle esigenze del viaggiare), le istituzioni laiche ed ecclesiastiche, l'arte, la cultura, il folklore, ed altro, con tutto ciò che ne è rimasto e che può essere recuperato, nei limiti di un sano realismo di scelte, nell'intero contesto ambientale odierno e si potrà trarne indicazioni indispensabili per una « politica » di sviluppo cosciente, in ogni campo, in particolare turistico e culturale. Si impone, ormai, infatti, l'esigenza di offrire sia a chi abita il territorio, sia a chi ne percorre le strade « da turista » di capirne la storia, la natura, la reale vocazione e fisionomia. Le conseguenze che ne verrebbero sono di grande e imprescindibile utilità: dalla constatazione dell'incontrarsi lungo tutto il corso della storia di uomini e culture diverse alla sensibilità per l'ambiente (fisico e culturale) ed al suo rispetto, alla sua stessa difesa.

Dai programmi integrati dovranno, inoltre, discendere specifiche analisi e risoluzioni progettuali di carattere settoriale, finalizzate a definire le caratteristiche del « prodotto » Via Francigena prospettabile dalle ipotesi di valorizzazione delineate, da cui dovranno scaturire la realizzazione di interventi puntuali nell'ambito territoriale interessato dal percorso.

* * *

Le mappe dettagliate degli itinerari relativi alla Via Francigena sono state depositate presso la Segreteria Generale della Camera dei deputati, e sono disponibili per la consultazione dei colleghi.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Connotazioni geografico-territoriali).

1. Lo Stato, nell'ambito delle finalità di tutela e valorizzazione del patrimonio storico, culturale, ambientale, artistico e paesaggistico e di promozione dello sviluppo socio-economico del Paese, riconosce l'antico percorso della Via Francigena quale risorsa culturale ed ambientale di notevole interesse pubblico. A tale scopo, lo Stato promuove la tutela, la valorizzazione e il recupero della funzione originaria di cammino di pellegrinaggio del territorio attraversato dalla Via Francigena come opportunità per il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione residente nelle aree interessate, attraverso interventi di recupero, rifunzionalizzazione e riuso del patrimonio storico-culturale, ambientale e riqualificazione del patrimonio ricettivo esistente.

2. Ai fini della presente legge, è denominata « Via Francigena » la grande direttrice viaria che, tra l'VIII e il XII secolo ha costituito la principale via di comunicazione tra il Mare del Nord e Roma. Il tratto è altresì parte integrante della Via Francigena riconosciuta dal Consiglio d'Europa come « Itinerario culturale del Consiglio d'Europa ». La presente legge si applica al tratto italiano della Via Francigena che attraversa il territorio dalle Alpi fino a Roma.

ART. 2.

(Finalità).

1. Ai fini di cui all'articolo 1 sono individuati i seguenti interventi prioritari idonei per la valorizzazione economica

dell'area territoriale interessata dalla Via Francigena:

a) restauro scientifico e di risanamento conservativo di immobili di interesse storico-artistico di proprietà pubblica e privata ai fini di tutela del paesaggio e di ripristino o miglioramento delle condizioni di pubblica fruizione;

b) acquisizione di immobili di valore storico-artistico al patrimonio degli enti pubblici;

c) manutenzione, conservazione, integrità, sicurezza e possibilità di fruizione pubblica dei beni di interesse storico, artistico od ambientale esistenti sul territorio interessato dall'antico tracciato, di proprietà di enti pubblici, enti ecclesiastici, imprese, privati cittadini ed enti morali;

d) recupero di tratti originali dell'antico tracciato o loro ricostruzione od interconnessione con le infrastrutture per la mobilità esistenti al fine di migliorarne la percorribilità anche a fini escursionistici;

e) adeguamento della ricettività turistica con priorità agli interventi di recupero dei manufatti di interesse storico-architettonico ed ai beni storico testimoniali esistenti;

f) creazione di servizi di accoglienza, ivi compresa la ristorazione, e complementari alla ricettività turistica, con priorità per gli interventi di recupero per manufatti esistenti di interesse storico-architettonico, storico testimoniale od ambientale;

g) iniziative in parchi naturali, oasi ed aree protette, finalizzate alla valorizzazione delle zone che possono essere utilizzate per la fruizione turistica;

h) tutela e salvaguardia del paesaggio, anche mediante interventi di architettura del paesaggio che prevedano la valorizzazione di tratti di paesaggi storici, l'inserimento di appropriati apparati di vegetazione utili alla riconoscibilità del percorso, la ricomposizione dell'intorno delle emergenze architettoniche e storico testimoniali a questo connesse e il recupero di aree

degradate collegate al percorso o alla viabilità ad esso afferente;

i) attività di informazione e promozione del prodotto turistico-culturale ed ambientale rappresentato dalla Via Francigena;

l) attività di formazione, ricerca e documentazione sul tema;

m) sviluppo della sentieristica lungo l'itinerario;

n) installazione di cartellonistica e segnaletica sull'itinerario riportante il logo di identificazione dell'itinerario di cui all'articolo 5.

ART. 3.

(Fasi procedimentali).

1. Al fine del perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, le province interessate provvedono, con il concorso degli enti locali, a redigere programmi integrati di scala interprovinciale, nei quali individuano il quadro degli interventi anche di tutela del territorio come riferimento per la valorizzazione dell'itinerario a scala locale.

2. I programmi integrati dovranno essere redatti secondo le seguenti modalità:

a) lettura e definizione degli indirizzi di pianificazione territoriale, tutela e salvaguardia ambientale di scala comunale e sovracomunale insistenti sull'area interessata dal tracciato;

b) censimento puntuale delle risorse storico-architettoniche, ambientali e del patrimonio ricettivo e di accoglienza insistenti lungo il tracciato e nell'ambito dell'asse territoriale interessato dal percorso;

c) verifica dei livelli di tutela, salvaguardia e possibilità di recupero lungo l'intero tracciato, con particolare riferimento alle emergenze censite, previste dagli strumenti di pianificazione territoriale di scala comunale in vigore, e la formulazione di eventuali indirizzi per omoge-

neizzare i contenuti e qualificare le prescrizioni urbanistiche in termini di valorizzazione del percorso;

d) lettura paesaggistica degli ambiti territoriali attraversati lungo il tracciato secondo le modalità di trasporto proponibili per la sua rivisitazione;

e) selezione degli interventi proposti per la strutturazione dell'offerta turistica, culturale ed ambientale nell'area interessata dal tracciato, corredata dal piano finanziario per l'attuazione e l'individuazione degli enti e dei soggetti pubblici e privati coinvolti nell'iniziativa.

3. La redazione dei programmi integrati è presupposto per l'ottenimento dei finanziamenti ai sensi della presente legge.

4. I programmi integrati presentati dalle province e gli specifici interventi in essi proposti sono esaminati dal comitato tecnico di coordinamento regionale per la valorizzazione della Via Francigena, di cui all'articolo 4, che formula un parere vincolante in ordine all'ammissibilità degli interventi.

ART. 4.

(Organizzazione).

1. Al fine di assicurare lo sviluppo omogeneo e coordinato degli interventi nel rispetto dei criteri e finalità della presente legge, sono costituiti i seguenti Comitati:

a) Comitato nazionale di pilotaggio, composto da rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei ministri, delle amministrazioni centrali dei beni culturali ed ambientali, dell'ambiente, tesoro bilancio e programmazione economica, industria commercio e artigianato e delle amministrazioni regionali interessate. Il Comitato svolge funzioni di indirizzo e coordinamento; sorveglia in merito all'omogeneità ed unitarietà degli interventi; fornisce indicazioni in ordine ai raccordi con le istituzioni sovranazionali e le organizzazioni internazionali; individua le modalità di inserimento della Via Francigena nel pro-

gramma generale degli interventi per le celebrazioni del Giubileo del 2000; promuove gli accordi di programma ed i protocolli di intesa, ai sensi della normativa vigente, ai fini della sottoposizione alla deliberazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) per l'adozione degli strumenti finanziari necessari; studia la possibilità di costituire una fondazione per la valorizzazione della Via Francigena; esamina la possibilità di proporre al Consiglio d'Europa varianti aggiuntive e prolungamenti del tracciato. I membri del Comitato nazionale di pilotaggio sono nominati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri;

b) comitati tecnici regionali di coordinamento, composti da rappresentanti degli assessorati competenti in materia di cultura, ambiente, turismo, trasporti, programmazione economica, urbanistica e edilizia, agricoltura e formazione e della soprintendenza per i beni ambientali, architettonici, artistici e storici. I comitati regionali verificano la compatibilità dei programmi integrati provinciali di cui all'articolo 3 con le finalità della presente legge; esprimono parere sulle proposte di intervento contenute nei programmi integrati; forniscono alla giunta regionale i necessari elementi di valutazione per l'adozione delle delibere conseguenti; promuovono lo sviluppo degli interventi di valorizzazione lungo la Via Francigena; coordinano le iniziative promozionali;

c) comitati tecnici provinciali di coordinamento, composti da rappresentanti degli assessorati competenti in materia di: cultura, ambiente, turismo, trasporti, urbanistica e pianificazione territoriale, agricoltura e formazione. I comitati tecnici provinciali di coordinamento sono responsabili della gestione e dello sviluppo sul territorio dei programmi integrati; curano i rapporti con i comuni e gli altri enti locali presenti sul territorio per lo sviluppo e l'attuazione delle iniziative di valorizzazione dell'itinerario; promuovono e coordinano la fruibilità ed accessibilità ai beni che si pongono come elementi di attrazione puntuale per il flusso turistico.

ART. 5.

(Logo).

1. Per le iniziative di comunicazione, informazione e promopubblicitarie degli interventi di sviluppo della Via Francigena dovrà essere utilizzato il logo di cui all'allegato A alla presente legge, previa autorizzazione delle autorità competenti.

ART. 6.

(Copertura finanziaria).

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede mediante ricorso, in via prioritaria, agli stanziamenti di bilancio concernenti l'utilizzo dei fondi comunitari per le zone obiettivo 2 e 5b, e quindi alle disponibilità del fondo nazionale per il turismo. Agli eventuali ulteriori oneri derivanti dalla attuazione della presente legge si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1996-1998, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1996.

ALLEGATO A.
(Articolo 5).

CAMERA DEI DEPUTATI N. 427

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, GIANNOTTI, BATTAGLIA, GIACCO, LUMIA, BOVA

Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria di odontoiatra

Presentata il 9 maggio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di legge riprende in larga parte contenuti emersi nell'ambito del dibattito parlamentare svoltosi nel corso della XI e XII legislatura sulla questione relativa all'istituzione di un ordine degli odontoiatri. Il testo che si propone, ferma restando la formula del rinvio ad un successivo atto regolamentare, è rispettoso del dibattito sviluppatosi nell'ambito dell'*iter* normativo rispecchiandone gli aspetti più costruttivi.

La presente proposta di legge nasce dalle esigenze emerse negli ultimi anni negli ambiti professionali interessati e già ampiamente presenti all'attenzione delle forze politiche. Com'è noto, infatti, il corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria è stato istituito con decreto del Presidente della Repubblica 28 febbraio 1980, n. 135, in ottemperanza alle direttive 78/686/CEE e 78/687/CEE. Successivamente, dopo cinque anni, è stata istituita la professione sanitaria di odontoiatra unitamente al relativo albo professionale, con legge 24 luglio 1985, n. 409, e successive modificazioni; con tale legge fu inoltre disciplinato il diritto di stabilimento e la libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri della Unione europea.

Il legislatore non ritenne opportuno, all'epoca, creare un autonomo ordine professionale e dispose la costituzione per gli iscritti all'albo professionale degli odon-

toiatri, nell'ambito degli ordini provinciali dei medici, di un'apposita commissione cui ha demandato, distinguendo tra attribuzioni di carattere generale e di carattere specifico, l'esecuzione di tre poteri: quello disciplinare, quello di intervento nelle controversie, quello di designazione dei rappresentanti della professione. È stata tuttavia mantenuta al consiglio dell'ordine la tenuta dell'albo professionale, attribuzione specifica sottratta alla commissione per gli iscritti all'albo professionale degli odontoiatri, che ha visto così ridotta la sfera di autonomia nel governo della professione. Oltre che di tali considerazioni bisogna tener conto anche del fatto che la citata legge n. 409 del 1985, con un testo lacunoso e formulato in maniera non chiara, ha dato adito ad una serie di dubbi interpretativi tanto da alimentare un nutrito contenzioso (non meno di 400 ricorsi) che ha interessato la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, la Corte di cassazione e persino, ripetutamente, la Corte costituzionale.

A undici anni dalla data di entrata in vigore della legge n. 409 del 1985, sulla base delle esperienze acquisite, si è formato un unanime convincimento secondo il quale la soluzione adottata dell'ordine unico per le due professioni, quella di medico chirurgo e quella di odontoiatra, se da un lato ha semplificato ed ha reso operativamente facile ed immediata la costituzione dell'albo professionale degli odontoiatri nelle 95 province, dall'altro non ha rappresentato la giusta e coerente risposta all'esigenza primaria dell'autogoverno delle due professioni.

Al riguardo va posto nella dovuta evidenza il persistere di interessi vari ed articolati, talora contrastanti e difficilmente componibili tra medici ed odontoiatri. Inoltre l'albo professionale degli odontoiatri non registra tutti coloro che esercitano la relativa professione. Infatti gli articoli 4 e 5 della legge n. 409 del 1985 consentono agli specialisti in odontoiatria di rimanere comunque iscritti al solo albo professionale dei medici con l'apposita immatricolazione. Si è quindi venuto a creare un complesso di posizioni differenziate che hanno determinato un contesto entro il quale diviene ardua una gestione ed un controllo unitari e uniformi. Una serie di obiettive ragioni sollecita dunque l'istituzione di un ordine separato per la professione di odontoiatra. Inoltre, i rapporti e le interrelazioni riguardanti l'esercizio della professione a livello europeo verrebbero meglio coordinati e sviluppati se vi fosse anche in Italia il contributo della professione rappresentata da autonomi organismi similari e paritari.

Per le considerazioni su esposte e per le ragioni rappresentate in relazione a taluni particolari e non secondari problemi di carattere giuridico e professionale, che rischiano di rimanere insoluti se dovessero permanere le lacune normative della legge n. 409 del 1985, si è ravvisata la necessità di intervenire con la presente iniziativa per apportare gli opportuni correttivi alla legge e per introdurre le innovazioni che la realtà dei fatti richiede, al fine di garantire pienamente l'autogoverno delle due professioni con l'istituzione di un autonomo ordine degli odontoiatri separato da quello dei medici.

La presente proposta di legge si compone di 9 articoli.

L'articolo 1, sostituendo integralmente l'articolo 1 della legge n. 409 del 1985, afferma che per esercitare la professione sanitaria di odontoiatra è obbligatoria l'iscrizione all'albo professionale nazionale degli odontoiatri; viene pertanto esclusa l'annotazione prevista dall'articolo 5 della medesima legge. L'iscrizione all'albo professionale è consentita solo a coloro che abbiano conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra a seguito del prescritto esame di Stato. I titoli accademici per partecipare agli esami di Stato sono la laurea in medicina ed il diploma di specializzazione in campo odontoiatrico o la laurea in odontoiatria e protesi dentaria. In via transitoria è consentita l'iscrizione all'albo professionale ai laureati in medicina e chirurgia immatricolati al relativo corso di laurea entro l'anno accademico 1984-1985, ovvero ai laureati in medicina che, alla data di entrata in vigore della presente legge, siano in possesso di un di-

ploma di specializzazione in campo odontoiatrico. Oltre ad essere in possesso dei citati titoli essi debbono aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico. La norma in questione, nel rispetto delle decisioni della Corte costituzionale, accoglie il principio del riconoscimento delle situazioni già acquisite.

L'articolo 2, sostituendo l'articolo 2 della legge n. 409 del 1985, definisce gli organi in cui si articola l'ordine provinciale degli odontoiatri e annette al predetto ordine l'elenco transitorio aggiunto di cui al regio decreto-legge n. 20 del 1930.

L'articolo 3, sostituendo l'articolo 3 della legge n. 409 del 1985, definisce le figure che hanno titolo per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri ed i requisiti necessari per ottenere tale iscrizione.

L'articolo 4, sostituendo l'articolo 4 della legge n. 409 del 1985, definisce la struttura della federazione regionale degli ordini degli odontoiatri.

L'articolo 5, nel sostituire l'articolo 5 della legge n. 409 del 1985, definisce la struttura della Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri.

L'articolo 6, sostituendo il primo comma dell'articolo 7 della legge n. 409 del 1985, determina il riconoscimento del titolo di odontoiatra per i cittadini di Stati membri della Unione europea abilitati all'esercizio dell'odontoiatria in Italia.

L'articolo 7 indica i tempi della prima attuazione della legge ed alcune norme transitorie.

L'articolo 8 sancisce la tutela previdenziale dei laureati in odontoiatria.

L'articolo 9 sancisce la definizione di un motivo di radiazione dall'albo professionale degli odontoiatri, ulteriore rispetto a quelli già previsti dall'attuale normativa.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Professione di odontoiatra).

1. L'articolo 1 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 1. – 1. È istituita la professione sanitaria di odontoiatra.

2. Formano oggetto della professione sanitaria di odontoiatra le attività di diagnosi e terapia inerenti alle malattie e anomalie congenite ed acquisite dei denti e della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché le attività di prevenzione e riabilitazione odontoiatrica.

3. L'esercizio della professione di odontoiatra è consentito ai laureati in medicina e chirurgia od in odontoiatria in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita a seguito del superamento di un esame di Stato, di carattere specificamente professionale, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, ed iscritti all'albo provinciale degli odontoiatri, di cui all'articolo 3.

4. L'odontoiatra può prescrivere i medicamenti, gli esami di laboratorio e le indagini diagnostiche necessarie all'esercizio della professione ».

ART. 2.

(Ordine provinciale degli odontoiatri).

1. L'articolo 2 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 2. – 1. In ogni provincia sono costituiti gli ordini provinciali degli odontoiatri.

2. Sono organi dell'ordine provinciale degli odontoiatri, con durata in carica di quattro anni per gli organi elettivi: l'assemblea provinciale degli iscritti all'albo, il consiglio direttivo provinciale, il presidente, il

vice presidente, il segretario, il tesoriere ed il collegio dei revisori dei conti.

3. Ciascun ordine provinciale degli odontoiatri cura la tenuta dell'albo provinciale degli odontoiatri, di cui all'articolo 3, e l'elenco transitorio aggiunto, di cui al regio decreto-legge 13 gennaio 1930, n. 20, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 giugno 1930, n. 943.

4. In sede di prima attuazione del presente articolo, all'ordine provinciale degli odontoiatri sono automaticamente iscritti tutti i sanitari già regolarmente iscritti nell'albo professionale degli odontoiatri o nell'elenco degli specialisti esercenti l'odontoiatria presso l'ordine provinciale dei medici ».

ART. 3.

(Iscrizione all'albo professionale degli odontoiatri).

1. L'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 3 — 1. Presso ciascun ordine provinciale di cui all'articolo 2, è istituito un albo professionale provinciale degli odontoiatri, al quale sono iscritti gli esercenti la professione sanitaria di odontoiatra residenti nella provincia.

2. L'iscrizione all'albo professionale di cui al comma 1 è condizione per l'esercizio della professione di odontoiatra che può essere esercitata in tutto il territorio dello Stato.

3. L'esercizio della professione di odontoiatra in violazione alla disposizione di cui al comma 2 è punito ai sensi degli articoli 348 e 498 del codice penale, ove il fatto non costituisca un reato più grave.

4. Per l'iscrizione all'albo professionale provinciale degli odontoiatri è necessario:

a) essere cittadino italiano;

b) avere il pieno godimento dei diritti civili;

c) avere la residenza nella provincia nella quale è istituito l'ordine oppure eser-

citare in detto ambito in modo stabile e prevalente l'attività professionale.

5. Possono ottenere l'iscrizione all'albo professionale:

a) i laureati in odontoiatria, abilitati all'esercizio professionale;

b) i laureati in medicina e chirurgia, iscritti entro l'anno accademico 1984-1985 al relativo corso di laurea;

c) i laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abitazione all'esercizio professionale e di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico;

d) i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, di cui all'articolo 7, primo comma;

e) i cittadini stranieri che abbiano conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di odontoiatra in Italia che siano cittadini di uno Stato con il quale il Governo italiano abbia stipulato, sulla base della reciprocità, un accordo che consenta ad essi l'esercizio della professione in Italia e che abbiano il godimento dei diritti civili ».

ART. 4.

(Federazione regionale).

1. L'articolo 4 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 4. – 1. Gli ordini professionali degli odontoiatri nella medesima regione, ferma restando l'autonomia delle province autonome di Trento e di Bolzano, sono riuniti nella federazione regionale degli ordini degli odontoiatri con sede nella città nella quale è posto l'assessorato alla sanità della relativa regione.

2. Sono organi della federazione regionale degli ordini degli odontoiatri, con durata in carica di quattro anni per gli organi elettivi: l'assemblea regionale, il consiglio direttivo regionale, il presidente, il vicepresidente, il segretario, il tesoriere ed il collegio dei revisori dei conti.

3. Ogni quattro anni la federazione regionale degli ordini degli odontoiatri definisce il numero dei consiglieri che ciascun direttivo provinciale elegge in seno al consiglio direttivo regionale ».

ART. 5.

(Federazione nazionale).

1. L'articolo 5 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« ART. 5. – 1. Gli ordini provinciali degli odontoiatri sono riuniti nella Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri, con sede in Roma.

2. Sono organi della Federazione nazionale, con durata in carica di quattro anni: il consiglio nazionale, il comitato centrale, il presidente, il vice presidente, il segretario, il tesoriere ed il collegio dei revisori dei conti ».

ART. 6.

(Titoli di studio esteri).

1. Il primo comma dell'articolo 7 della legge 24 luglio 1985, n. 409, è sostituito dal seguente:

« Ai cittadini degli Stati membri dell'Unione europea che esercitano un'attività professionale nel campo dell'odontoiatria con le denominazioni di cui all'allegato A alla presente legge, e che sono in possesso dei diplomi, certificati e altri titoli di cui all'allegato B, purché conseguiti in uno degli Stati membri dell'Unione europea, è riconosciuto il titolo di odontoiatra ed è consentito l'esercizio della relativa attività professionale, definita ai sensi dell'articolo 1 ».

ART. 7.

(Norme di attuazione).

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge è

emanato il relativo regolamento di attuazione, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge i presidenti degli ordini provinciali dei medici-chirurghi ed il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi, convocano, rispettivamente, le assemblee provinciali degli iscritti all'assemblea degli odontoiatri ed il Consiglio nazionale della Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri per l'elezione dei consigli direttivi provinciali e del comitato centrale.

3. Nel primo anno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, gli ordini provinciali degli odontoiatri e la Federazione nazionale degli ordini degli odontoiatri possono fissare la loro sede presso gli ordini provinciali dei medici-chirurghi e la Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi.

ART. 8.

(Ente nazionale di previdenza e assistenza medici - ENPAM).

1. A decorrere dalla data di iscrizione all'albo professionale provinciale, di cui all'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, come sostituito dall'articolo 3 della presente legge, gli esercenti la professione sanitaria di odontoiatra sono obbligatoriamente iscritti al Fondo di previdenza generale dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza medici (ENPAM). I laureati in odontoiatria possono ricostruire a titolo oneroso il periodo pregresso, dalla data di prima iscrizione all'albo professionale tenuto dall'ordine dei medici-chirurghi.

2. A decorrere dalla data di iscrizione all'albo professionale provinciale di cui all'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, come sostituito dall'articolo 3 della presente legge, gli esercenti la professione sanitaria di odontoiatra che abbiano intrapreso un rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978,

n. 833, sono obbligatoriamente iscritti ai fondi speciali di previdenza assunti in gestione dall'ENPAM ai sensi dell'articolo 4, secondo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 2 settembre 1959, n. 931.

3. I medici-chirurghi che siano contemporaneamente iscritti all'ordine dei medici-chirurghi ed a quello degli odontoiatri sono tenuti ad una sola contribuzione all'ENPAM.

4. Su proposta del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, con decreto del Presidente della Repubblica, sono apportate le necessarie modifiche allo statuto dell'ENPAM, per garantire agli iscritti agli albi professionali provinciali degli odontoiatri di cui all'articolo 3 della legge 24 luglio 1985, n. 409, come sostituito dall'articolo 3 della presente legge, l'iscrizione al Fondo di previdenza generale dell'Ente e la rappresentanza in seno al consiglio nazionale, al comitato direttivo ed al collegio sindacale dell'Ente stesso.

ART. 9.

(Radiazione).

1. La radiazione dall'albo professionale degli odontoiatri è pronunciata, con le modalità di cui al regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, e successive modificazioni, anche nei confronti degli iscritti ai medesimi albi professionali che per due volte siano stati condannati per il reato di cui all'articolo 348 del codice penale.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1844

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CACCAVARI

Norme in materia di permessi retribuiti per i dirigenti dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordomuti

Presentata il 10 luglio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di legge mira sostanzialmente ad estendere la normativa sui permessi sindacali retribuiti ai dirigenti nazionali ed ai presidenti provinciali dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordomuti maggiormente rappresentativi delle persone sordomute.

Da quanto previsto dallo statuto dei lavoratori (legge 20 maggio 1970, n. 300), dalle norme sugli impiegati civili dello Stato di cui alla legge 18 marzo 1968, n. 249, dalle norme sul riordinamento degli enti parastatali di cui alla legge 20 marzo 1975, n. 70, per quanto concerne lo svolgimento delle attività di rappresentanza e di tutela di gruppi meritevoli di una particolare rilevanza sociale, deriva che occorre giustificare e retribuire un certo numero di assenze dal lavoro per l'espletamento dell'incarico rappresentativo.

Le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative dei lavoratori dipendenti non possono ragionevolmente occuparsi della rappresentanza delle persone sordomute, anche tenendo conto che il principio di debolezza sociale riconosciuto ai sordomuti è a maggior ragione evidente e ancora più meritevole di essere accompagnato e sostenuto.

Quanto all'aspetto dell'estensione dei permessi retribuiti ai soli dirigenti nazionali e ai presidenti regionali e provinciali dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordomuti, si sottolinea la particolare misura e ragionevolezza della previsione proprio in rapporto a quello specifico patrimonio di rappresentanza e

tutela che è tipico delle associazioni in parola. Al riguardo si osserva che il meccanismo previsto dalla presente proposta di legge, basato da un lato sulla determinazione da parte del Ministero dell'interno del numero massimo per ciascuna associazione di beneficiari dei permessi retribuiti e dall'altro sull'individuazione annuale degli stessi a cura delle associazioni di appartenenza, garantisce le opportune energie e la necessaria trasparenza nel corretto esercizio delle attività in oggetto.

La proposta di legge non prevede costi economici per il bilancio dello Stato e, considerando statisticamente lo stato del collocamento nel mondo del lavoro dei possibili beneficiari dei permessi retribuiti, non rappresenta neppure una significativa perdita di efficienza degli enti interessati sia per il numero modesto dei permessi, sia per il preavviso concesso, sia per la prevalente utilizzazione dei lavoratori sordomuti in mansioni a cui sono addetti contemporaneamente altri lavoratori.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. I dirigenti nazionali e i presidenti regionali e provinciali dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordomuti che hanno la rappresentanza e la tutela degli interessi materiali e morali dei sordomuti, qualora siano lavoratori dipendenti da soggetti pubblici o privati, hanno diritto a permessi retribuiti per presenziare alle riunioni degli organi collegiali dell'ente di cui facciano parte o per l'espletamento dell'attività associativa. Tali permessi non possono eccedere la durata di sessanta giorni lavorativi nell'anno solare.

2. La richiesta dei permessi retribuiti di cui al comma 1, con l'indicazione del tempo per cui si richiede il permesso, è inoltrata al datore di lavoro competente dall'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordomuti, con un preavviso di dieci giorni sulle date indicate.

ART. 2.

1. Il Ministro dell'interno, con proprio decreto da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, determina, tenuto conto dei rispettivi statuti, il numero massimo per ciascuna delle associazioni di cui all'articolo 1 delle persone destinate a fruire dei permessi retribuiti di cui al medesimo articolo 1.

2. Entro il 31 dicembre di ogni anno le associazioni di cui all'articolo 1 comunicano al Ministero dell'interno l'elenco nominativo dei propri dirigenti nazionali e dei presidenti regionali e provinciali in posizione di lavoro dipendente.

3. Copia dell'elenco nominativo di cui al comma 2 del presente articolo è inviata, a cura delle associazioni di cui all'articolo 1, ai datori di lavoro.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2282

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, GIANNOTTI, LABATE, LUMIA, GIACCO, SIGNORINO, BATTAGLIA, JANNELLI, CHIAVACCI, OLIVIERI, SAIA

Norme per il trattamento sanitario e sociale della sclerosi multipla

Presentata il 23 settembre 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Ogni malattia, di per sè, costituisce un problema per l'equilibrio della persona, per l'assetto familiare, per l'ambiente lavorativo, per i problemi economici che ne derivano, sia per il paziente che per la società. Se è vero che gran parte delle malattie si risolvono in un decorso più o meno breve o, comunque, consentono un'attuazione delle capacità relazionali in modo valido, nel caso della sclerosi multipla ci troviamo di fronte ad un processo morboso del tutto particolare perché interviene nell'età giovanile-adulta, coincidendo con le fasi più produttive dell'esistenza, perché può essere progressivamente invalidante creando – più o meno precocemente – livelli di invalidità ingravescenti, perché è compatibile con una lunga sopravvivenza, perché determina spiccate e, spesso, devastanti ripercussioni non solo nel paziente ma nell'intero *entourage* familiare.

Gli studi epidemiologici condotti in Italia hanno permesso di valutare un tasso di prevalenza della malattia pari a settanta persone affette su centomila, con una incidenza annua media di cinque casi per centomila, esclusa la situazione in Sardegna, dove sia la prevalenza che la incidenza appaiono nettamente più elevate per fat-

tori neurogenetici che i ricercatori stanno individuando.

Questi studi permettono di definire il fenomeno in Italia ponendo problemi assistenziali, sanitari e lavorativi definiti per quantità e qualità.

La diffusione delle malattie demielinizzanti è tale per cui si pone in diagnosi differenziale ogni qualvolta un soggetto giovane-adulto presenta disturbi motori o sensitivi. Una loro precoce individuazione da parte delle strutture sanitarie evita drammatici e lunghi *iter* diagnostici, permettendo di affrontare la malattia al suo esordio.

La sclerosi multipla è la più diffusa delle malattie demielinizzanti ed è una malattia infiammatoria della sostanza bianca del sistema nervoso centrale ad eziologia sconosciuta ma che, ultimamente, è stata inquadrata tra le malattie autoimmuni.

A seconda delle zone interessate dalla malattia nel sistema nervoso centrale compaiono disturbi motori, sensitivi, sensoriali (visivi-uditivi), sfinterici, sessuali, affettivi e cognitivi. L'evoluzione della malattia è sostenuta dal formarsi di nuove aree di infiammazione (le placche che hanno portato alla definizione di « sclerosi a placche ») che sul piano clinico possono evidenziarsi in forma acuta con sintomi e successiva remissione oppure con una progressione della disabilità motorio-sensitiva.

È una malattia che preferibilmente inizia tra i venti ed i quarant'anni di età, con una prevalenza nel sesso femminile di tre ad uno rispetto a quello maschile e con una durata media di trentacinque-quaranta anni. Essa incide in maniera drammatica non solo sulla qualità della vita dei pazienti e sulla loro capacità lavorativa, ma si riverbera in modo notevole sulla qualità di vita dei familiari.

La durata della malattia, l'invalidità che comporta, la rilevanza socio-economica che ne derivano sono dovute ad un non corretto approccio terapeutico e riabilitativo, legato alle scarse conoscenze scientifiche ed alla non comprensione delle conseguenze.

Attualmente la diagnosi della malattia avviene con elementi di precocità e certezza nelle strutture neurologiche in dipendenza della presenza di strutture diagnostiche, sia radiologiche che di laboratorio, adeguate. Ciò avviene in conformità ai criteri diagnostici messi a punto a livello internazionale (*Poser* '81) e universalmente accettati.

Rimane più problematico il problema della diagnosi di quale sia la malattia; in ogni singolo paziente, infatti, essa viene influenzata nel suo decorso fin dal momento dell'impatto diagnostico. Le informazioni che vengono fornite al paziente sono infatti di una malattia la cui causa è a tutt'oggi sconosciuta e per la quale non esiste terapia certa. Questi elementi contribuiscono o possono contribuire a creare situazioni di angoscia o di fuga dal problema della malattia. Il tipo di approccio risulta dunque essenziale sia per il paziente che per la famiglia, la quale si ritrova ad avere informazioni da fonti non scientifiche quali amici, *mass-media*, testi informativi che improntano le scelte nel breve periodo. In questa fase non viene proposto normalmente un messaggio di programma rispetto alla propria esistenza, con la sensazione di dipendere unicamente dalla causalità della malattia. Spesso, le richieste di informazioni non trovano nessuna risposta, a meno che non si proponga al paziente il tentativo scientifico di interpretare la sua specifica malattia attraverso una presa in carico da parte di specialisti. Essi saranno preposti a regolamentare sia il primo impatto sia lo sviluppo della malattia attraverso meccanismi di garanzia che possono sostituirsi in modo scientifico ai messaggi di angoscia e disperazione espressi.

Il progetto terapeutico così espresso si consolida attraverso controlli effettuati presso il centro medico dall'*équipe* di specialisti operanti al suo interno od attraverso strutture collegate. I controlli devono assumere una cadenza programmata sia per protocolli che per situazioni di emergenza, evitando il meccanismo automatico del riconoscimento del terapeuta solo in caso di necessità.

Questo meccanismo di osservazione seriato e programmato consente lo studio non

solo della fase di riacutizzazione clinicamente evidenti ma anche lo studio e la interpretazione delle fasi della malattia; lo strumento in uso è la valutazione scientifica dei sistemi funzionali esplorabili nel sistema nervoso centrale.

La malattia è multisistemica e ogni sistema funzionale ha un suo modo d'esame (occhio, vescica, memoria, attenzione, postura). Ne risulta che, pur trattandosi di una malattia neurologica, l'approccio diagnostico e terapeutico deve appartenere alle discipline specialistiche di competenza.

Questo modello consente un approccio di studio e di intervento terapeutico sui singoli sistemi funzionali ma anche l'interpretazione di insieme dell'evoluzione della malattia.

Recenti lavori hanno messo in discussione l'inquadramento delle forme cliniche, lasciando spazi aperti rispetto a tutti i malati che non presentino forme con ricadute o progressive.

Il numero di malati che presenta questo tipo di non classificazione rappresenta una larga parte di malati che chiedono, a giusta ragione, un intervento sanitario volto a fermare la progressione della malattia. Lo studio del suo sviluppo, dell'interferenza dei farmaci e dell'interferenza di altre patologie organiche è essenziale per qualsiasi progetto assistenziale. Si tratta, dunque, di uno studio epidemiologico sui livelli di disabilità prodotti dalla malattia e sulla influenza dei modelli terapeutici.

L'assistenza al paziente affetto da sclerosi multipla ha una valenza ambulatoriale o da *day-hospital* e, solo eccezionalmente, da ricovero.

L'osservazione e l'assistenza sono espletate da *équipe* costituite, di base, da un medico neurologo, un fisiatra, uno psicologo – psichiatra e da personale paramedico multidisciplinare, quale l'infermiere, il terapista della riabilitazione, l'assistente sociale, in raccordo con gli specialisti medici oculisti, urologi, sessuologi ed immunologi. Per quanto attiene i pazienti con patologie a grave disabilità appare una premessa indispensabile il tentativo di evitare la cronicizzazione. Ciò può avvenire attraverso un intervento domiciliare integrato che consenta l'utilizzo delle risorse motorie del paziente anche attraverso la prescrizione di ausilii specifici e l'addestramento all'uso di tali ausilii ed il coordinamento all'esterno del domicilio utilizzando il volontariato e le strutture socio-assistenziali esistenti.

Per i pazienti con grave disabilità i progetti di prevenzione delle complicanze della riduzione motoria e della postura obbligata appaiono necessari al fine di un miglioramento del livello di vita ed assistenziale e per evitare i ricoveri legati alle complicanze del danno terziario, quali piaghe da decubito e cateterizzazione a permanenza.

Le conseguenze di un approccio di tal genere sono sia istituzionali che organizzative. A livello istituzionale si ritiene indispensabile che rientri nella programmazione del Piano sanitario nazionale la specificità di interventi per malattie quali la sclerosi multipla, volti ad impedire sia la ospedalizzazione che la cronicizzazione, ma volti ancora di più a definire modelli diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Il ruolo che deve assumere l'ente regione, diviene essenziale per il rilevamento dei dati di epidemiologia clinica e di epidemiologia della disabilità, per l'attuazione dei modelli diagnostici e terapeutici e per la programmazione degli interventi.

È necessario ricordare che per tutti i problemi della disabilità l'intervento sulle problematiche sanitarie rimane il momento più essenziale per il paziente ma non è il momento più importante dell'opera del legislatore che deve guardare e trattare le problematiche economiche, pensionistiche, sociali, lavorative e rieducative che ne conseguono.

Articolo 1. Essendo la sclerosi multipla una realtà sociale che va affrontata, oltre che sotto l'aspetto medico-riabilitativo anche sotto l'aspetto socio-operativo e familiare, non può prescindere dalla realtà locale e deve pertanto inserirsi nell'attuazione di un progetto operativo regionale, con una responsabilizzazione della regione a livello sia operativo che finanziario. La regione, nell'ambito del piano sanitario,

predisporrà azioni programmate ed iniziative dirette a fronteggiare la sclerosi multipla. Essa attiverà:

a) ricerche epidemiologiche, tenendo presente che i problemi epidemiologici vanno affrontati secondo una logica aderente alle specifiche esigenze di organizzazione e conduzione dei servizi; specificatamente, la valutazione epidemiologica, compresa quella che riguarda le variazioni geografiche, deve strettamente connettersi, da un lato, alla ricerca su modelli di valutazione del carico della malattia per i circostanti in funzione del grado di disabilità e, dall'altro, alla ricerca su modelli di operatività dei servizi sia in campo strettamente terapeutico che riabilitativo che tengano conto delle realtà sociali territoriali dal momento che le specificità socio-economiche e culturali rendono spesso scarsamente trasferibili i modelli elaborati in altri Paesi o in altre zone;

b) intervento sanitario di diagnosi e cura: bisogna razionalizzare gli interventi diagnostici e terapeutici, spesso costosi, con la creazione di poli o strutture specialistiche che svolgeranno attività di prevenzione mediante controlli programmati di cura della malattia;

c) iniziative di ricerca nel campo della epidemiologia ma anche nei protocolli terapeutici e riabilitativi, promuovendo studi multicentrici e *standard* di interventi finalizzati;

d) promozione dell'informazione che deve essere rivolta ai pazienti in prima istanza, ai loro familiari di conseguenza ma anche alle strutture sanitarie nell'individuazione dei fabbisogni e nell'*iter* amministrativo sanitario da perseguire.

Articolo 2. Rilevazione delle strutture specifiche per pazienti affetti da sclerosi multipla che possono avere la definizione di centri e che devono seguire gli *standard* diagnostici internazionalmente proposti.

I centri così individuati dovranno occuparsi dei problemi attinenti ai programmi riabilitativi ed all'intervento programmato a seconda della gravità della malattia, distinguendo gli interventi della fase acuta da quelli sulla perdita dell'autonomia del paziente, onde evitare, da un lato, la ospedalizzazione e, dall'altro, la istituzionalizzazione.

La finalità preminente è quindi quella di una risposta adeguata ai modelli terapeutici avanzati per il conseguimento di una migliore qualità di vita.

Si propone il coordinamento regionale dei centri a seconda delle realtà locali, volto alla reale verifica dell'attuazione degli *standard* sia di assistenza che clinici, in stretto raccordo con l'associazione degli ammalati.

Il coordinamento avrà lo scopo di programmare e verificare nuovi progetti farmacologici e riabilitativi, indirizzando i centri ad utilizzare le modalità assistenziali di *day-hospital*, di ambulatorio e di ospedalizzazione domiciliare attraverso le specifiche competenze.

L'articolo 3 specifica norme per l'assistenza ospedaliera e farmaceutica.

L'articolo 4 stabilisce i rapporti con il volontariato.

All'articolo 5 è indicata la copertura finanziaria per gli anni 1997 e 1998.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Finalità).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari, progetti – obiettivo, azioni programmate ed altre iniziative dirette a fronteggiare la sclerosi multipla, considerata quale malattia di alto interesse sociale.

2. Gli interventi regionali di cui al comma 1 sono rivolti:

a) alla rilevazione epidemiologica dell'incidenza e della prevalenza della sclerosi multipla nell'ambito dei rispettivi territori;

b) alla diagnosi precoce della sclerosi multipla;

c) al controllo programmato della malattia sul territorio mediante esami clinici e strumentali adeguati al fine di prevenire o cogliere sul nascere la riacutizzazione della malattia;

d) alla cura e riabilitazione dei malati di sclerosi multipla, provvedendo anche alla fornitura a domicilio delle apparecchiature, degli ausilii e dei presìdi sanitari necessari per il trattamento complessivo;

e) a favorire l'educazione e l'informazione sanitaria del cittadino malato, dei suoi familiari, nonché della popolazione, con riferimento alla diagnosi ed alla cura della sclerosi multipla;

f) ad agevolare l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei malati di sclerosi multipla, provvedendo ad una periodica valutazione delle capacità operative del malato e rapportandole al proprio ruolo lavorativo, intervenendo con ausilii e sostegni, ove necessario, nel posto di lavoro e programmando l'attività con gli organi competenti;

g) a provvedere alla preparazione ed all'aggiornamento professionale del personale socio-sanitario addetto;

h) a promuovere programmi di ricerca finalizzati a migliorare le conoscenze cliniche e di base della malattia per aggiornare la possibilità di diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione, anche con il concorso di più regioni per finanziare piani di ricerca presso strutture adeguate;

i) a fornire ai malati di sclerosi multipla il materiale medico, tecnico e farmaceutico per la cura e la riabilitazione della malattia, qualora questo non sia già garantito dal Servizio sanitario nazionale.

ART. 2.

(Competenze).

1. Le regioni riconoscono e promuovono centri per la cura e l'assistenza dei pazienti con sclerosi multipla che abbiano le finalità di cui all'articolo 1. Istituiscono, altresì, un coordinamento dei centri a livello regionale con il compito di indirizzare e controllare l'ottimizzazione delle finalità medesime, mediante la rilevazione dei dati sulla malattia e sulla disabilità e la promozione di protocolli clinici, riabilitativi e terapeutici per un costante aggiornamento sulla patologia.

2. Le regioni predispongono interventi per l'istituzione dei centri e del coordinamento di cui al comma 1, con riferimento agli indirizzi del Piano sanitario nazionale, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.

3. Le regioni assicurano ai centri di cui al comma 1 strutture, personale ed attrezzature adeguati alla consistenza numerica dei pazienti assistiti e della popolazione residente, sulla base di valutazioni epidemiologiche e delle funzioni di cui al medesimo comma 1.

4. Le regioni, ove non esista una struttura organizzata in centro, ai sensi del comma 1, devono avvalersi del supporto assistenziale dei servizi di neurologia ospedalieri esistenti purché dotati di strumenti idonei al conseguimento di *standard* diagnostici funzionali.

5. Le regioni predispongono specifici stanziamenti per promuovere e sostenere le attività di ricerca volte alla conoscenza e alla cura della sclerosi multipla, nelle zone dove esistono strutture adeguate.

ART. 3.

(Assistenza ospedaliera e farmaceutica).

1. I centri di cui all'articolo 2 rilasciano ai pazienti affetti da sclerosi multipla un certificato di esonero dal pagamento dei *ticket* per le prestazioni di diagnostica effettuate in regime ospedaliero relative alla citata patologia.

2. Al fine di incentivare e facilitare il trattamento domiciliare dei pazienti affetti da sclerosi multipla è consentita la prescrizione di farmaci in quantitativi adeguati a garantire la relativa terapia per un periodo massimo di trenta giorni.

ART. 4.

(Rapporti con il volontariato).

1. Per il raggiungimento delle finalità di cui alla presente legge i centri di cui all'articolo 2 e le aziende sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e del sostegno delle associazioni del volontariato nelle forme e nei limiti previsti dalla legge 11 agosto 1991, n. 266.

ART. 5.

(Copertura finanziaria).

1. L'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in lire 40 miliardi per ciascuno degli anni 1997 e 1998, è posto a carico del Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

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

Atti Parlamentari — 1 — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3199

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, CORSINI, DEL BONO, FIORONI, OLIVIERI

Norme per la prevenzione e la cura delle malattie del connettivo e dell'artrite reumatologiche

Presentata il 12 febbraio 1997

ONOREVOLI COLLEGHI ! — In questi ultimi anni è accaduto che talune patologie, sulla base di un indubbio impatto emotivo, siano state privilegiate nei confronti di altre, per così dire « silenziose », ma non meno importanti per i gravi danni che arrecano ai malati e per l'imponente onere sociale che implicano. In questo contesto vanno sicuramente annoverate alcune malattie reumatiche. L'equivoco di accomunare banali disturbi reumatici alle grandi malattie reumatiche invalidanti ha svilito la gravità di tali affezioni.

Le malattie reumatiche sono molto diffuse: colpiscono circa il 10 per cento della popolazione e ciò mette in evidenza lo scarso rilievo del fattore clima, in quanto non esiste alcuna fondamentale differenza fra la loro prevalenza sia in Paesi a clima freddo, sia in regioni a clima temperato e tropicale. Nell'elenco delle malattie reumatiche sono incluse talune che hanno un'incidenza molto elevata, in quanto legate ad una condizione prevalentemente degenerativa come la osteoartrosi più nota come artrosi. L'estensione di questa patologia degenerativa a fasce molto estese di popolazione in età avanzata rende improponibile una legislazione *ad hoc* senza che si incida pesantemente sul bilancio della sanità.

L'esigenza di una legislazione è, invece, molto avvertita per talune malattie reumatiche quali le poliartriti e le connettiviti sistemiche le cui caratteristiche comuni sono quelle di incidere sulla attesa nonché

sulla qualità di vita per la frequente invalidità e per il frequente coinvolgimento di organi interni che determinano.

Alle soglie del terzo millennio, pertanto, le poliartriti e le malattie del connettivo (*lupus eritematoso* sistemico, sclerodermia, dermatomiosite, panarterite nodosa, vasculiti) rappresentano delle gravi malattie sociali anche per il numero e l'età giovanile dei pazienti che ne sono colpiti.

Lo Stato deve fornire una risposta adeguata attraverso un sistema organico di interventi e supporti per finalizzare gli impegni nei settori dell'assistenza, della cura, della riabilitazione e della ricerca scientifica. Per quest'ultimo aspetto, va ricordato come le poliartriti e le malattie del connettivo sono affezioni delle quali a tutt'oggi non si conoscono le precise cause che innescano le alterazioni immunologiche (autoimmunità) responsabili delle manifestazioni cliniche.

L'artrite reumatoide e quella psorisiaca sono affezioni a diversa espressività per ciò che concerne la gravità e l'estensione del danno articolare e in un terzo dei casi circa possono risultare altamente invalidanti; inoltre nell'artrite reumatoide si possono avere complicazioni extrarticolari di gravità tale da ridurre sensibilmente la qualità di vita.

Differentemente dalle poliartriti, le malattie del connettivo sono responsabili di gravi danni a molti organi o sistemi quali il rene, il polmone, il sistema nervoso centrale, i muscoli e l'apparato vascolare.

L'età di insorgenza di queste patologie è varia: spesso sono colpiti individui in età giovanile e media con una forte prevalenza per il sesso femminile; si tratta sempre e comunque di soggetti in attività lavorativa.

I pazienti colpiti da poliartrite vanno incontro a progressiva e spesso ineluttabile deformazione delle articolazioni, per cui queste perdono la capacità di svolgere le loro funzioni; tutto ciò comporta una progressiva riduzione della capacità funzionale fino ad una invalidità che rende l'individuo del tutto disabile.

Le artriti e le malattie del connettivo reumatiche sono con frequenza cause di mortalità in conseguenza delle patologie collegate che interessano organi interni. Quali le consistenze numeriche di queste patologie? Purtroppo in Italia non esistono dati epidemiologici certi e pertanto quelli che si riescono a raccogliere provengono da rilievi parziali in talune regioni e da estrapolazione di valori riportati in casistiche di altri Paesi, prevalentemente nordeuropei. I dati di seguito riferiti debbono considerarsi, quindi, come stimati. Mentre per le poliartriti (reumatoide e psorisiaca) si può parlare di circa 400.000 casi, per le connettiviti la cifra stimata si aggira attorno a 40.000.

Le poliartriti e le malattie del connettivo, per la loro cronicità di evoluzione e per il frequente danno invalidante, determinano un costo assistenziale molto elevato: per i soli costi diretti l'onere è valutato intorno ai 17.000 miliardi di lire annui, mentre più consistenti, anche se di più difficile quantificazione, sono quelli indiretti. Basti pensare alle pensioni, alle assenze dal lavoro e agli assegni di accompagnamento.

La presente proposta di legge tende a razionalizzare l'intervento dello Stato, attraverso le regioni, per garantire ai malati un'assistenza adeguata e per predisporre un'appropriata opera di ricerca e di prevenzione.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Finalità ed interventi).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno il compito di attuare, in conformità con i rispettivi piani sanitari, progetti e iniziative finalizzate alla diagnosi, alla prevenzione e alla cura di malattie di elevato rilievo sociale.

2. Le iniziative regionali e provinciali di cui al comma 1 sono finalizzate a:

a) individuare la diffusione e l'incidenza delle poliartriti e delle malattie del connettivo nell'ambito dei rispettivi territori;

b) prevenire, diagnosticare preventivamente, curare e riabilitare i pazienti interessati; devono essere previste, in particolare, l'individuazione e la razionalizzazione degli interventi diagnostici finalizzati soprattutto alla diagnosi precoce, al fine di intervenire nelle prime fasi della malattia e limitarne l'evoluzione;

c) diffondere una adeguata informazione sanitaria preventiva e terapeutica, nel territorio, sulle suddette malattie;

d) rendere più agevole l'inserimento dei malati in ogni settore della vita sociale e lavorativa;

e) provvedere alla formazione permanente del personale socio-sanitario addetto, ovvero medici e specializzandi di medicina, infermieri e fisioterapisti;

f) promuovere programmi di ricerca finalizzati a migliorare le conoscenze eziopatogenetiche e cliniche delle malattie;

g) autorizzare, secondo opportune direttive regionali o provinciali, il prelievo gratuito dei farmaci, per i quali è previsto il pagamento di un *ticket*. Le stesse direttive delle regioni e delle province autonome, devono prevedere altresì:

1) l'esonero dal pagamento del *ticket* per le prestazioni di diagnostica, ne-

cessarie alla diagnosi e al monitoraggio delle malattie, nonché al monitoraggio dei parametri correlati alla tossicità dei farmaci utilizzati in terapia;

2) la fornitura di mezzi protesici;

3) la fornitura di ausili vari;

h) prevedere contributi per le spese sostenute dal malato o dal nucleo familiare finalizzate all'abbattimento di barriere architettoniche nella dimora domiciliare o all'acquisto di presìdi strumentali di ausilio al miglioramento delle capacità funzionali del malato.

ART. 2.

(Disposizioni per le regioni e le province autonome).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano nel loro territorio strutture specialistiche ospedaliere reumatologiche ed universitarie altamente qualificate, già operanti, denominate « centri regionali di riferimento per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione dei malati di poliartriti e malattie del connettivo e per la ricerca epidemiologica». Vengono altresì riconosciuti i centri regionali di riferimento per la diagnosi e la cura delle malattie reumatiche autoimmuni sistemiche e del connettivo già operanti. I responsabili di tali centri indicano, fra questi, un centro che è riconosciuto, per la durata di un biennio eventualmente rinnovabile, come centro di coordinamento per i rapporti con la regione o con la provincia autonoma.

2. Compito e scopi del centro di coordinamento di cui al comma 1 sono quelli di raccogliere i dati clinico-epidemiologici provenienti dalle strutture specialistiche regionali e provinciali o dall'attività della medicina di base fungendo da osservatorio epidemiologico e da elemento propositivo per la regione o provincia autonoma per la elaborazione di una politica sanitaria di ottimizzazione delle attività specialistiche reumatologiche e di immunologia clinica. Al centro di coordinamento, e solo per il

periodo in cui esso è riconosciuto come tale, è garantito dalla regione o dalla provincia autonoma un supporto di personale amministrativo, con compiti di raccolta dei dati e di coordinamento dell'attività assistenziale; tale personale deve avere elevata qualificazione in campo amministrativo e in quello dell'informatica mentre il centro di coordinamento provvede specificamente alla raccolta di ogni dato elaborato anche dagli altri centri di riferimento e dalle altre strutture specialistiche reumatologiche o dall'attività della medicina di base in tema di:

a) ricerche epidemiologiche;

b) farmacovigilanza sui farmaci antireumatici;

c) iniziative attuate al fine di coordinare ogni possibile integrazione e sinergia terapeutica con discipline cliniche di supporto, con particolare riguardo alle attività di tipo riabilitativo, dello stato di attuazione delle iniziative tendenti:

1) a fornire ai pazienti un attestato che certifichi la malattia da cui sono affetti. Tale documento permette di identificare i pazienti a cui spetta l'esonero parziale o totale dai *ticket* previsti dalle disposizioni vigenti;

2) alla segnalazione semestrale dei nuovi casi di poliartrite e malattie del connettivo ad un istituendo Registro nazionale di tali affezioni;

3) alla sperimentazione di nuovi farmaci.

3. Le regioni con popolazione inferiore ad un milione di abitanti, per ragioni di efficienza ed economia delle risorse, possano costituire un consorzio con regioni limitrofe per l'istituzione del centro di coordinamento di cui al comma 1.

4. Le regioni che non hanno centri di riferimento possono consociarsi con regioni limitrofe che ne siano dotate.

5. Le regioni e le province autonome predispongono quanto necessario per l'attività del centro di coordinamento di cui al comma 1, con riferimento agli indirizzi del

piano sanitario nazionale e nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.

6. Le regioni e le province autonome stabiliscono appositi stanziamenti destinati ai centri di riferimento per promuovere e sostenere attività di ricerca rivolte alla prevenzione, alla diagnosi e alla riabilitazione della poliartrite e delle malattie del connettivo.

ART. 3.

(Informazione sui centri).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno il compito di rendere note, con modalità adeguate e nelle forme più appropriate per fornire una informazione capillare, le sedi e le attività assistenziali dei centri di coordinamento e dei centri di riferimento già esistenti sul territorio di cui all'articolo 2.

ART. 4.

(Associazioni riconosciute).

1. Per conseguire gli scopi previsti dalla presente legge, i centri di cui all'articolo 2 e le aziende unità sanitarie locali si avvalgono della collaborazione e del sostegno delle associazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dalla legge 11 agosto 1991, n. 266, e successive modificazioni.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono, altresì, autorizzare i centri di cui all'articolo 2 e le aziende unità sanitarie locali ad avvalersi della collaborazione delle associazioni nazionali, regionali e locali dei malati reumatici e familiari, purché queste siano senza fine di lucro.

ART. 5.

(Copertura finanziaria).

1. L'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in lire 10

miliardi per il 1997 ed in lire 80 miliardi per ciascuno degli anni 1998 e 1999, è posto a carico del Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

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

3. I finanziamenti sono ripartiti in base alla consistenza delle singole regioni e delle province autonome, alla popolazione residente, nonché alle documentate funzioni dei centri ivi istituiti, ai sensi dell'articolo 2, tenuto conto delle attività specifiche di diagnosi e cura e, ove attuabili, di ricerca.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3234

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, CORSINI, GATTO, GIACCO. BATTAGLIA, GIANNOTTI, LUCIDI, PERUZZA, SIGNORINO

Modifica all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di erogazione di prestazioni specialistiche nelle aziende sanitarie locali

Presentata il 18 febbraio 1997

Onorevoli Colleghi ! — Il comma 5 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, così come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, prevede che le aziende sanitarie locali possano avvalersi, per la erogazione delle prestazioni specialistiche, oltre che dei propri medici dipendenti, anche di professionisti esterni con i quali instaurare un apposito rapporto fondato sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa.

La presente proposta di legge intende dare alcune linee di indirizzo circa la regolamentazione di tali rapporti per evitare il rischio che le aziende sanitarie locali gestiscano in maniera del tutto discrezionale e differenziata sul territorio nazionale tali rapporti. A tal fine si propongono elementi di trasparenza partendo dalla previsione di una contrattazione collettiva nazionale con le organizzazioni sindacali, pur nella chiarezza, voluta dal precedente legislatore, di una forma di rapporto di lavoro libero professionale e non parasubordinato come è invece previsto nella precedente convenzione della specialistica ambulatoriale interna, ora ad esaurimento, ai sensi del comma 8 dell'articolo 8 del decreto legislativo, n. 502 del 1992, e successive modificazioni.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. All'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 9 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dopo le parole: « i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta » sono inserite le seguenti: « e gli specialisti ambulatoriali ».

ART. 2.

1. Dopo il comma 1-*bis* dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 9 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, è inserito il seguente:

« *1-ter.* Il Servizio sanitario nazionale può erogare le prestazioni specialistiche negli ambulatori pubblici oltre che utilizzando gli specialisti di cui al comma 8, anche mediante medici specialisti con i quali instaura un rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, disciplinato da apposito accordo collettivo nazionale di durata triennale stipulato ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detto accordo deve tenere conto dei seguenti princìpi:

a) prevedere che il rapporto di lavoro è a tempo indeterminato con verifica triennale;

b) individuare modalità di accesso che garantiscano una selezione obiettiva attraverso meccanismi semplificati;

c) stabilire un compenso orario onnicomprensivo demandando ad appositi accordi regionali la disciplina di eventuali meccanismi premianti il raggiungimento di

obiettivi, stabiliti dalle aziende sanitarie locali, tesi alla ottimizzazione dell'uso delle risorse;

d) prevedere che le aziende sanitarie locali individuino, anche di concerto, modalità di articolazione e di coordinamento tese ad una completa integrazione dell'attività dello specialista in ambito territoriale e ospedaliero anche al fine di utilizzare per intero le potenzialità delle tecnologie presenti nelle strutture pubbliche;

e) prevedere il regime delle incompatibilità secondo quanto previsto dall'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 ».

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3329

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, ABATERUSSO, BALOCCHI, BARTOLICH, BATTAGLIA, BONITO, CAMOIRANO, CENNAMO, CORSINI, DEDONI, LEONE DELFINO, DIVELLA, FILOCAMO, GAETANI, GIACALONE, GIACCO, LENTO, LUMIA, MAGGI, PEZZONI, ROSSIELLO, RUZZANTE, SAIA, SICA, SAONARA, VALPIANA

Istituzione di un ruolo ad esaurimento dei dirigenti superiori della Polizia di Stato

Presentata il 28 febbraio 1997

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il decreto legislativo 12 maggio 1995, n. 197, ha dato attuazione all'articolo 3 della legge 6 marzo 1992, n. 216, in materia di riordino delle carriere del personale non direttivo della Polizia di Stato

In pratica, tale provvedimento ha comportato benefici di carriera, con inquadramento nei ruoli superiori, per gli appartenenti alla Polizia di Stato, dalla qualifica di assistente a quella di ispettore capo, con esclusione del solo personale dei ruoli dei commissari e dei dirigenti.

Questa esclusione, unitamente al particolare sistema di avanzamento previsto dalla vigente normativa, ha ingenerato un notevole malcontento nella categoria dei funzionari, la maggioranza dei quali si vede preclusa ogni possibilità di progressione di carriera.

Ne consegue, quindi, una forte demotivazione degli stessi con inevitabili riflessi negativi nell'espletamento delle molteplici attività istituzionali ad essi demandate.

È necessario, pertanto, porre in essere adeguate iniziative per venire incontro alle esigenze in parola ed attenuare questo stato di disagio.

Esaminando, in particolare, la normativa concernente le promozioni dei funzionari, si rileva l'esistenza di disposizioni differenziate: per i funzionari inquadrati nei ruoli ad esaurimento, ai sensi degli articoli 19 e 26 del decreto del Presidente della Repubblica 24 aprile 1982, n. 336, viene assicurata una progressione di car-

riera secondo precisi criteri di avanzamento, mentre non altrettanto accade per quelli appartenenti al ruolo ordinario (articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 24 aprile 1982, n. 335).

Per questi ultimi, infatti, in sede di avanzamento, vengono adottati criteri improntati a larga discrezionalità da parte del consiglio di amministrazione, per cui si verifica che una consistente aliquota di primi dirigenti, pur avendo svolto le proprie funzioni con il massimo impegno e rendimento, non riesce a progredire ulteriormente nella carriera e ad ottenere il dovuto riconoscimento.

Tale situazione si ripercuote in senso negativo sui funzionari più giovani, i quali non vedono realizzate le loro legittime aspirazioni di carriera, a causa della lunga permanenza nella qualifica di primo dirigente di una elevata aliquota di funzionari.

A conforto di quanto esposto si registra un dato molto significativo: alla data odierna vi sono circa ottanta primi dirigenti con una anzianità di qualifica di oltre sedici anni e alcuni di essi raggiungono, persino, ventiquattro anni di anzianità.

Si ritiene, pertanto, necessaria l'istituzione di un ruolo ad esaurimento dei dirigenti superiori nel quale far confluire, a domanda, i primi dirigenti in possesso dei seguenti requisiti:

anzianità di servizio non inferiore ai venticinque anni, per cui già usufruiscono del trattamento economico del dirigente superiore (articolo 43 della legge 1° aprile 1981, n. 121);

permanenza nella qualifica, senza demerito, per almeno dieci anni.

Con tale disposizione si sortirebbero i seguenti effetti positivi:

il giusto riconoscimento morale per i primi dirigenti anziani;

lo sblocco nell'avanzamento per i funzionari più giovani;

la possibilità di affidare la funzione di ispettore generale ad un maggior numero di dirigenti superiori dotati di notevole esperienza, che potrebbero essere assegnati agli uffici ispettivi periferici, dando così concreta attuazione al decreto interministeriale istitutivo del 16 gennaio 1996, emanato per realizzare un più capillare ed incisivo esercizio nel territorio delle funzioni ispettive previste dall'articolo 5 della legge n. 121 del 1981.

La presente proposta di legge, infine, non comporta oneri economici diretti in quanto, come sopra esplicitato, detti funzionari percepiscono già lo stipendio della qualifica superiore.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. Nell'ambito dell'Amministrazione della pubblica sicurezza è istituito il ruolo ad esaurimento del personale della Polizia di Stato che espleta funzioni di polizia, comprendente l'unica qualifica di dirigente superiore, riservato ai primi dirigenti che hanno maturato almeno dieci anni di anzianità nella qualifica, senza demerito, e venticinque anni di servizio.

2. L'accesso al ruolo di cui al comma 1 avviene su domanda degli interessati da presentare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. L'inquadramento è disposto secondo l'ordine di ruolo, permanendo per il collocamento a riposo i limiti di età previsti nel ruolo di provenienza.

4. Nei confronti del personale del ruolo ad esaurimento di cui al comma 1 si applica l'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 24 aprile 1982, n. 336.

5. Il personale inquadrato nel ruolo ad esaurimento di cui al comma 1 è prevalentemente impiegato negli uffici ispettivi periferici con le funzioni di ispettore generale.

6. Per il personale che, alla data di entrata in vigore della presente legge, ha superato il sessantaduesimo anno di età, si prescinde dal requisito della anzianità di tre anni nella qualifica prevista per il godimento del beneficio di cui all'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 24 aprile 1982, n. 336.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3601

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, BATTAGLIA, SIGNORINO, TATTARINI, CORSINI, GIANNOTTI, GIACCO

Aumento dei limiti di pena detentiva per la concessione di benefici ai detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti

Presentata il 17 aprile 1997

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La complessità degli eventi esistenziali che caratterizzano l'esperienza di tossicodipendenza producono condizioni di frequente emarginazione e comportamenti anche illegali che segnano profondamente la vita dei soggetti intossicati.

Questi soggetti, coinvolti in una clandestinità quotidiana per gli obbligati rapporti con gli spacciatori per l'acquisizione dei mezzi economici necessari, anche in modo illecito, incorrono in reati che danno esito a condanne a pene detentive.

La durata di una tossicodipendenza ha tempi variabili ed è molto legata alle condizioni generali della persona, e anche le vicende legali si svolgono diversamente a seconda che il tossicodipendente sia assistito legalmente o, come capita spesso, tralasci di tutelarsi non valutando le conseguenze penali che ne conseguiranno. Spesso quindi lo squilibrio e la forte tensione che rimangono a condizionare per un certo tempo le persone che smettono l'uso di droghe e si avviano verso altro stile di vita con le evidenti difficoltà di « resistere » diventano impulsi molto negativi nel caso di una minaccia di carcerazione per condanne pregresse.

In pratica, come l'esperienza insegna, il ritorno in carcere interrompe ogni progetto in atto di cambiamento e consegna la

persona ad una realtà che determina sempre un aggravamento delle sue reazioni psicosociali.

La modifica dei limiti di pena contenuta nella presente proposta di legge tende a consentire a chi è certo di cambiare e vivere senza droghe di continuare questa ricerca utilizzando gli strumenti legislativi previsti fino a condanne a sei anni di detenzione.

La cronaca anche recente testimonia che la sensibilità per facilitare la trasformazione della pena in una continuazione del processo di cambiamento è altamente diffusa fino alla concessione della grazia da parte del Capo dello Stato.

Questa soluzione sottolinea la necessità di non abbandonare le persone che hanno detenzioni sospese e che hanno cambiato la loro vita e pongono il problema di regolamentare per legge, per tutti gli aventi diritto, l'accesso ai benefici che la grazia ha riservato ad una sola persona.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. I limiti di pena detentiva di cui al comma 1 dell'articolo 47-*bis* della legge 26 luglio 1975, n. 354, da ultimo sostituito dall'articolo 12 della legge 10 ottobre 1986, n. 663, e di cui all'articolo 90, comma 1, del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, come sostituito dall'articolo 6 del decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 1993, n. 222, sono elevati ad anni sei quando il condannato ha completato positivamente da almeno cinque anni un programma di riabilitazione e reinserimento.

Atti Parlamentari — 1 — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3848

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CACCAVARI

Legge quadro sulla pesca nelle acque interne

Presentata il 10 giugno 1997

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La pesca nelle acque interne conta attualmente un numero di praticanti che supera il milione; il settore ricreativo della pesca nelle acque interne è uno dei maggiori del nostro Paese con un indotto dei più sviluppati a livello europeo e mondiale.

Attualmente la pesca è regolamentata dal testo unico delle leggi sulla pesca, approvato con regio decreto 8 ottobre 1931, n. 1604; la realtà presa in esame allora era comprensibilmente molto diversa rispetto all'attuale: i pescatori erano poche migliaia, gli strumenti e le modalità di pesca erano spartani e molto meno efficaci rispetto ad oggi, gli ambienti erano integri e ricchi di fauna e il fine della pesca era principalmente alimentare.

Oggi i pescatori sono quindi cresciuti in modo esponenziale, usano strumenti e materiali, quali il carbonio, che solo pochi anni fa erano usati solo dalla NASA, gli ambienti hanno subìto pesanti modificazioni e le popolazioni ittiche sono conseguentemente calate e infine la pesca nella maggior parte dei casi esiste per fini ricreativi, anzi, il più delle volte, i costi sostenuti per praticarla superano di gran lunga il valore del pescato, sono pertanto profondamente mutate anche le esigenze del pescatore.

Alla luce delle considerazioni esposte la normativa in materia di pesca nelle acque interne si deve necessariamente adeguare e modernizzare.

Con l'attuale pressione di pesca diventano anacronistiche le varie concessioni private delle acque, salvo casi particolari quali piccoli laghetti o specchi d'acqua: le acque sono un bene pubblico e i pescatori, quali fruitori delle stesse, visto anche l'enorme incremento numerico, dovrebbero avere a disposizione il più largo numero di ambienti in cui svolgere la propria attività. Vengono meno quindi i presupposti per il mantenimento di concessioni in

alcuni casi derivanti da antichi privilegi di casta in cui il gestore poteva concedere lo sfruttamento delle acque in base a criteri diversi da quelli derivanti dai princìpi democratici che caratterizzano la gestione di beni pubblici. Alcune gestioni private inoltre consentono di pescare solo ad un numero ristretto di pescatori stabilito secondo il capriccio del gestore oppure imponendo limiti esclusivamente economici. Tutto questo senza nessuna possibilità di controllo sulle modalità di gestione di un bene pubblico, le acque, da parte della pubblica amministrazione.

Un secondo fondamentale principio della presente proposta di legge deriva dal fatto che il cambiamento degli ambienti, l'aumentata pressione di pesca e i materiali e i metodi usati hanno determinato un progressivo impoverimento della fauna; negli ultimi decenni si è tentato di ovviare a questo aumentando in modo esponenziale i ripopolamenti artificiali anche con materiale proveniente da allevamenti intensivi che poco o nulla aveva a che fare con le popolazioni tipiche presenti nelle acque, al fine di compensare anche un prelievo eccessivo derivante da una normativa anacronistica. Da recenti ricerche fatte da esperti ed ittiologi, promosse soprattutto dalla pubblica amministrazione, si è riscontrato che tali pratiche anziché migliorare una situazione di progressivo degrado l'hanno semmai accentuata, perché tali massicci ripopolamenti rompono l'equilibrio dell'ecosistema, perché la scarsa naturalità del materiale introdotto ne provoca spesso l'incapacità di adattarsi correttamente all'ambiente, o perché, al contrario, favorendo l'ibridazione di tali animali con le popolazioni tipiche esistenti, determinano la perdita di caratteristiche frutto di un adattamento all'ambiente derivante da millenni di selezione naturale.

Quello che quindi era un tentativo di modificare artificialmente gli equilibri dell'ecosistema adattando le acque alle mutate esigenze dei pescatori deve essere quindi modificato ripristinando e incrementando la naturale produttività dell'ecosistema stesso tramite azioni di tutela compatibili con una normale pratica ricreativa della pesca e ripopolamenti fatti con criteri che tengano conto delle esigenze di un ambiente naturale retto da equilibri delicati. A questo riguardo si può prendere esempio da regolamenti e normative di Paesi europei ed extraeuropei in cui lo sviluppo della pesca ricreativa, con la relativa sperimentazione normativa, è avvenuto in tempi precedenti rispetto all'Italia e dove si è compreso che soltanto nel rispetto della naturalità degli ambienti acquatici può esserci uno sviluppo compatibile della pesca.

Va sottolineato inoltre che gli ambienti e gli animali che li popolano sono un bene comune prezioso che va salvaguardato non solo per la pesca e per i pescatori, ma per tutti e che la conservazione ed il ripristino delle biodiversità diventa un'esigenza improrogabile.

Per questo la gestione e la pianificazione della pesca esigono strumenti conoscitivi sempre più scientifici, quali la *carta ittica*, quindi collaborazioni sempre maggiori col mondo scientifico e con ittiologi.

In una corretta gestione pubblica non si può prescindere inoltre dal parere e dalla collaborazione con i fruitori finali della gestione della pesca, cioè i pescatori: da qui la necessità di istituire consulte in cui rappresentanti della pubblica amministrazione, esperti del settore, ittiologi e rappresentanti dei pescatori possano confrontarsi al fine di pianificare e regolamentare la pesca nel modo migliore e da incentivare iniziative in cui il pescatore diventi parte attiva della gestione stessa.

La realtà territoriale italiana, infine, è molto diversa: sarebbe impossibile e controproducente pretendere di regolamentare in modo dettagliato con una legge statale la pesca in tutte le acque del Paese. Per questo la presente proposta di legge deve limitarsi a definire princìpi e regole generali delegando alle regioni e alle province la stesura di norme più dettagliate e approfondite che tengano in considerazione esigenze territoriali specifiche, nel rispetto dei princìpi fondamentali contenuti nella legge.

PROPOSTA DI LEGGE

—

CAPO I

PRINCÌPI GENERALI

ART. 1.

(Fauna acquatica e sua tutela).

1. La Repubblica italiana tutela gli ecosistemi acquatici promuovendo azioni di conservazione e di riequilibrio biologico. A tali fini regola la gestione degli ecosistemi suddetti e l'esercizio della pesca.

2. La fauna ittica, i crostacei, i molluschi, i ciclostomi ed in genere tutte le specie acquatiche o anfibie viventi, stabilmente o temporaneamente in stato di naturale libertà nelle acque interne del territorio nazionale costituiscono patrimonio indisponibile dello Stato e come tale sono tutelate nell'interesse della comunità nazionale.

3. Ai fini della presente legge, sono da considerare interne le acque dei laghi, degli stagni, dei fiumi e di ogni altro corso d'acqua naturali o salmastri, comprese entro la linea congiungente i punti più foranei delle foci e degli altri sbocchi in mare.

ART. 2.

(Regioni e province).

1. Le regioni esercitano le funzioni amministrative di programmazione e di coordinamento in materia di pesca nelle acque interne e svolgono i compiti di controllo e di indirizzo previsti dalle norme regionali.

2. Alle province spettano le funzioni amministrative in materia di pesca nelle acque interne secondo quanto previsto dalla legge 8 giugno 1990, n. 142. Tali funzioni sono esercitate in conformità alle disposizioni della presente legge.

3. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano esercitano le funzioni amministrative in materia di pesca in base alle competenze esclusive stabilite dai rispettivi statuti.

ART. 3.

(Potestà legislativa delle regioni).

1. In conformità ai princìpi fondamentali di cui alla presente legge, le regioni emanano norme legislative in materia di pesca nelle acque interne, disciplinando l'esercizio delle attività di pesca al fine di assicurare la conservazione e l'incremento della flora, della fauna acquatica e dei relativi ambienti, nonché la valorizzazione dell'acquacoltura.

CAPO II

ESERCIZIO DELLA PESCA NELLE ACQUE INTERNE

ART. 4.

(Esercizio della pesca nelle acque interne. Nozioni di esercizio della pesca e limiti all'esercizio).

1. Costituisce esercizio di pesca ogni atto diretto alla cattura della fauna di cui all'articolo 1, secondo le modalità e con l'impiego di mezzi, di attrezzi e di tecniche previsti dalla presente legge e dalle leggi regionali di disciplina della materia.

2. Il pescato appartiene a colui che lo ha catturato nei limiti di cattura consentiti dalle disposizioni vigenti.

3. Le leggi regionali disciplinano la pesca nelle acque interne in modo da garantire la tutela, la conservazione e il ripristino della fauna acquatica tipica degli ambienti presi in esame e degli ecosistemi acquatici, poste a fondamento della presente legge.

4. L'esercizio della pesca deve essere regolamentato in modo da non intaccare la

naturale autorigenerazione delle acque o da ripristinarla qualora abbia subìto un calo dovuto a gestioni precedenti, in particolare regolamentando le catture in modo da essere limitate alla capacità biogenica delle acque, senza diminuirla o incrementandola qualora sia insufficiente.

5. Le leggi regionali, in particolare, determinano:

a) le specie per cui sia necessaria la tutela, individuate fra le specie tipiche delle acque prese in esame, con particolare riguardo alle specie in via di estinzione o di rarefazione e quelle di particolare pregio scientifico, pescatorio o naturalistico;

b) i limiti di cattura delle specie della fauna ittica relativamente alle dimensioni, alla quantità ed alla qualità; i limiti relativi alle dimensioni devono essere stabiliti in modo da garantire almeno due cicli riproduttivi a tutti gli esemplari adulti della specie in oggetto. Tali limiti possono essere diversi per la stessa specie, nell'ambito della medesima regione, in funzione delle diverse tipologie di acque prese in esame;

c) i periodi di divieto dell'esercizio della pesca per le specie per cui sia necessaria maggiore tutela, con indicazione dei corsi o specchi d'acqua interessati al divieto;

d) gli orari di pesca;

e) gli attrezzi, le tecniche e le modalità di pesca e le relative norme di comportamento nell'esercizio della pesca.

6. La emanazione delle norme di cui al comma 5, deve essere effettuata secondo le disposizioni contenute nella carta ittica di cui all'articolo 8, sentite le consulte di cui agli articoli 16, 17 e 18.

ART. 5.

(Licenze di pesca).

1. Per l'esercizio della pesca occorre essere in possesso di licenza di pesca, rilasciata dalla regione competente, tramite i comuni di residenza, unitamente ad

un libretto tessera di riconoscimento, ed occorre inoltre essere in possesso della ricevuta di versamento in conto corrente postale, a favore della regione, delle tasse annuali di concessione. La licenza è valida per cinque anni e su tutto il territorio nazionale.

2. Le licenze di pesca di cui al comma 1 sono così differenziate in funzione del tipo di pesca esercitata:

a) licenza del tipo A per l'esercizio della pesca professionale con tutti gli attrezzi consentiti, riservata ai pescatori che esercitano la pesca quale esclusiva e prevalente attività lavorativa, i quali, entro tre mesi dal rilascio della licenza, pena il ritiro della stessa, sono tenuti a dar prova dell'avvenuta iscrizione negli elenchi di cui alla legge 13 marzo 1958, n. 250, e successive modificazioni;

b) licenza di tipo B per l'uso della canna con uno o più ami con o senza mulinello e per la bilancia non superiore a metri 1,50 per lato. Tale pesca è esercitata senza fini commerciali o di lucro; per coloro che non hanno raggiunto il quattordicesimo anno di età non è richiesto il possesso della licenza di pesca purché esercitino la pesca con una sola canna anche munita di mulinello;

c) la licenza di tipo C riservata agli stranieri in soggiorno nel territorio della regione, per uso degli attrezzi previsti dalla licenza di tipo B; per coloro che non hanno raggiunto il quattordicesimo anno di età non è richiesto il possesso della licenza di pesca purché esercitino la pesca con una sola canna anche munita di mulinello.

3. Le regioni stabiliscono l'ammontare delle tasse di concessione relative ai diversi tipi di licenza secondo criteri uniformi concordati in sede di commissione interregionale ai sensi dell'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281, e successive modificazioni.

ART. 6.

(Attraversamento dei fondi rivieraschi).

1. In deroga a quanto disposto dal terzo comma dell'articolo 842 del codice civile,

qualora non sia possibile per altra via di accesso raggiungere il luogo in cui è consentito l'esercizio della pesca, il proprietario del fondo rivierasco non può impedire a chi sia munito di regolare licenza di pesca l'attraversamento del fondo, utilizzando la normale viabilità, senza pregiudizio per le colture in atto, per accedere a corsi d'acqua, laghi o stagni.

2. Le norme legislative regionali disciplinano le modalità di accesso al luogo di pesca attraverso la sommità degli argini e le sponde.

ART. 7.

(Pesca nelle acque a coltura).

1. Negli specchi acquei adibiti a coltura semintensiva e intensiva è vietato qualsiasi tipo di pesca.

2. Negli specchi acquei, esclusi quelli adibiti a coltura semintensiva e intensiva concessi a cooperative o a privati a scopo produttivo in deroga a quanto disposto dall'articolo 12, è ammessa la pesca con una canna ad un solo amo per licenza e per un limite di pescato stabilito per giorno e per licenza, fissato dalla regione.

3. Per l'attività di pesca di cui al comma 2, nulla è dovuto dal pescatore sportivo all'ente concessionario.

CAPO III

GESTIONE DELLE ACQUE E TUTELA DELL'AMBIENTE ITTICO

ART. 8.

(Classificazione delle acque interne. Carta ittica).

1. Le regioni provvedono alla classificazione delle acque interne, tenendo conto:

a) delle caratteristiche naturali degli ambienti acquatici;

b) della qualità fisico-chimica e biologica delle acque, anche ai sensi della direttiva (CEE) 78/659/CEE, del Consiglio del 18 luglio 1978, attuata con il decreto legislativo 25 gennaio 1992, n. 130;

c) degli effetti antropici, compresa la pressione di pesca;

d) della distribuzione dell'ittiofauna.

2. Sulla base della classificazione di cui al comma 1, le regioni redigono, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, una carta ittica regionale in cui siano indicati, oltre al tipo delle acque e alle variazioni biologiche, le specie ittiche presenti e passate definendo le specie tipiche e, fra queste, quelle la cui presenza è andata particolarmente diminuendo. Nella carta ittica deve essere indicato anche il tipo di interventi tecnici atti a tutelare la produttività naturale o ad aumentarla in caso di avvenuta diminuzione. Le acque, inoltre, devono essere suddivise in zone omogenee, in base non solo alla presenza prevalente di determinate specie ittiche, ma anche a tutte le caratteristiche di cui al comma 1 e agli interventi previsti.

3. La stesura della carta ittica deve essere curata da personale tecnico specializzato con possibilità di avvalersi anche della collaborazione di istituti esterni pubblici o privati, di università o di associazioni esperte in materia.

ART. 9.

(Piani di sviluppo della pescosità delle acque).

1. Le regioni predispongono, mediante procedure che prevedano la partecipazione delle province, delle associazioni giuridicamente riconosciute e delle associazioni delle cooperative dei pescatori professionali, piani quinquennali per l'incremento della pescosità delle acque interne, qualora questa sia diminuita nel corso degli anni e subordinatamente alla naturale capacità

biogenica delle acque stesse, sulla base della carta ittica di cui all'articolo 8.

2. In tali piani sono previste zone di frega, zone di ripopolamento, zone di divieto di pesca, dove la pesca è vietata, e zone a regime speciale di pesca, in cui la pesca è consentita con particolari limitazioni che possono riguardare la quantità o la specie ittica o la misura minima o i metodi di pesca, onde consentire, incrementare o ripristinare la naturale riproduzione delle specie ittiche tipiche. Le limitazioni di legge possono essere modificate nelle zone a regime speciale di pesca solo in senso restrittivo.

3. Nei piani possono essere indicati progetti di ripristino o incremento delle popolazioni ittiche tipiche mediante ripopolamento di materiale selezionato generato da riproduttori provenienti dalle zone in cui sono effettuati i ripopolamenti stessi oppure, solo nel caso di specie estinte, con materiale proveniente da altre zone, ma uguale o comunque molto simile alla specie originaria.

4. Le specie per cui sono necessarie le forme di tutela di cui al presente articolo sono tutte quelle a rischio di estinzione o in rarefazione, le specie di significativo pregio piscatorio, scientifico o naturalistico, le specie importanti per il normale equilibrio dell'ecosistema e quelle soggette a particolare pressione piscatoria. Tali specie sono individuate con l'ausilio della carta ittica e o dietro suggerimento delle consulte di cui agli articoli 16, 17 e 18.

5. Le zone sono individuate su proposta delle consulte di cui agli articoli 16, 17 e 18 anche con l'ausilio della carta ittica.

ART. 10.

(Introduzione di specie ittiche vive).

1. I ripopolamenti possono essere effettuati con materiale selezionato generato da riproduttori provenienti dalle zone in cui è effettuato il ripopolamento stesso o, nel caso di specie estinte, con caratteristiche

uguali o comunque molto simili a quelle della specie originaria.

2. L'introduzione dall'estero di specie ittiche vive, purché corrispondenti alle specie già presenti nelle acque nazionali, può effettuarsi previo accertamento sanitario solo a scopo di allevamento o ripopolamento; per quanto riguarda il ripopolamento l'introduzione può essere effettuata sentito il parere del Comitato tecnico nazionale di cui al successivo articolo 19, previa autorizzazione del Ministero per le politiche agricole, solo nel caso di specie estinte con materiale avente caratteristiche uguali o comunque molto simili a quelle delle specie originarie.

3. Per determinate specie ittiche, diverse da quelle autoctone, l'introduzione nel territorio nazionale può essere consentita ad esclusivo scopo di allevamento, sentito il parere del Comitato tecnico nazionale di cui all'articolo 19, previa autorizzazione del Ministero per le politiche agricole, dopo che sia stata effettuata la sperimentazione nei centri ittiogenici per i pesci dulcicoli e nei centri idrobiologici per i pesci d'acqua salmastra, al fine di valutare l'eventuale rischio ambientale in caso di fortuita fuoriuscita in ecosistemi aperti.

ART. 11.

(Salvaguardia degli ambienti ittici dall'inquinamento).

1. Le Regioni esercitano i compiti ad esse spettanti, ai sensi della legge 10 maggio 1976, n. 319, e successive modificazioni, e le funzioni ad esse attribuite dal decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e dalla legge 18 maggio 1989, n. 183, anche al fine di garantire la conservazione e l'incremento della fauna acquatica e di riportare il corso d'acqua alla sua originaria capacità biogenica.

ART. 12.

(Liberalizzazione delle acque interne).

1. Allo scopo di regolarizzare in modo uniforme l'attività piscatoria consentendo

un accesso alle acque interne socialmente perequato, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, tutte le acque interne sono rese libere da qualsiasi diritto esclusivo di pesca comunque denominato, spettante o conseguito a qualsiasi titolo da privati, enti, società, consorzi, istituzioni, comprese le riserve di pesca di cui all'articolo 14 del testo unico delle leggi sulla pesca, approvato con regio decreto 8 ottobre 1931, n. 1604, e compresi i diritti esclusivi di pesca trasferiti al demanio dell'amministrazione provinciale ai sensi del quinto comma dell'articolo 100 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616.

2. Al titolare dei territori oggetto dei diritti esclusivi di cui al comma 1, con provvedimento della giunta regionale competente, è corrisposta una indennità pari all'ammontare medio dei tributi pagati negli ultimi cinque anni su tali diritti e per l'esercizio dei medesimi, previa presentazione dei documenti comprovanti la spettanza dei diritti estintivi e l'ammontare dei tributi citati agli uffici regionali.

ART. 13.

(Pesca a pagamento).

1. Non è consentito l'esercizio della pesca a pagamento in acque pubbliche appartenenti al demanio dello Stato, comprese quelle sotterranee e sorgive, salvo quanto stabilito dal comma 2.

2. L'esercizio della pesca a pagamento può essere consentito esclusivamente nei laghetti e specchi d'acqua, appositamente delimitati, situati all'interno di proprietà private anche comunicanti con acque pubbliche.

3. Non sono classificate pesca a pagamento le iniziative assunte nelle acque di cui al comma 2, dalle associazioni piscatorie singole o associate svolte senza finalità di lucro a favore esclusivamente degli aderenti.

4. Le regioni, sentite le consulte di cui agli articoli 16 e 17, in determinate zone omogenee di cui all'articolo 8, possono rendere obbligatorio, per poter praticare la pesca, l'uso di tesserini specifici per acquisire dati necessari alla gestione per incrementare l'azione di vigilanza ittico-ambientale o per incrementare i fondi per finanziare progetti di ripristino della fauna tipica locale nell'ambito dei piani di cui all'articolo 9. I tesserini per acquisire dati possono essere gratuiti o a pagamento, per coprire le spese amministrative relative; se il fine è l'incremento della vigilanza o dei fondi citati il tesserino è a pagamento. La validità temporale del tesserino è annuale. Le entrate derivate entrano in una voce di bilancio specifica e sono utilizzate esclusivamente per realizzare gli obiettivi per cui erano state generate.

5. Nel caso di tesserini a pagamento, per finanziare progetti di ripristino o incremento della fauna ittica tipica possono essere effettuati speciali riduzioni del prezzo del tesserino per quei pescatori che svolgono attività di pesca esclusivamente con attrezzature, modalità e metodi che danneggiano il pescato nella misura minore possibile, con limiti di cattura per quanto concerne dimensioni, quantità e qualità molto ristretti o, eventualmente con l'obbligo di rilascio di tutto il pescato vivo, posto che tali pescatori favoriscono le azioni di incremento e di ripristino non diminuendo, se non in misura marginale, la popolazione ittica delle specie di cui all'oggetto dei piani. Tali agevolazioni incentivano azioni di pesca che favoriscono il ripristino e l'incremento della fauna ittica.

ART. 14.

(Piscicoltura).

1. L'allevamento di pesce è considerato attività agricola.

2. L'esercizio della piscicoltura nelle acque interne è subordinato alla concessione di derivazione dell'acqua necessaria alla produzione, ed è soggetto ad autoriz-

zazione della provincia, con cui sono stabilite:

a) le superfici dei bacini e la durata dell'attività;

b) le specie ittiche che possono essere allevate;

c) il rifornimento idrico e gli accorgimenti tecnici da mettere in atto per garantire la separazione delle acque e le condizioni da osservare per la salvaguardia delle acque.

3. Le specie allevate possono essere destinate al consumo alimentare, a scopi di ricerca. Il pesce allevato, di misura inferiore alla metà di quello consentito per la pesca, può essere destinato esclusivamente a scopi di ripopolamento o di allevamento.

ART. 15.

(Collaborazione di istituti di ricerca ed associazioni).

1. Le regioni e gli enti locali possono avvalersi degli istituti di ricerca pubblici nazionali e regionali e privati esperti in ittiologia e biologia delle acque, delle associazioni di ittiologi e biologi delle acque nonché della collaborazione delle associazioni di pescatori e delle cooperative professionali, dei sindacati e delle associazioni naturalistiche e protezionistiche che operano nel territorio.

ART. 16.

(Consulte regionali per la pesca).

1. Le regioni istituiscono le consulte regionali per la pesca nelle acque interne.

2. Della consulta regionale fanno parte:

a) un rappresentante per ogni provincia compresa nel territorio regionale;

b) sei rappresentanti delle associazioni dei pescatori riconosciute di cui all'articolo 20 presenti nella regione;

c) tre rappresentanti delle cooperative dei pescatori professionali;

d) il direttore dell'istituto ittiogenico regionale;

e) tre rappresentanti delle associazioni di protezione ambientale più rappresentantive;

f) un docente universitario di discipline biologiche e zoologiche;

g) un impiegato dell'ufficio pesca regionale.

3. Il presidente della consulta regionale è nominato dal presidente della giunta regionale sentito il parere dei membri della consulta stessa.

ART. 17.

(Consulta regionale).

1. La consulta regionale, nominata dalla giunta regionale, ha il compito di formulare ed esprimere pareri:

a) sulla legislazione regionale in materia di pesca nelle acque interne;

b) sulla proposta dei piani di cui all'articolo 9 e sulle norme di cui agli articoli 4 e 13;

c) sui programmi di produzione, ricerca e sperimentazione, finalizzati in particolare alla tutela e al ripristino del patrimonio ittico tipico regionale;

d) sui programmi di aggiornamento del personale tecnico e di informazione, finalizzati alla conoscenza delle specie ittiche presenti ed alle conseguenti attività gestionali;

e) su ogni altro argomento proposto dagli organi regionali.

2. Le proposte da parte della consulta, devono essere formulate in conformità ai princìpi e contenuti nella presente legge e nelle successive leggi regionali in materia di pesca nelle acque interne e proposte di modifica di norme o piani esecutivi o a livello di proposta o progetto sono ammissibili solo se in senso restrittivo.

3. La consulta regionale ha altresì il compito di promuovere e coordinare l'impegno delle associazioni dei pescatori e del volontariato, nella realizzazione dei piani di cui all'articolo 9.

4. La consulta regionale si riunisce, di norma, una volta ogni trimestre o quando ne viene richiesta la convocazione dalla maggioranza dei suoi componenti.

5. La consulta dura in carica cinque anni ed i suoi membri possono essere riconfermati.

6. Qualsiasi decisione inerente la pesca da parte dell'amministrazione regionale deve essere presa sentito il parere della Consulta.

7. I membri della Consulta hanno il diritto di essere tempestivamente aggiornati dalla regione su leggi, circolari, ordinanze, delibere e quant'altro riguardi direttamente o indirettamente la gestione della pesca, le spese sono a carico della regione.

ART. 18.

(Consulte provinciali per la pesca).

1. Le amministrazioni provinciali istituiscono le consulte provinciali per la pesca nelle acque interne.

2. La consulta provinciale è composta da:

a) sei rappresentanti delle associazioni dei pescatori di cui all'articolo 20 presenti nella provincia;

b) tre rappresentanti delle cooperative dei pescatori professionali;

c) tre rappresentanti delle associazioni ambientaliste più rappresentative;

d) da un rappresentante dell'ufficio pesca provinciale;

e) da un esperto ittiologo designato dalla provincia.

3. Il presidente della consulta provinciale è nominato dal presidente della giunta provinciale sentito il parere dei membri della consulta stessa.

4. La consulta provinciale:

a) formula i piani per il ripopolamento ittico delle acque interne presenti sul territorio della provincia, nonché i piani di cui all'articolo 9;

b) può fare proposte di modifica della legge regionale;

c) promuove corsi per la formazione di guardia pesca volontari;

d) formula proposte per la formazione della carta ittica regionale;

e) promuove iniziative per la diffusione della pesca tra i giovani;

f) promuove interventi per la difesa del patrimonio ittico e dell'ambiente acquatico;

g) individua i corpi idrici su cui è possibile istituire campi gara per lo svolgimento dell'agonismo alieutico, avendo cura di non alterare corsi e specchi d'acqua di pregio naturalistico-ambientale.

5. Le proposte da parte della consulta provinciale in materia di pesca nelle acque interne devono essere formulate in conformità ai princìpi contenuti nella presente legge e nelle successive leggi regionali e proposte di modifica di norme o piani esecutivi o a livello di proposta o progetto sono ammissibili solo se in senso restrittivo.

6. La consulta provinciale dura in carica cinque anni ed i suoi membri possono essere riconfermati.

7. Qualsiasi decisione presa dalla provincia inerente la pesca deve essere preventivamente sottoposta al parere della Consulta.

8. I membri della Consulta hanno il diritto di essere tempestivamente informati dall'ufficio pesca provinciale su circolari, delibere e quant'altro riguardi direttamente o indirettamente la pesca nella provincia; le spese sono a carico della provincia.

ART. 19.

(Comitato tecnico nazionale per la pesca nelle acque interne).

1. Presso il Ministero per le politiche agricole è istituito, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, un Comitato tecnico nazionale per la pesca nelle acque interne con funzioni consultive in ordini ai calendari di pesca su aree internazionali omogenee e in ordine all'adeguamento della legislazione nazionale alle norme comunitarie e alle convenzioni internazionali in materia di protezione della natura delle popolazioni acquatiche e della ittiofauna e di esercizio della pesca. Il Comitato è istituito con decreto del Ministro per le politiche agricole. Al Comitato sono conferiti inoltre compiti di promozione di studi e ricerche a livello nazionale per:

a) valutare il patrimonio ittico nelle acque interne;

b) proteggere e tutelare l'ittiofauna.

2. Il Comitato è composto da cinque membri nominati dal Ministero per le politiche agricole nell'ambito di una rosa di esperti designati dalla Commissione interregionale di cui all'articolo 13 della legge 26 maggio 1970, n. 281, e successive modificazioni, da un rappresentante per ciascuna delle associazioni nazionali cooperative della pesca giuridicamente riconosciute, da un rappresentante per ciascuna delle associazioni nazionali di pescatori riconosciute, da tre rappresentanti delle associazioni naturalistiche più rappresentative, da un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche.

ART. 20.

(Associazioni nazionali dei pescatori).

1. Le associazioni nazionali dei pescatori, istituite per atto pubblico, possono chiedere di essere riconosciute agli effetti

della presente legge purché posseggano i seguenti requisiti:

a) promozione ed organizzazione di attività alieutiche e di salvaguardia della natura;

b) assenza di fini di lucro;

c) volontarietà dell'adesione e possibilità di recesso da parte degli associati;

d) ordinamento democratico ed elettività delle cariche sociali con esclusione di posizioni elettorali privilegiate;

e) stabile organizzazione a carattere nazionale con adeguati organi periferici;

f) continuità dell'azione e sua rilevanza esterna.

2. Le associazioni di cui al comma 1 sono riconosciute con decreto del Ministro per le politiche agricole.

ART. 21.

(Compiti di vigilanza).

1. La vigilanza per l'applicazione delle disposizioni in materia di pesca nelle acque interne è affidata agli agenti e guardiapesca dipendenti dagli enti delegati dalla regione, dalle guardie volontarie delle associazioni alieutiche riconosciute, alle quali è conferita la qualifica di guardia giurata, nonché dagli ufficiali, sottufficiali e guardie del Corpo forestale dello Stato, dalle guardie dei parchi nazionali e regionali, dagli ufficiali ed agenti di polizia giudiziaria, dalle guardie giurate comunali, forestali e campestri.

2. Gli addetti presposti alla vigilanza possono elevare direttamente contravvenzioni per qualsiasi violazione delle disposizioni in materia di pesca nelle acque interne.

ART. 22.

(Sanzioni amministrative).

1. Con successive disposizioni, sono stabilite le sanzioni amministrative da applicare in caso di violazione delle norme in materia di pesca nelle acque interne.

ART. 23.

(Abrogazioni).

1. Sono abrogate tutte le disposizioni incompatibili con la presente legge e, in particolare, il regio decreto 8 ottobre 1931, n. 1604.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4053

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, BATTAGLIA, GAMBALE, GIACCO, GIANNOTTI, JANNELLI, LUCIDI, LUMIA, OLIVIERI, SIOLA

Modifica all'articolo 1 della legge 9 aprile 1986, n. 97, in materia di agevolazioni fiscali per l'acquisto di veicoli destinati ad handicappati

Presentata il 28 luglio 1997

ONOREVOLI COLLEGHI ! — L'articolo 1 della legge 9 aprile 1986, n. 97, come modificato dall'articolo 27 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ha previsto il beneficio della riduzione dell'aliquota relativa all'imposta sul valore aggiunto al 2 per cento sulle cessioni o le importazioni di veicoli adattati ad invalidi.

È del tutto evidente l'opportunità di tale provvedimento, anche se occorre rilevare che in molti casi le persone handicappate non sono in grado di poter guidare neanche una vettura loro adattata e devono pertanto essere trasportati da altri, in genere componenti del nucleo familiare.

La presente proposta di legge intende estendere il beneficio della riduzione dell'imposta sul valore aggiunto all'acquisto di veicoli destinati ad invalidi con ridotte o impedite capacità motorie anche ai componenti del nucleo familiare di cui fanno parte gli stessi e per veicoli loro destinati.

A tale fine l'articolo 1 del presente progetto di legge inserisce i commi 2-*ter*, 2-*quater* e 2-*quinquies* all'articolo 1 della citata legge n. 97 del 1986; in particolare tali modifiche perseguono le seguenti finalità:

il comma 2-*ter* estende il beneficio della riduzione al 2 per cento dell'imposta sul valore aggiunto all'acquisto di un veicolo da parte di un componente del nucleo familiare di cui fa parte l'handicappato, limitatamente ad un veicolo per nucleo familiare ogni sei anni, salve le ipotesi di caso fortuito o forza maggiore, con evidente riferimento ai casi di furto, incendio

o distruzione del veicolo precedentemente acquistato;

il comma 2-*quater* stabilisce i requisiti per accedere al beneficio prevedendo, in particolare, la dichiarazione della azienda sanitaria locale competente che certifichi l'incapacità dell'invalido a poter guidare personalmente una autovettura;

il comma 2-*quinquies* prevede le sanzioni amministrative in caso di violazione delle disposizioni di cui ai commi 2-*ter* e 2-*quater*.

L'articolo 2, infine, prevede che il Ministro delle finanze stabilisca, con proprio decreto, i criteri e le procedure per l'applicazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. Dopo il comma 2-*bis* dell'articolo 1 della legge 9 aprile 1986, n. 97, introdotto dall'articolo 27 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, sono inseriti i seguenti commi:

« 2-*ter*. L'aliquota di cui al comma 1 si applica anche alle cessioni ed alle importazioni di veicoli di cilindrata fino a diciannove cavalli fiscali acquistati o importati da un componente del nucleo familiare di cui fa parte l'invalido con ridotta o impedita capacità motoria. Il beneficio è concesso per l'acquisto o l'importazione di una sola autovettura per nucleo familiare ogni sei anni, salve le ipotesi di caso fortuito o forza maggiore.

2-*quater*. Per le finalità di cui al comma 2-*ter* l'interessato deve consegnare al rivenditore o all'importatore, al momento dell'acquisto, una dichiarazione della competente azienda sanitaria locale, che indichi le limitazioni motorie cui è soggetto l'invalido e certifichi la sua incapacità a poter guidare personalmente una autovettura, lo stato di famiglia da cui risulti che l'acquirente faccia parte dello stesso nucleo familiare dell'invalido ed una dichiarazione dell'acquirente che attesti che non abbia usufruito del beneficio né l'invalido né l'acquirente stesso o altro componente del nucleo familiare nel periodo di sei anni precedenti la data di acquisto, ovvero la documentazione idonea ad attestare le ipotesi di caso fortuito o forza maggiore di cui al comma 2-*ter*.

2-*quinquies*. Qualsiasi violazione delle disposizioni di cui ai commi 2-*ter* e 2-*quater*, salve le eventuali sanzioni penali, è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria del pagamento di una somma dal triplo al quintuplo dell'imposta evasa ».

ART. 2.

1. Con decreto del Ministro delle finanze, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le procedure per l'applicazione delle disposizioni della presente legge.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4078

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, PETRINI, VIGNALI, GRIGNAFFINI

Norme per le celebrazioni del primo centenario della morte di Giuseppe Verdi

Presentata il 30 luglio 1997

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La redazione di una proposta di legge riguardante il primo centenario della morte di Giuseppe Verdi e le manifestazioni ad esso collegate ha come punto di partenza la valorizzazione della cultura e dei luoghi verdiani, sia dal punto di vista spettacolare che turistico.

Il 27 gennaio 1901 moriva a Milano Giuseppe Verdi. Scompariva con lui, all'inizio del nuovo secolo, un protagonista indiscusso del panorama culturale del suo tempo, che ha caratterizzato con la sua opera la produzione musicale in Italia e nel mondo.

La sua figura ha costituito, ovunque, esempio di ispirazione per generazioni di artisti, compositori, di cultori dell'espressione musicale, fino a divenire sinonimo universale di una concezione artistica intrinsecamente legata ai valori dell'uomo e della società.

A cento anni dalla sua scomparsa, la terra dove nacque e dove passò gran parte della sua esistenza mantiene nei confronti di Giuseppe Verdi un debito di riconoscenza, in stretta consonanza con la comunità nazionale ed internazionale che onora il suo nome.

Nell'approssimarsi della data del primo centenario della morte del Maestro, la presente proposta di legge vuole valorizzare la figura e l'opera di Giuseppe Verdi e attribuire migliore visibilità ai luoghi a lui legati, per metterli a disposizione di tutti coloro che, provenienti dall'Italia e dall'estero, intendono visitarli rendendo omaggio alla sua figura.

Con tali finalità la regione Emilia Romagna, il comune e la provincia di Parma, il comune e la provincia di Piacenza, il comune di Busseto e il comune di Villanova d'Arda hanno sottoscritto in data 6 maggio 1996 un protocollo d'intesa allo scopo di individuare un programma di interventi adeguato a tali celebrazioni. Il Governo ha nominato il Comitato nazionale per le celebrazioni verdiane che vede la partecipazione dei necessari soggetti istituzionali e dei più autorevoli studiosi e musicisti. Gli enti locali di Parma e Piacenza, insieme a prestigiosi soggetti privati, hanno recentemente ridisegnato strutture e funzioni della Fondazione Verdi Festival, rinominata Società di cultura Giuseppe Verdi, al fine di individuarla come soggetto operativo principale per la gestione delle iniziative legate al nome di Giuseppe Verdi, di cui le celebrazioni del 2001 saranno l'elemento culminante.

Le celebrazioni non dovranno, tuttavia, esaurirsi nelle pur necessarie manifestazioni spettacolari che avranno luogo presumibilmente a Milano, Parma e Busseto nel 2001, ma dovranno segnare un percorso culturale e progettuale di avvicinamento a quella data attraverso, ad esempio, la maturazione di nuove modalità produttive dell'opera lirica, diversi meccanismi di formazione e reclutamento degli esecutori, programmi di restauro e di messa a disposizione per specialisti e per turisti dei monumenti simbolici dei luoghi verdiani (la casa natale, la villa Pallavicino a Busseto, la creazione del museo del Teatro Regio di Parma e l'adeguamento funzionale del suo palcoscenico, eccetera), un programma di ricerche sull'opera verdiana e sul suo contesto, il cui coordinamento sarà affidato all'Istituto nazionale di studi verdiani. In tal modo le celebrazioni saranno occasione non solo per far meglio conoscere alla cultura mondiale il Maestro, la sua opera e i suoi luoghi, ma anche per dotare i territori interessati di strutture culturali, museali e turistiche durature e permanenti.

La presente proposta di legge, nell'ambito del necessario coordinamento con il Comitato nazionale per le celebrazioni verdiane, le regioni e gli enti locali interessati, la Fondazione « Società di cultura Giuseppe Verdi », è composto dall'articolo 1, che stabilisce la composizione del Comitato nazionale coordinatore di tutte le iniziative presentate in premessa; e dall'articolo 2 che stabilisce i finanziamenti per la realizzazione delle iniziative finalizzate a tutelare, recuperare e valorizzare i complessi architettonici, storico-ambientali, bibliografici, editoriali, musicali comunque collegati alla figura e all'opera di Giuseppe Verdi.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. Per la celebrazione a Parma e negli altri luoghi interessati del primo centenario della morte di Giuseppe Verdi è istituito un Comitato nazionale con il compito di coordinare tutte le iniziative da avviare dal 1997 al 2001 e disporre in ordine al loro finanziamento, avvalendosi delle disponibilità di cui all'articolo 2.

2. Il Comitato di cui al comma 1 è composto dal Presidente del Consiglio dei ministri che lo presiede anche attraverso un suo delegato, dai Ministri della pubblica istruzione e per i beni culturali e ambientali, dal Presidente della regione Emilia Romagna, dal Presidente della provincia di Parma, dai sindaci di Parma e di Busseto, dai rappresentanti del Comitato nazionale per le celebrazioni verdiane, nominato dal Governo, e della Fondazione « Società di cultura Giuseppe Verdi ».

ART. 2.

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, pari a lire 1 miliardo per l'anno 1997 e a lire 3 miliardi per ciascuno degli anni 1998, 1999, 2000 e 2001, si provvede, per gli anni 1997, 1998 e 1999, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1997-1999, al capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Mistero del tesoro per l'anno 1997.

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

Atti Parlamentari — 1 — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

CAMERA DEI DEPUTATI N. 6156

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CACCAVARI, BRANCATI, GIACCO, GIANNOTTI, OLIVIERI

Disposizioni in materia di cremazione e di dispersione delle ceneri

Presentata il 22 giugno 1999

Onorevoli Colleghi ! — La terra ai vivi. La terra come luogo, come ambiente, come spazio, deve essere lasciata al godimento della vita attraverso quanto la terra può generare di vegetale e di animale. E anche quando è occupata da manufatti bisogna che questi siano destinati a favorire e a tutelare l'esistenza umana.

La tumulazione in loculi o in cappelle di famiglia e il sotterramento durano decenni, rendendo indisponibili le aree cimiteriali, e le tombe che si liberano hanno prezzi altissimi e diventano spesso oggetto di speculazione. È necessaria quindi una politica nel settore cimiteriale che consenta ai comuni di superare l'attuale crisi generale e ai cittadini di poter disporre dei mezzi possibili per la pratica funeraria, compresa la cremazione che, con l'incenerimento delle salme, cancella tante difficoltà.

Anche la Chiesa cattolica dal 1963 ha superato ogni pregiudizio su tale metodo funerario, ma la sua diffusione stenta comunque ad affermarsi.

Una riflessione alla quale bisogna riferirsi per cominciare a comprendere la diffusa resistenza alla cremazione è la seguente. Viviamo con la paura della morte e cerchiamo in ogni modo di resisterle ma quando entra in noi con un lutto diventa l'avvio di una ricerca di memoria perenne anche attraverso riti e simboli che circondano il disfacimento del corpo. Tale processo di proiezione di sé nel futuro è diventato un problema sempre più sentito con il miglioramento delle condizioni di vita e quindi con la crescita della considerazione sociale per l'evento esistenziale della morte. Essa resta ineluttibile interruzione di qualità soggettive che si vuole salvaguardare ponendo il corpo defunto

tra elementi rituali, compresi i cimiteri. Fino all'epoca napoleonica le sepolture perenni avvenivano nei luoghi sacri ed erano riservate ai notabili ed agli ecclesiastici.

La grande borghesia ed i nuovi ricchi, non potendo trovare spazio nei luoghi sacri esauriti e non rinunciando all'illusione della memoria perpetua, ottennero la possibilità di costruire manufatti funerari fuori le mura degli insediamenti urbani in spazi appositi che diventarono i cimiteri.

La terra dei cimiteri non occupata da monumenti e da cappelle accoglie le sepolture comuni. Il culto dei morti, profondamente radicato nella nostra società, ha determinato la formazione di una cultura che riconosce quasi esclusivamente nella tumulazione e nella inumazione le modalità di trattamento delle salme, diversamente da quanto avviene in altri Paesi.

La pratica della cremazione è seguita per il 97 per cento della popolazione defunta in Giappone; per il 27 per cento in Australia; nei Paesi scandinavi e in Inghilterra per il 68 per cento e per il 20 per cento negli USA. In Italia meno del 2 per cento dei defunti viene cremato.

Gli spazi cimiteriali diventano sempre più esigui e si sviluppa sempre di più in altezza la costruzione di loculi a più piani disagevoli e certamente ingombranti per decine e decine di anni anche per rispondere alle richieste che si verificano maggiormente negli insediamenti urbani in costante espansione data la concentrazione delle popolazioni.

I terreni saturi non trattengono e non trasformano facilmente i residui organici e quindi è molto rallentata la mineralizzazione dei corpi ed è ormai frequente la necessità di seppellire ancora le salme riesumate alla scadenza della permanenza in terra per l'incompletezza dei processi di riassorbimento. I comuni hanno molte difficoltà a gestire la situazione, in quanto la complessa materia funerario-cimiteriale richiede ampie disponibilità finanziarie oltre ad appositi spazi da utilizzare.

Gli attuali cimiteri risentono anche di errori gestionali del passato che non consentono di eliminare i manufatti anche abbandonati ma con concessione perenne che ingombrano spazi preziosi, o di sottoporre a stretto controllo i materiali usati per le bare in modo che siano biodegradabili nel tempo previsto di dieci anni e non di tanti anni in più come l'esperienza insegna.

La presente proposta di legge tende non solo a risolvere questi gravi problemi segnalati dalla crisi dei servizi cimiteriali, ma anche a garantire ai cittadini uguali opportunità di scelta per quanto concerne le pratiche cimiteriali.

Al di là degli ostacoli ideologici e culturali, esistono limiti ed impedimenti normativi e burocratici che impediscono il ricorso, a volte addirittura la conoscenza, della cremazione, un atto umano di antica cultura e civiltà con il quale si compie un ritorno diretto ed immediato alla natura attraverso il fuoco.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Volontà per la cremazione).

1. La cremazione di un cadavere deve essere autorizzata dal sindaco sulla base della volontà testamentaria espressa dal defunto che ha valore anche contro il parere dei familiari.

2. In assenza delle indicazioni testamentarie, la volontà crematoria può essere espressa dal coniuge o da parente prossimo individuato ai sensi delle disposizioni degli articoli 74 e seguenti del codice civile e, nel caso di concorrenza di più parenti dello stesso grado, da tutti gli stessi al responsabile del servizio cimiteriali o ad un suo delegato che ne compila processo verbale da inoltrare immediatamente al sindaco per l'autorizzazione alla cremazione.

3. Per gli iscritti ad associazioni che abbiano fra le proprie finalità la cremazione del cadavere ha valore testamentario l'iscrizione alla società stessa.

4. Per i minori o le persone interdette la volontà crematoria deve essere espressa dai legali rappresentanti.

ART. 2.

(Autorizzazione alla cremazione).

1. L'autorizzazione di cui all'articolo 1, comma 1, deve essere corredata da un certificato in carta libera rilasciato dal medico necroscopico dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato.

2. La visita del medico necroscopico deve essere effettuata entro quindici ore dal decesso.

3. In caso di morte sospetta il certificato di cui al comma 1 è sostituito dal nulla osta dell'autorità giudiziaria con la specifica indicazione che il cadavere può essere cremato.

ART. 3.

(Impianti di cremazione).

1. I comuni con popolazione superiore a 100 mila abitanti devono costruire, entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, entro le mura dei complessi cimiteriali, almeno un impianto di cremazione e loculi adatti ad accogliere le urne.

2. I comuni con popolazione inferiore a 100 mila abitanti possono costituire consorzi per la costruzione e l'esercizio dell'impianto di cremazione e dei relativi servizi.

3. Per ogni impianto di cremazione deve essere predisposta una sala dolenti per consentire un dignitoso commiato e il rispetto dei riti di commemorazione della salma. Deve, altresì, essere attrezzato un campo giardino attiguo per la dispersione delle ceneri per chi chiede tale sede ove spargere le ceneri.

ART. 4.

(Dispersione delle ceneri).

1. La dispersione delle ceneri è consentita, oltre che nei campi giardino di cui all'articolo 3, comma 3, anche in natura se espressamente richiesto dalla volontà testamentaria del defunto.

2. La dispersione delle ceneri è vietata nei centri abitati.

3. La dispersione delle ceneri nei luoghi privati deve avvenire con il consenso dei proprietari e con il rispetto di quanto previsto al comma 2.

4. La dispersione delle ceneri è eseguita dall'esecutore testamentario o dal rappresentante dell'associazione o da personale addetto.

5. La dispersione delle ceneri non autorizzata o con modalità difformi da quanto stabilito dal defunto è punibile con la reclusione da due mesi a un anno e con la multa da 5 a 25 milioni di lire.

6. All'articolo 411 del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« Non costituisce reato la dispersione delle ceneri di cadavere effettuata per espressa volontà del defunto, del coniuge o del parente più prossimo individuato secondo le disposizioni degli articoli 74 e seguenti del codice civile ».

ART. 5.

(Modalità di gestione e trasporto dell'urna).

1. L'urna contenente le ceneri deve essere sigillata dal personale addetto alla cremazione. Su di essa deve essere posto un cartellino con i dati anagrafici della persona defunta.

2. L'urna contenente le ceneri può essere sotterrata o tumulata o conservata presso congiunti a seconda della volontà espressa dalla persona defunta.

3. Il trasporto delle urne contenenti le ceneri non è soggetto ad alcuna delle misure precauzionali igieniche stabilite per il trasporto delle salme, salvo eventuali indicazioni del coordinatore sanitario.

ART. 6.

(Informazione pubblica).

1. È fatto obbligo ai comuni di portare a conoscenza della cittadinanza, nelle ferme ritenute più opportune, le diverse possibilità di disposizione della salma della persona defunta: inumazione in campo, aperto o coperto, tumulazione in loculo o in tumulo, in nicchia separati, cremazione con conservazione o dispersione delle ceneri.

2. L'informativa di cui al comma 1 è obbligatoria ai parenti del defunto, all'atto della stesura del certificato di constatazione di morte.

ART. 7.

(Salme esumate e sepolture abbandonate).

1. Il sindaco, allo scadere della convenzione, autorizza la cremazione delle salme dopo dieci anni per le salme inumate e dopo venti anni per le salme tumulate.

2. L'autorizzazione di cui al comma 1 è rilasciata soltanto in presenza di assenso dei famigliari aventi diritto. In caso di irreperibilità si procede dopo trenta giorni dalla pubblica affissione di un comunicato sull'evento.

ART. 8.

(Tasse cimiteriali e oneri delle cremazioni).

1. Le spese relative alla cremazione sono a carico dei comuni e sono fissate con decreto del Ministro della sanità indipendentemente dal luogo, sul territorio nazionale, dove è effettuata la cremazione.

2. Nessun onere d'ingresso nelle aree cimiteriali è dovuto per la cremazione.

ART. 9.

(Materiali delle bare).

1. Le bare per la cremazione devono essere prodotte in materiali ecotermodegradabili.

2. Le vernici e i collanti delle bare devono essere composti da prodotti che non emanino fumi inquinanti con la combustione.

Torna all'indice

INTERROGAZIONI CON RISPOSTA SCRITTA

un giudice monocratico, previsto nel disegno di legge predisposto dal ministero, diverse preture potrebbero essere soppresse;

attualmente la sezione staccata della pretura di Cesena, cui sono assegnati due magistrati togati e cinque onorari, opera su un territorio assai vasto e il carico delle procedure pendenti (civili e penali) è notevole;

nell'anno 1995 sono state iscritte 1.287 cause di contenzioso civile e 1.060 cause nei primi setti mesi del 1996;

relativamente alle cause penali, nell'anno 1995 sono stati iscritti 1.734 fascicoli, 970 sentenze e 250 udienze; nei primi sette mesi dell'anno 1996 sono stati iscritti 1.300 fascicoli, 919 sentenze e 138 udienze;

un'eventuale soppressione con accorpamento ad altra pretura creerebbe notevoli disagi ai cittadini di un'area vasta quale quella del comprensorio cesenate e per gli operatori del diritto –:

se sia intendimento del Governo l'accorpamento della pretura di Cesena all'ufficio unico di Forlì e se non si ritenga, in ogni caso, più logico e funzionale il mantenimento di un ufficio giudiziario distaccato del tribunale di Forlì, per il mandamento della pretura di Cesena; tale scelta, tra l'altro, andrebbe incontro alla esigenza di favorire la realizzazione di una provincia che sempre più si va configurando come bipolare. (4-05140)

RISPOSTA. — *In riferimento all'interrogazione in oggetto, si comunica che la pretura di Cesena non è inserita nei progetti allo studio, inerenti alla soppressione di sezioni distaccate di pretura.*

Il Ministro di grazia e giustizia: Flick.

CACCAVARI e SAIA. — *Al Ministro della sanità.* — Per sapere – premesso che:

l'associazione talassemici siciliani si presenta come organizzazione di volontariato che si occupa da anni di incrementare la ricerca e di migliorare il supporto terapeutico dei pazienti affetti da emoglobinopatie;

la presenza di più di 1.500 pazienti con emoglobinopatie, di 300 mila portatori sani di thalassemia, di più di 60 nati all'anno con *thalassemia major* in Sicilia, rendono necessaria un'attività di volontariato per collaborare con le istituzioni per il controllo di tali malattie;

l'associazione talassemici si è imposta una raccolta di fondi per l'acquisto di un chelante orale, chiamato L1, non disponibile in Italia;

il centro presso cui afferiscono molti dei pazienti iscritti all'associazione talassemici ha ricevuto l'autorizzazione dal ministero della sanità per l'importazione del farmaco, a condizione che venga acquistato in proprio;

il farmaco è l'unico chelante orale (cioè in grado di togliere il ferro accumulato nell'organismo con le trasfusioni) somministrabile ai pazienti che non possono eseguire il Desferal che è somministrato solo per via sottocutanea utilizzando una pompetta portatile per 12 ore al giorno per tutta la vita –:

se il Ministro della sanità sia a conoscenza del vantaggio terapeutico attribuito al farmaco « L1 »;

quali studi si stiano facendo in proposito nel nostro paese;

per quali motivi detto farmaco non sia presente nel nostro paese;

se l'autorizzazione alla importazione in Italia, rilasciata al centro del dottor A. Maggio dell'ospedale « V. Cervello » sia stata rilasciata dopo documentate prove dell'efficacia del farmaco;

se e quali iniziative intenda adottare il Governo, nel caso di una confermata efficacia del farmaco, per assicurare la sua presenza in Italia e la distribuzione omo-

genea in tutto il paese, per renderlo disponibile a tutti i soggetti che ne hanno bisogno senza alcuna discriminazione.

(4-01892)

RISPOSTA. — *Il farmaco chelante orale denominato « L1 », indicato nell'interrogazione parlamentare in esame, non è ancora registrato nel nostro Paese.*

Peraltro, questo Ministero è a conoscenza del possibile vantaggio terapeutico del farmaco « L1 », e ne ha autorizzato la sperimentazione clinica presso alcune strutture ospedaliere di Cagliari, Ferrara e Torino, nell'ambito di uno studio internazionale concernente le proprietà e l'efficacia del chelante orale nel trattamento dell'accumulo di ferro.

Fino all'anno scorso, nell'indisponibilità in commercio di prodotti del tipo chelante orale, i pazienti, fra cui i talassemici, che avevano necessità della somministrazione del farmaco « L1 », potevano procurarlo solamente avvalendosi della possibilità offerta dall'articolo 25 dello stesso Decreto legislativo n. 178/'91.

Tale norma, infatti, consente la deroga alle disposizioni in materia di AIC nella fattispecie dei medicinali industriali preparati su richiesta, scritta e non sollecitata, del medico curante, che si impegni ad utilizzare i prodotti « ordinati » esclusivamente sui propri pazienti o sugli assistiti della struttura sanitaria a cui egli sia preposto, prescrivendoli e somministrandoli sotto la propria diretta e personale responsabilità.

In tal caso, non viene contemplata alcuna preventiva autorizzazione, od anche semplice valutazione da parte del Ministero della Sanità, sull'uso terapeutico di farmaci non ancora registrati nel nostro Paese, laddove il produttore è tenuto, invece, a comunicare subito al Ministero le preparazioni effettuate su ordinazione.

Malgrado le precipue indicazioni della normativa poc'anzi ricordata, è stato possibile rilevare che l'effettiva applicazione dell'approvvigionamento ed impiego di farmaci non registrati con procedura descritta, ha determinato situazioni di scarso controllo sui prodotti adoperati e sulle modalità del loro utilizzo.

Al momento attuale, invece, il farmaco « L1 », denominato « Deferiprone » dalla azienda farmaceutica produttrice, la Apotex Inc., risulta inserito nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi del comma 4, articolo 1, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito, senza modificazioni, dalla Legge 23 dicembre 1996, n. 648 (« Misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996 »).

In base a tale norma, infatti, a partire dal 1° gennaio 1997, sono erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per un onere di spesa di lire 30 miliardi annui, qualora non esista valida alternativa terapeutica, i medicinali innovativi la cui commercializzazione sia autorizzata in altri Stati e non ancora in Italia, i medicinali non ancora autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica quelli da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, quando figurino inseriti in un apposito elenco predisposto e periodicamente aggiornato dalla Commissione Unica del farmaco (C.U.F.) organo scientifico del Ministero della Sanità, conformemente alle procedure ed ai criteri da essa adottati.

La C.U.F., a seguito di quanto deliberato nella propria riunione del 30 dicembre 1996, ha istituito l'elenco dei medicinali innovativi di cui all'articolo 1, comma 4, della Legge n. 648/'96, con il provvedimento del 17 gennaio 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale *n. 24 del 30 gennaio 1997.*

In base al provvedimento in esame, i medicinali vengono inseriti in tale elenco su iniziativa della stessa Commissione ovvero su proposta delle associazioni di malati, delle società scientifiche o di organismi sanitari pubblici o privati: in tali casi, a supporto della proposta dev'essere presentata adeguata documentazione, con informazioni concernenti il tipo e la gravità della patologia da trattare, l'inesistenza di valide alternative terapeutiche, il numero dei soggetti interessati al trattamento, il « follow-up » (controllo a distanza di tempo degli effetti prodotti dal farmaco, ivi compresi

quelli negativi) ed il completamento favorevole di studi clinici di fase 1 e 2.

Con riguardo a questi ultimi, le aziende farmaceutiche interessate sono tenute a fornire in tempi reali al Ministero della Sanità tutte le informazioni relative alle sperimentazioni ancora in corso, con particolare riferimento ai problemi della qualità e della sicurezza.

La documentazione presentata deve indicare, infine, sia l'ammontare previsto della spesa derivante dall'impiego proposto sia lo stato autorizzativo del medicinale in Italia ed in altri Paesi e l'azienda produttrice o fornitrice.

Questi farmaci rimangono iscritti nell'elenco per un periodo di tempo non superiore a 12 mesi, salvo eventuali proroghe stabilite dalla C.U.F., a causa del permanere delle esigenze poste a fondamento dell'inserimento in elenco.

I farmaci in elenco debbono venir prescritti dietro ricetta medica recante la dichiarazione di assunzione di responsabilità del trattamento e a seguito di preliminare acquisizione, da parte dello stesso medico prescrittore, del consenso informato di ciascun paziente, di cui risulti la rispettiva consapevolezza degli aspetti relativi alla mancata valutazione del medicinale somministrato ai fini dell'ordinaria autorizzazione all'immissione in commercio, sotto il profilo della qualità, della sicurezza e dell'efficacia.

Il « Deferiprone », come dianzi ricordato, è stato inserito nell'elenco delineato dalla Legge n. 648/'96, con apposito provvedimento C.U.F., recante la data del citato provvedimento di istituzione dell'elenco (17 gennaio 1997) e del pari pubblicato nella stessa Gazzetta Ufficiale.

L'inserimento del medicinale in questione è avvenuto a seguito delle determinazioni prese dalla C.U.F. nella propria riunione del 13 gennaio 1997.

In tale occasione, constatato che « motivi di tossicità, ipersensibilità od allergia » non consentono a taluni pazienti affetti da thalassemia di continuare ad avvalersi delle alternative terapeutiche attualmente disponibili, la Commissione ha ritenuto opportuno autorizzare la prescrizione di preparazioni medicinali a base di « deferiprone », ritenendo che possa costituire una valida opportunità terapeutica per la loro condizione patologica.

Pertanto, il farmaco « Deferiprone » viene erogato, a totale carico del Servizio sanitario nazionale e nel rispetto delle condizioni ed indicazioni contenute nello specifico provvedimento emanato, ai pazienti affetti da thalassemia con documentato sovraccarico di ferro, che risultino intolleranti alla « desferoxamina » per tossicità, ipersensibilità o allergia, o che per gravi motivi non possano essere sottoposti al trattamento con « desferoxamina ».

Per quanto riguarda il Centro operante presso l'ospedale « V. Cervello », si precisa che la C.U.F. sta lavorando ad un protocollo clinico nazionale per l'uso del chelante orale L1, in collaborazione con le associazioni dei talassemici ed i medici che combattono siffatte patologie, fra cui vi è anche, appunto, il Dott. A. Maggio, responsabile del Centro.

L'iniziativa della C.U.F. corrisponde all'esigenza di garantire la piena sicurezza delle decine di pazienti talassemici già in trattamento con l'L1, nonché di tutti coloro che possano trarre vantaggio dall'impiego terapeutico del preparato in questione, in attesa che gli studi sperimentali in corso permettano di accertare definitivamente le proprietà e le caratteristiche del farmaco, in modo da consentirne l'immissione in commercio ai sensi della normativa attualmente in vigore.

Il Ministro della sanità: Bindi.

CANGEMI. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per sapere – premesso che:

una grave situazione di difficoltà si è venuta a determinare presso la pretura di Lentini (SR);

il pretore nominato dottor Riccardo Rizzi, è infatti attualmente impegnato nel servizio militare di leva ed il suo ufficio resta vacante;

presso la pretura di Lentini restano dunque in attività soltanto alcuni vicepre-

(...)

sponsabilità e Futuro» è a favore delle vittime del nazismo, e pertanto non si comprende come la I.O.M. di Roma possa accertare domande di risarcimento da parte delle vittime delle persecuzioni titine.

Il Sottosegretario di Stato per gli affari esteri: Umberto Ranieri.

BOSCO, FONTANINI e PITTINO. — *Al Ministro degli affari esteri.* — Per sapere – premesso che:

nel luglio 1997, l'Italia ha acquisito, attraverso la società Stet, controllata dallo Stato, ed in collaborazione con la società greca Ote, una importante quota della Telecom Serba *(Telekom Srbija)* per un controvalore di più di 1.500 miliardi;

la partecipazione dell'Italia alla privatizzazione della telefonia serba non avrebbe potuto avvenire senza il coinvolgimento o quantomeno l'interessamento, del Governo nelle trattative, dal momento che all'epoca la Telecom era pubblica ed il suo azionista di riferimento era il Ministero del tesoro;

l'operazione finanziaria della Telecom Italia nei Balcani, aggirando le sanzioni contro Belgrado imposte dalla Comunità internazionale, ha contribuito a sostenere il regime dell'ex presidente serbo Slobodan Milosevic –:

se il coinvolgimento della nostra politica estera nella privatizzazione della telefonia serba, anche alla luce dei successivi investimenti finanziari e dei grossi progetti infrastrutturali assegnati al nostro Paese nell'area dei Balcani, sia stato strumentale al consolidamento della presenza economica nell'ex Jugoslavia e, nel caso, quali siano gli specifici interessi coinvolti;

quale tipo di strategia ha giustificato l'operazione, a fronte delle pesanti implicazioni umanitarie e di politica internazionale derivanti dall'affare e se, in tali implicazioni, fosse inclusa anche la possibilità che le somme destinate alla *Telekom* potessero servire a tappare i buchi di bilancio del regime o finire su conti esteri dell'ex dittatore;

se al Ministro risulti che la pratica dell'acquisizione di partecipazioni presso società di Paesi stranieri, da parte del Governo italiano, non si sia limitata al caso Serbia e, nel caso, se i movimenti di capitale pubblico siano gestiti autonomamente o sia prevista qualche forma di controllo istituzionale. (4-34180)

RISPOSTA. — *In relazione all'argomento della presente interrogazione, si rinvia agli elementi forniti dall'onorevole Ministro nel corso dell'informativa del 28 febbraio 2001, presso l'Aula della Camera dei deputati sulla vicenda dell'acquisto di una quota di capitale della Telekom Serbia. (Informativa allegata: in visione presso il Servizio Resoconti).*

Il Sottosegretario di Stato per gli affari esteri: Umberto Ranieri.

CACCAVARI. — *Al Ministro dell'università, al Ministro della ricerca scientifica e tecnologica, al Ministro della sanità.* — Per sapere – premesso che:

il centro di medicina del sonno di Parma nato nel 1974 come laboratorio per lo studio dei sistemi di vigilanza presso l'Istituto di Neurologia dell'Università, ha iniziato la sua attività clinica nel campo dei disturbi del sonno a partire dal 1983;

nel 1990 è stato strutturato come centro di Medicina del Sonno (Cms) con delibera del consiglio di facoltà di medicina e chirurgia e del senato accademico dell'università di Parma in seguito all'esplicita richiesta del consiglio dell'istituto di neurologia;

è stato quindi uno dei primi centri operanti in Italia e dal 1995 è accreditato dall'Associazione italiana di medicina del sonno come centro multidisciplinare idoneo a diagnosticare e trattare tutte le patologie del sonno;

nello stesso anno il Cms è stato accreditato come centro *training* per la formazione del personale medico nazionale nel campo delle malattie del sonno. Dal 1996 è entrato a far parte della rete di interscambio fra i laboratori europei denominati *european network of sleep laboratories* sotto il controllo della european sleep research society;

nel 1997 è stato inserito tra i centri di eccellenza dell'organizzazione mondiale della sanità nell'ambito del progetto internazionale « Word wilde project of sleep and health » per avere identificato un elemento fondamentale della struttura del sonno e precisamente il Cap, ed è diventato una delle sedi più famose a livello mondiale per lo studio del sonno e delle sue patologie;

il Csm di Parma ha ospitato medici e ricercatori per soggiorni di formazione inviati dai più prestigiosi ospedali del mondo ed ha determinato l'avvio di programmi di insegnamento a livello internazionale;

il responsabile del Csm è professore ordinario di neurologia e ha ricoperto la carica di presidente dell'Associazione italiana di medicina del sonno conducendo tutto il lavoro basandosi esclusivamente sull'apporto di collaboratori volontari e sull'impiego di attrezzature acquistate mediante i fondi del programma di ricerca;

essendo venuti meno tali apporti, il centro non ha potuto contare su nessuna figura operativa medica o tecnica di competenza ospedaliera e universitaria pur essendo una struttura riconosciuta e apprezzata dalla comunità scientifica internazionale;

il centro è chiuso dal 31 dicembre 1999 —:

come si intenda procedere, in tempi rapidi, per dotare il centro di ogni mezzo e del personale necessario perché possa riprendere l'attività e ritornare ad essere riferimento formativo e scientifico nel campo specifico della medicina del sonno. (4-32323)

RISPOSTA. — *Il Rettore dell'Università degli studi di Parma, cui il Ministero ha chiesto gli elementi di risposta in merito alla vicenda segnalata nell'atto di sindacato ispettivo, ha riferito quanto segue.*

Il Centro di medicina del sonno nasce come centro di ricerca, idoneo a studiare le patologie connesse con i disturbi del sonno, con atto del Consiglio di Facoltà di Medicina e chirurgia del 16 maggio 1990, del Senato accademico del 25 giugno 1990 ratificato con delibera del Consiglio di Amministrazione del 27 giugno 1990 dell'Università di Parma.

La struttura in questione svolge la sua attività all'interno dell'Istituto di Neurologia della Facoltà di medicina e chirurgia.

Responsabile del centro è il prof. Mario Giovanni Terzano, che si avvale della collaborazione di personale tecnico della stessa Università di Parma, in convenzione con l'azienda ospedaliera (una unità a tempo pieno e una unità a tempo parziale) nonché per l'attività di segreteria amministrativa, del personale assegnato all'Istituto di Neurologia.

Il Rettore ha, altresì, comunicato che l'Università stessa non ha adottato alcun provvedimento relativo alla chiusura del Centro di Medicina del sonno, che continua, quindi, ad operare come centro di ricerca all'interno di una struttura universitaria.

In relazione a quanto fatto presente dal predetto Ateneo si ritiene di aver fornito esaustivi chiarimenti ai quesiti posti.

Il Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica: Luciano Guerzoni.

DOZZO, GUIDO DUSSIN, MICHIELON e LUCIANO DUSSIN. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri e ai Ministri del tesoro e dell'ambiente.* — Per sapere – premesso che:

il comune di Spresiano fa parte, unitamente ad altri comuni, del consorzio intercomunale per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani, approvato

(...)

Torna all'indice

INTERVENTI SU PROGETTI DI LEGGE IN ASSEMBLEA

RESOCONTO STENOGRAFICO

14.

SEDUTA POMERIDIANA DI GIOVEDÌ 20 GIUGNO 1996

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

PAG.

Assegnazione di una proposta di legge a Commissione in sede legislativa 616

Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione):

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 maggio 1996, n. 267, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (1039) 632

Presidente 632, 645, 647, 648

Bogi Giorgio, *Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri* 644, 648

Caccavari Rocco Francesco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 640

Delfino Teresio (gruppo CCD-CDU) 635

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Relatore* 642, 647, 648

Mantovano Alfredo (gruppo alleanza nazionale) 645

Procacci Annamaria (gruppo misto) 632

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

MARIO TASSONE. La presenza del Governo non è un fatto simbolico, deve essere reale. Tu questo l'hai sempre denunciato, Calderisi!

TERESIO DELFINO. Ringrazio il collega Tassone per questo intervento *ad adiuvandum*.

Stavo concludendo, signor Presidente, signor rappresentante del Governo, dicendo che di fronte all'importanza – qui rilevata dalla maggioranza e dalla minoranza – di questo provvedimento, l'assenza totale del ministro della sanità nel corso del dibattito *(Applausi dei deputati dei gruppi del CCD-CDU e di alleanza nazionale)* è già una dimostrazione concreta del fatto che, dopo le enunciazioni di principio, si delega ad altri una presenza che invece noi consideravamo doverosa. La consideravamo tale anche perché in relazione alle filosofie che indirizzano questo intervento ritenevamo che una presenza puntuale del ministro della sanità potesse portare a verificare la possibilità di positive convergenze sul terreno di una comune valutazione dei valori che diamo a questa nostra battaglia parlamentare *(Applausi dei deputati dei gruppi del CCD-CDU e di alleanza nazionale – Congratulazioni)*.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor rappresentante del Governo, il lungo e sofferto iter che abbiamo dovuto percorrere per portare il decreto-legge in quest'aula oggi sta a dimostrare che le problematiche inerenti alla tossicodipendenza sono tante e tali da suscitare costantemente contrasti e distinzioni, anche, a volte, non conciliabili. È anche vero, però, che al testo originario, lungo il corso delle moltissime reiterazioni, sono stati apportati miglioramenti, al punto che si dovrebbe ottenere (a vantaggio, io credo, di tutto il Parlamento) un notevole consenso al testo che stiamo esaminando.

È importante comunque rendersi conto che l'approvazione darà finalmente la possibilità a tante realtà operative nel pubblico, nel privato sociale e nel volontariato di far fronte agli impegni economici ed agli investimenti da tempo pendenti, sostenuti anche con debiti da parte dei promotori pur di non interrompere i programmi avviati.

L'approvazione quindi darà maggiore impulso, con la disponibilità dei fondi, ad insistere nelle attività di prevenzione, cura e reinserimento per gli stati di tossicodipendenza e – novità importante – anche per l'alcoldipendenza correlata (e correlata non solo alle dipendenze da droghe illegali).

Noi dobbiamo sicuramente dedicare maggiore attenzione a questo fenomeno perché se è vero che i dati ascoltati in quest'aula sia nella giornata di ieri che in altre occasioni segnalano una forte avanzata della dipendenza da droghe illegali, è anche vero che va moltiplicato per migliaia di volte quel numero per indicare i dipendenti da alcol. È quindi questa la dipendenza sulla quale veramente intervenire, discutere e riprendere l'iter di quella legge che nella passata legislatura non poté essere discussa.

Voglio dire allora che questo decreto consentirà la disponibilità di fondi per poter arrivare a modelli di intervento più attenti e più mirati al sostegno di una operatività nel settore, caratterizzato da azioni sempre più diversificate e a misura della portata reale del disagio tossicomanico. Disagio che non è soltanto determinato dagli effetti specifici delle droghe ma è anche fortemente sostenuto dalla ricaduta sulla vita dei consumatori delle conseguenze indotte dal comportamento che il consumatore può assumere e dalle complicazioni scatenate nell'ambiente dove si muove.

La riduzione del danno, così attentamente esaminata, che si pone come uno degli obiettivi perseguibili, va intesa come l'insieme delle iniziative che vogliono correggere quel disagio per contenerne gli aspetti più devastanti sulla persona tossicodipendente. Si tratta di iniziative dirette a fermare o a limitare il degrado del tossicodipendente quando il coinvolgimento nel consumo toglie ogni autonomia di vita e le

strutture di accoglienza a bassa soglia o l'impiego degli operatori da strada hanno la finalità di rispondere dove molto spesso chiunque venga chiamato trova già difficoltà a mettere assieme una risposta.

Gli operatori da strada sono operatori che, uscendo dall'ufficio e dalle stanze, dovranno assicurare la presenza nei luoghi di impatto con la droga, capaci di dimostrare l'insostituibile volontà di conseguire il consenso dei tossicodipendenti a scegliere di vivere e poi di vivere senza sostanze.

È necessario quindi, senza l'approssimazione molto spesso esercitata a difesa di atteggiamenti ideologici o di parzialità, avere presente che è doveroso adottare strategie per contenere e correggere il danno, ma è fondamentale non rinunciare a definire regole sempre più aggiornate – è questo il ritardo che siamo accumulando – per lo sviluppo della prevenzione e per la crescita del senso critico verso tutte le droghe.

I meccanismi conflittuali che sono alla base della tossicofilia devono porre ognuno di noi nella necessità di valutare con rinnovata attenzione tutta la legislazione specifica in vigore, perché il rapido ingresso di nuove droghe e il cambiamento dei consumi sociali hanno determinato nuovi bisogni nei consumatori e quindi esigenze di assistenze diverse. È questa una attenzione che ormai non è più rinunciabile.

In ogni caso, questi ed altri aspetti andranno approfonditi in un'altra occasione per un dibattito in cui saranno esaminati tutte le dipendenze e tutti i problemi correlati alle dipendenze stesse.

Per ora auspico che l'approvazione della conversione del decreto, come primo e significativo segnale di interesse reale alla problematica relativa alle droghe che segnano drammaticamente l'esistenza di tante persone, di tante famiglie, di tutta la società, ci dia la possibilità di essere almeno attenti a quello che il decreto ci consente di fare.

Presto dovremo anche approvare il decreto relativo al personale dei SERT, in modo che le risorse professionali siano messe a disposizione su tutto il territorio nazionale anche per la ricerca di una integrazione sempre più responsabile fra pubblico e privato, con responsabilità del pubblico e del privato, e in particolare delle comunità terapeutiche.

La progettazione nella lotta alla droga porterà a risultati sempre più certi se tutte le forze impegnate non si porranno in conflittualità, ma cercheranno il dialogo, il confronto, la verifica e lo scambio delle esperienze. Brutte sono le gelosie che impediscono di comunicarsi i risultati, brutte sono le gelosie che pongono le proprie idee come le migliori.

Non va dimenticato che quando è concluso il percorso di emancipazione dalle droghe restano per i tossicodipendenti (per la maggior parte di essi, per lo meno) i problemi che coinvolgono tutte le persone che hanno gravi complicanze sociali, come la mancanza di lavoro, di una casa, di riferimenti significativi per vivere. Quindi io credo non si debba ragionare di droga con ossessività, affrontando esclusivamente l'intossicazione e la conseguente disintossicazione: vanno tenute presenti tutte le motivazioni e le conseguenze, in modo da non dimenticare la centralità della persona tossicodipendente e di tutte le persone che quella dipendenza può danneggiare durante la cura ed il reinserimento. Penso alle famiglie, ma penso anche agli operatori; penso ai volontari e penso ai dipendenti, quando molto spesso la sconfitta di fronte ad una situazione di droga non risolta o non affrontata bene coinvolge su un piano emotivo tutti ed è veramente la sconfitta di tutti.

La tossicodipendenza compare come espressione problematica di tanti atteggiamenti contraddittori. Tra la ricerca di piacere – va detto: di piacere – e la ricerca di una mediazione chimica con la realtà che non si accetta ampie fasce di popolazione (anche questo va detto) tentano di rendere sopportabile la loro esistenza ponendo un illusorio filtro per allentare il disturbo avvertito nella vita con l'uso di alcol, tabacco, psicofarmaci e, una minoranza, di droghe illegali.

Quando mancano i mezzi culturali, economici e di solidarietà per affrontare quel disturbo, chiunque lo avverta, l'uso di sostanze confonde le attività della mente ed appanna lo specchio nel quale non ci si vuole guardare. Forse per tale complessità della dipendenza, che può colpire chiunque – va tenuto presente: chiunque può essere colpito –, dobbiamo comprendere senza accettare mai passivamente che tanti adolescenti possono essere attratti da un'esperienza che ritengono erroneamente di poter concludere quando vogliono e da soli. Chiediamoci chi ha dato questo messaggio agli adolescenti.

La dipendenza, invece, cattura, trasforma, trascina e condiziona con esiti tragici, quali la morte per overdose ma anche per incidenti stradali, per suicidio, per omicidio, per malattie mortali come l'AIDS o per epatite fulminante. Ma va tenuto anche presente che, più frequentemente, il tossicodipendente va incontro al crollo delle risorse fisiche e sociali, un crollo che relega la sua persona ai margini di ogni aspetto della vita.

Per tali ragioni è importante intervenire il più precocemente possibile per salvaguardare il corpo e la mente degli intossicati e, quando il corpo e la mente degli intossicati sono affidati all'intervento di altri, questi altri devono agire con cautela e molta, molta riflessione. La mia esperienza di lavoro nel settore, che è quasi ventennale, mi impone di affrontare ogni discussione sul fenomeno droga con umiltà e con grande cautela e di riflettere quasi sottovoce sul fatto che il comportamento tossicomanico è comunque un comportamento umano sul quale nessuno può avere l'ultima parola.

Ci vuole quindi un coro di solidarietà per formulare tante proposte, tante proposte coraggiose e responsabili per ogni problema – e sono tanti ! – che la droga rovescia nella nostra società *(Applausi dei deputati dei gruppi della sinistra democratica-l'Ulivo, di rifondazione comunista-progressisti e dei popolari e democratici-l'Ulivo).*

PRESIDENTE. Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

Ha facoltà di replicare il relatore, onorevole Lumia.

GIUSEPPE LUMIA, *Relatore*. Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, colleghi, abbiamo lavorato intensamente per mettere a fuoco ancora una volta non solo i contenuti ma anche il contesto nel quale il decreto dovrà operare una volta che verrà convertito in legge. Ho molto apprezzato la discussione che si è svolta perché in diversi interventi si sono superati gli atteggiamenti di chiusura e di contrapposizione e si è tentato di individuare strade nuove e valide per affrontare il tema delle varie tossicodipendenze.

Non ci troviamo più nella fase dell'improvvisazione; non si tratta più di un fenomeno nuovo che ci angoscia e ci travolge. In questi anni abbiamo avuto anche delle esperienze positive e il decreto è stato strutturato proprio al fine di mettersi in sintonia con quanto di positivo è avvenuto nel paese. Non si tratta di un provvedimento che ha la pretesa di affrontare e risolvere i problemi presenti nell'ambito del vasto e complesso fenomeno delle tossicodipendenze, ma con esso si vuole consentire l'apertura di un dialogo al fine di intervenire adeguatamente dal punto di vista legislativo in tale settore e successivamente mettere mano alle questioni di fondo, quelle questioni controverse che dovremo cercare di affrontare e risolvere, seppure in modo parziale, per capire ed intervenire in profondità.

Sono d'accordo con tutti coloro che hanno sottolineato come le persone che vivono il dramma della tossicodipendenza esprimano i tanti volti del disagio della nostra società. È un fatto molto importante perché non si può ricondurre la realtà del tossicodipendente, della persona che vive questa esperienza ad un unico tipo di disagio; i disagi sono molteplici e molteplici sono i percorsi che portano poi alla tossicodipendenza.

Un'azione legislativa intelligente allora è quella che prevede più ipotesi di lavoro,

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

16.

SEDUTA POMERIDIANA DI MARTEDÌ 25 GIUGNO 1996

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDICE

PAG.

Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione):

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 maggio 1996, n. 267, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (1039) 686

Presidente 688, 694, 701, 703, 720, 723

Buffo Gloria (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 720

Caccavari Rocco Francesco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 710

Calderoli Roberto (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 692, 701

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 699, 708, 712

Cola Sergio (gruppo alleanza nazionale) 700

Colombini Edro (gruppo forza Italia) 707

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) 690, 694, 701, 705, 706, 717

PAG.

Delfino Teresio (gruppo CCD-CDU) 695

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 697, 721

Gasparri Maurizio (gruppo alleanza nazionale) 720

Giannotti Vasco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 715

Giovanardi Carlo Amedeo (gruppo CCD-CDU) 690, 702, 706, 719

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 688, 698, 701

Lumia Giuseppe, *Relatore* (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 693, 709, 711, 713

Maiolo Tiziana (gruppo forza Italia) 692

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 692, 722

Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 698

Parenti Tiziana (gruppo forza Italia) 711

Pisapia Giuliano (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 716

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

Vi è poi una valutazione di efficacia in ordine alla limitatezza delle risorse. Se si ritiene che questa nuova fase possa essere affrontata anche dai soggetti del privato sociale, non mi sembra giusto escludere le comunità solo perché si teme che possano accedere a questo tipo di attività. Sarebbe un errore. Tra l'altro, fatto in questi termini, non vi è una sproporzione ma un equilibrio ed il fondo è sufficiente per intervenire in tale settore. Dobbiamo tener presente che il ricorso alle comunità non si sta riducendo perché lo Stato limita la loro funzione, ma perché sta cambiando la tipologia dell'intervento che è di vario tipo ed integrato.

CARLO AMEDEO GIOVANARDI. Certo, è chiaro! È evidente che, andando avanti così, le state ammazzando.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, visto il grande impegno profuso dai colleghi nel discutere la questione, desidero creare la cornice per prestare maggiore attenzione ed essere più vicini alle esigenze dei tossicodipendenti.

Come avviene sempre, si sono demonizzati i trattamenti farmacologici delle tossicodipendenze. Alcune delle affermazioni fatte non tengono conto di alcuni dati di conoscenza che si possono acquisire anche con una limitata conoscenza del settore. Vorrei ricordare, in primo luogo, che il metadone non è in alcun modo un derivato dall'eroina, ma è una molecola sintetica messa a punto proprio per curare gli stati di intossicazione da eroina. Il fatto che, a sua volta, come stupefacente possa dare delle dipendenze è una questione nota, ma non è questo il punto. Un altro dato importante che desidero richiamare è il seguente: si parla del metadone come se venisse immesso nel consumo con il decreto-legge al nostro esame, mentre esso è disponibile già dal 1976 e dal 1978 se ne è consentito l'uso, anche attraverso la legislazione delle diverse regioni che ne hanno regolamentato la somministrazione e la distribuzione.

Quindi, quanto disposto dal comma 3 dell'articolo 1 del decreto-legge, non è una grossa novità né un cavallo di Troia per diffondere una sostanza ignota parlando di riduzione del danno. Queste sono affermazioni improprie. Credo invece che confermare l'uso di tale sostanza consenta di limitare le sperimentazioni selvagge che si fanno utilizzando farmaci legali, ma in modo improprio, negli stati di tossicodipendenza; mi riferisco ai barbiturici, ad esempio, o alle benzodiazepine. I colleghi sanno – non solo chi è medico, ma anche chi ha esperienza della vita comune di tutti i giorni – che buona parte dei comportamenti non in sintonia con la nostra società vengono coperti con il ricorso alle benzodiazepine. L'uso di tali farmaci nei trattamenti di intossicazione da stupefacenti va rapportato alle patologie che si vogliono curare, non allo stato di tossicodipendenza.

La conferma dell'uso del metadone da parte del provvedimento al nostro esame serve anche a limitare l'impiego di altre sostanze. Per quel che concerne la riduzione del danno, invito i colleghi a verificare cosa succede dove tale pratica viene posta in essere da decenni: dove si interviene per le strade, nelle case, con i trattamenti domiciliari, con le case di accoglienza, con i centri diurni, quindi con un lavoro integrato con le comunità terapeutiche, si riesce a contenere quello che di solito è il disperante itinerario dei tossicodipendenti verso una fine infausta.

Le osservazioni che si intendono fare devono tener conto delle esperienze vissute fino ad oggi perché non si può negare che tutti gli interventi effettuati per far fronte alla tossicodipendenza non siano approssimativi per insufficienza di documentazione o di scienza. Tuttavia essi non danno mai dei grandi risultati perché la tossicodipendenza è di per se stessa un fenomeno gravemente lesivo della libertà della persona che consuma tali sostanze per curarsi e per trarre beneficio dagli interventi che si effettuano.

È necessario pertanto recuperare maggiore oggettività nell'esaminare la realtà dei tossicodipendenti. Dobbiamo tener conto del fatto che tutti i dati vanno presi in considerazione con maggiore cautela. Ad esempio, affermare che le comunità terapeutiche si potrebbero svuotare perché è in atto il programma di riduzione del danno è inesatto e contraddice con quanto è avvenuto nel passato, quando cioè, fino agli anni '80, il metadone era distribuito a fiumi e le comunità si riempivano. Deve sorgere il dubbio che finalmente forse una maggiore coscienza da parte della fascia giovanile che consuma queste sostanze ha ridotto i consumi di eroina, anche se ha esaltato quelli di tanti altri farmaci, come la cocaina, le anfetamine e l'*ecstasy*, da parte della fascia giovanile che in questo periodo va dai 15 anni in su *(Applausi)*.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sugli identici emendamenti Giovanardi 1.4 e Calderoli 1.5, non accettati dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	392
Votanti	388
Astenuti	4
Maggioranza	195
Hanno votato *sì*	175
Hanno votato *no*	213

(La Camera respinge).

TIZIANA PARENTI. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TIZIANA PARENTI. Signor Presidente, la mia richiesta è inerente ad un emendamento da me formulato e recante il numero 1.19 che avrebbe una collocazione più adeguata se fosse inserito subito dopo gli identici emendamenti 1.4 e 1.5 che abbiamo appena finito di esaminare. A tal fine l'emendamento necessiterebbe di una nuova formulazione per correggere un errore materiale, in quanto va riferito non solo al comma 4 dell'articolo 1, ma anche al comma 3. Pertanto le parole « *Al comma 4* » dovrebbero essere sostituite con le seguenti « *Ai commi 3 e 4* ».

PRESIDENTE. Qual è il parere del relatore ?

GIUSEPPE LUMIA, *Relatore*. Signor Presidente, dal punto di vista tecnico l'emendamento può essere riferito ad entrambi i commi. Comunque, anche se venisse riformulato nel senso indicato dalla collega Parenti, il parere della Commissione rimarrebbe inalterato, cioè contrario.

PRESIDENTE. Il Governo ?

LIVIA TURCO, *Ministro per la solidarietà sociale*. Il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Credo che si possa accettare la riformulazione dell'emendamento Parenti 1.19 proposta dalla presentatrice. Resta dunque inteso che il suo emendamento si riferisce ai commi 3 e 4 dell'articolo 1.

Passiamo dunque alla votazione dell'emendamento Parenti 1.19 nel testo riformulato.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Parenti. Ne ha facoltà.

TIZIANA PARENTI. Il parere contrario espresso dalla Commissione e dal Governo appare davvero originale perché nel corso della discussione svoltasi in aula ci siamo dimenticati che ci troviamo di fronte ad un decreto di applicazione di un testo unico, il n. 309 del 1990. A prescindere da tutte le altre questioni, peraltro molto mal poste, osservo che per evitare questo decreto si sarebbe dovuta abrogare una parte delle disposizioni contenute del testo unico. Inoltre, se non ricordo male, nelle medesime disposizioni è previsto lo stesso trattamento nella sospensione della pena e

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

17.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 26 GIUGNO 1996

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **MARIO CLEMENTE MASTELLA**

INDICE

PAG.

Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione e approvazione con modificazioni):

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 maggio 1996, n. 267, recante disposizioni urgenti per l'attuazione del testo unico sulle tossicodipendenze, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (1039) 765

Presidente 765, 766, 769 774, 778, 779, 780, 798

Caccavari Rocco Francesco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 795

Calderisi Giuseppe (gruppo forza Italia) 766

Calderoli Roberto (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 772, 774 777, 779

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 776

Ce' Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 792

PAG.

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) 770 773, 777, 779, 789

Delfino Teresio (gruppo CCD-CDU) 772 780, 784

Giovanardi Carlo Amedeo (gruppo CCD-CDU) 769

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 775, 776

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Relatore* 777, 778, 779, 798

Maiolo Tiziana (gruppo forza Italia) 766

Mangiacavallo Antonino (gruppo rinnovamento italiano) 785

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) .. 771 777, 778, 785

Mattarella Sergio (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 771

Polenta Paolo (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 781

Procacci Annamaria (gruppo misto) .. 765, 791

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 786

Taradash Marco (gruppo forza Italia) 793

Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 767, 781, 798

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

(...)

continuare ad intontirsi con le ideologie e con la paura di uscirne, affidandosi piuttosto a medicinali di Stato, che salvaguardano più la coscienza di chi non ha il coraggio di guardare la realtà che la vita di coloro ai quali le leggi dovrebbero servire come strumento di liberazione.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, credo che se una conclusione si può trarre, alla fine di questo lungo dibattito, che possa trovare tutti d'accordo è che gli argomenti legati al fenomeno delle tossicodipendenze appassionano, coinvolgono, ma spesso travolgono anche i limiti che un dibattito deve avere. Ho avuto l'impressione che non vi sia stato uno scambio, un confronto di idee, ma spesso una contrapposizione sulla base di argomentazioni che (includo in tale considerazione anche le mie, naturalmente) non hanno tutte un fondamento legato all'esperienza, alla scienza che deve esserci dietro ogni differenziazione, ma a volte derivano da prese di posizione non ben documentate. Credo che non possiamo dare a questo decreto-legge un significato diverso da quello che ha e sul quale con molta chiarezza il relatore e tanti altri colleghi hanno insistito. Si tratta di un provvedimento parziale, finalizzato a correggere un'ingiustizia sociale rappresentata dal fatto che fondi già stanziati e messi a disposizione non possono essere utilizzati da tutti i presentatori di progetti – nel pubblico, nel privato, nel volontariato – che con i problemi della tossicodipendenza fanno i conti tutti i giorni. La conversione del decreto-legge comporterà la possibilità di fornire, con quei fondi, strumenti per l'attuazione dei progetti e quindi consentirà di porre le premesse per la realizzazione di molti degli auspici che qui sono stati fatti. Consentirà, cioè, di verificare l'efficacia dei diversi modelli di intervento, che hanno necessariamente bisogno di essere conosciuti, misurati, valutati, ricondotti nei limiti di un'osservazione attenta, ma non pregiudiziale, proprio perché i risultati in questo campo non sono, spesso, né prevedibili né quantificabili. Sperimentare non significa provare tanto per provare, ma cercare di dare carattere di scienza alla ricerca di possibili interventi che, molto spesso, sono stati finora motivati più che altro dal buon senso, dal comune sentire o anche soltanto dal desiderio di fare qualcosa.

Tenendo conto della pluralità di interventi che è necessario programmare quando ci si occupa di questo problema, penso che tutto ciò che viene proposto spesso passa anche attraverso una sperimentazione già fatta. Infatti, parlare di riduzione del danno nelle tossicodipendenze significa sottolineare tutta l'esperienza accumulata fino ad oggi in questo campo sia nelle comunità terapeutiche, sia nei SERT, sia nel volontariato, sia – voglio ricordarlo – nelle famiglie, perché spesso è proprio l'iniziativa dei componenti la famiglia che indica le possibili vie d'uscita da una dipendenza.

Credo che un altro insegnamento che si può trarre – e l'abbiamo sentito affermare con forza sia dalla maggioranza che dalla opposizione – è che è il momento di smettere di discutere di sostanze, di incentrare il problema sulla attività farmacologica di una polvere, di un liquido, di un gas, dimenticando la centralità della persona, che voglio richiamare non come finalità degli interventi ma come punto di partenza.

Ho sentito parlare qui di libertà, di affrancamento dalle dipendenze, ma ciò non potrà mai avvenire se non si arriverà anche ad un affrancamento da altre dipendenze culturali e sociali, ossia se non verranno affrontate e risolte dipendenze molto spesso legate a dinamiche profondamente personali.

Quindi, nel momento in cui parliamo di terapia delle tossicodipendenze, vorrei invitare i colleghi (l'ho imparato con il tempo, attraverso errori ma anche verifiche e umilissime considerazioni che devo fare su questa esperienza) a non parlare di terapie che vadano assolutamente bene o che sono sbagliate. È anche questo un

modo di misurarsi con il problema non con l'approssimazione certe volte richiesta da una polemica politica ma con la capacità di avvicinarsi lentamente ad un successo, ad un risultato, passando anche attraverso la rinuncia ai propri convincimenti ma anche a certe verità, alle quali spesso si dà la veste di scienza perché le si vuole in tutti i modi difendere.

Affidare quindi la ricerca delle soluzioni solo alle sostanze o ad altri correttivi che non tengano conto della persona penso che oggi sia un metodo da abbandonare. Allora con gli « operatori da strada » e con le altre iniziative proposte si cerca di creare una sorta di rete intorno alla persona tossicodipendente affinché essa possa danneggiarsi il meno possibile. Ma questo avviene quando tutti quanti noi responsabilmente – dobbiamo dirlo – abbiamo rinunciato ad attivare tutti quei processi di prevenzione che ovviamente non possono essere solo diretti alla tossicodipendenza ma molto probabilmente a quei modi di vivere, a quel modo di condurre la propria vita, che può portare alle fughe nella ricerca di una mediazione chimica con la realtà.

Pensando ai diversi modelli di intervento, a tutte le probabili terapie che possono essere indicate, credo che dobbiamo anche riflettere – e mi avvio a concludere – sul fatto di quale guarigione si cerca. Se vogliamo che una persona abbandoni l'uso delle droghe, questo è un progetto che si può mettere in piedi; e ci si riesce anche abbastanza spesso. Ma se la guarigione vuol significare portare le persone ad abbandonare l'uso delle sostanze ma anche il comportamento indotto dalle stesse, il processo è allora molto, molto più lungo.

Guardate bene, colleghi, molti di voi lo sanno, è facile buttare via una siringa, è facile abbandonare le bevande alcoliche quando per questo si è soccorsi come si deve, mentre è molto, molto difficile ed estremamente complicato, quando non risulti impossibile, iniziare una nuova vita da quel punto in poi, riuscendo a cancellare l'esperienza fatta. Questo intervento è volto a contenere i danni della tossicodipendenza.

In quest'aula è stata fatta anche una certa confusione tra rischio di danno e certezza del danno; ebbene, questi interventi influiscono sulla certezza del danno, ossia quando si incontra un tossicodipendente che ha già un aggancio profondo con la sostanza, tutto è avvenuto e, qualunque cosa si possa fare, dovrà servire per portare questa persona a riconsiderare la propria vita con una nuova aspettativa. L'aspettativa di vita dipende dalla gravità dell'esperienza fatta, ma dipende anche molto spesso dai soccorsi anche soltanto, diciamo così, di solidarietà che la persona ha ricevuto. Molto spesso – lo devo dire – guarisce certamente più di una sostanza (qualunque sostanza) la presenza, la solidarietà di persone che sono capaci di confrontare con il tossicodipendente le proprie debolezze. Tante volte l'incontro sul piano delle debolezze rappresenta – e non è un gioco di parole – la forza sociale che ci fa affrontare questi problemi.

Concludo esprimendo, a nome del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo, il voto favorevole a questo provvedimento con l'impegno di fare di tutto perché venga realizzato quanto chiesto nell'ordine del giorno che ho presentato, ossia di ottenere la formazione di un gruppo di lavoro che consenta di riaprire un confronto su questi temi con più serenità, più tranquillità ma certamente con maggiore responsabilità, perché opporsi o difendere una posizione non libera dall'obbligo di continuare a discutere e a confrontarsi *(Applausi dei deputati del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo)*.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Guidi. Ne ha facoltà.

ANTONIO GUIDI. Mi collego a quanto ha detto il collega Massidda: parte del decreto è frutto della fatica di molti e mia personale.

Parlo di fatica perché la droga è faticosa, per chi la vive ed anche per chi se ne occupa. Crea lacerazioni e conflittualità. Abbiamo tanto parlato della conflittualità tra di noi, ma ve ne è anche una interna:

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

89.

SEDUTA DI MARTEDÌ 5 NOVEMBRE 1996

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

E DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

PAG.

Disegno di legge (Seguito della discussione):

Misure di razionalizzazione della finanza pubblica (2372) 5383

Presidente 5383, 5384, 5385, 5386, 5387, 5389, 5390, 5393, 5394, 5401, 5406, 5415, 5425, 5426, 5427, 5428, 5439, 5440, 5442, 5449, 5450, 5451, 5452, 5454, 5460, 5462, 5470, 5471, 5475, 5478, 5480, 5481, 5483, 5487, 5495, 5501

Abbate Michele (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 5434

Acierno Alberto (gruppo forza Italia) 5398, 5415, 5444

Aloisio Francesco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 5419

Angeloni Vincenzo Berardino (gruppo alleanza nazionale) 5397

Aprea Valentina (gruppo forza Italia) 5492

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

PAG.

Armaroli Paolo (gruppo alleanza nazionale) 5474 5480

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) .. 5389 5409, 5422

Benedetti Valentini Domenico (gruppo alleanza nazionale) 5392, 5400

Berruti Massimo Maria (gruppo forza Italia) ... 5435 5453, 5462

Bianchi Vincenzo (gruppo forza Italia) 5451

Bicocchi Giuseppe (gruppo rinnovamento italiano) 5445, 5471

Bindi Rosy, *Ministro della sanità* 5422, 5425, 5426

Biondi Alfredo (gruppo forza Italia) 5451

Bono Nicola (gruppo alleanza nazionale), *Relatore di minoranza* 5397, 5440 5449, 5478, 5481, 5487, 5493

Buontempo Teodoro (gruppo alleanza nazionale) 5414, 5418, 5422, 5427

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 5444

Calderisi Giuseppe (gruppo forza Italia) 5468 5479

Campatelli Vassili (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 5453, 5482

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 5446

Caruso Enzo (gruppo alleanza nazionale) .. 5426

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 5389, 5390, 5396 5398, 5403, 5404, 5410, 5423, 5436 5437, 5438, 5440, 5443, 5450, 5452 5463, 5465, 5469, 5472, 5474, 5477

Cherchi Salvatore (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Relatore per la maggioranza* ... 5383 5388, 5393, 5404, 5429, 5434 5441, 5442, 5452, 5470, 5471 5478, 5481, 5484, 5486, 5488, 5490, 5494

Ciani Fabio (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 5411, 5417

Colombini Edro (gruppo forza Italia) .. 5391, 5395 5401, 5415, 5421, 5429

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) ... 5385 5387, 5388, 5389, 5390, 5391, 5393, 5394 5400, 5401, 5403, 5405, 5406, 5407, 5412 5417, 5420, 5421, 5423, 5428, 5436, 5438 5444, 5462, 5464, 5467, 5468, 5469, 5482, 5495

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 5393, 5394 5396, 5410, 5448, 5450

Danese Luca (gruppo forza Italia) 5486, 5489 5492, 5499

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 5465

Delfino Teresio (gruppo CCD-CDU) 5386, 5404 5410, 5416, 5476, 5483

Filocamo Giovanni (gruppo forza Italia) 5393 5413

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 5433, 5441

Fontan Rolando (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 5388

Foti Tommaso (gruppo alleanza nazionale) 5451

Franz Daniele (gruppo alleanza nazionale) 5498

Garra Giacomo (gruppo forza Italia) 5402 5438, 5467

Gasparri Maurizio (gruppo alleanza nazionale) 5427

Giacalone Salvatore (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 5424, 5429

Giannotti Vasco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 5412, 5413, 5431

Giarda Piero Dino, *Sottosegretario di Stato per il tesoro* 5384, 5388, 5442, 5452 5471, 5482, 5485, 5494, 5500

Giorgetti Giancarlo (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 5463, 5486 5492, 5494, 5495, 5499

Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale) 5384, 5390

Guerra Mauro (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 5453

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 5440, 5446

Lembo Alberto (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 5445

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD-CDU) 5390, 5396, 5421, 5422, 5428 5439, 5441, 5448, 5464, 5469, 5476

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 5447, 5494, 5495

Malagnino Ugo (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 5480

Mancuso Filippo (gruppo forza Italia) 5423

Mangiacavallo Antonino (gruppo rinnovamento italiano) 5481

Masi Diego (gruppo rinnovamento italiano) 5487 5489, 5491

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) . 5387 5390, 5406, 5409, 5419, 5429, 5444

Michielon Mauro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 5490

Miraglia Del Giudice Nicola (gruppo alleanza nazionale) 5449

Moroni Rosanna (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 5485

Napoli Angela (gruppo alleanza nazionale) 5488 5493

Palumbo Giuseppe (gruppo forza Italia) 5413

Pampo Fedele (gruppo alleanza nazionale) 5443 5498, 5500

(...)

ANNAMARIA PROCACCI. Presidente, voterò a favore dell'emendamento Lumia 2.110, al quale aggiungerò la mia firma.

Presidente, colleghi, membri del Governo, il problema è quello di non far passare più tempo per la chiusura di queste strutture, che, come sappiamo tutti, sono veri e propri *lager*. Abbiamo assistito ad un fenomeno generale di rimozione del problema, di esclusione delle persone. Ebbene, oggi non possiamo più aspettare. Devo dire che dalle audizioni che si stanno svolgendo in Commissione affari sociali è emerso che in alcune zone d'Italia (per esempio a Napoli) si stanno già realizzando centri diurni e case alloggio, piccole strutture in cui le persone tanto a lungo segregate agli occhi degli altri, i cosiddetti normali, possono davvero tentare di reintegrarsi nella società e riacquistare la loro dignità.

Vorrei aggiungere un'altra considerazione. Voterò a favore dell'emendamento 2.110, che ha come primo firmatario il collega Lumia, perché ritengo pericolosi sia i tentativi ufficiali di proroga, di deroga, di slittamento del termine del 31 dicembre 1996, sia i tentativi surrettizi, striscianti, finalizzati a far rimanere in vita le strutture di cui stiamo parlando. Ecco perché questo emendamento è per me tanto importante.

L'emendamento che ho ritirato – lo dico senza polemica al collega Cè – era teso ad agevolare il lavoro delle regioni per la realizzazione dei centri diurni e delle case alloggio. Più correttamente il Governo ha reperito una copertura più efficace attraverso il ricorso ai fondi (e sono molti) dell'edilizia sanitaria della legge n. 77 del 1988. Di fronte a tematiche che interessano la vita delle persone vorrei che si superassero, che cadessero le divisioni tra i gruppi politici. Quello in esame è infatti uno dei punti che segna il discrimine rispetto all'assistenza e alla solidarietà che vogliamo attuare e che ritengo sia una preoccupazione di tutti.

Per i motivi che ho espresso, voterò a favore di questo emendamento e del successivo presentato dal Governo, che ringrazio ancora per aver accolto le richieste su un punto così importante.

PRESIDENTE. Colleghi, è necessario un po' d'ordine in aula. Onorevole Bono, onorevole Cola, per cortesia prendete posto.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Conti. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Desidero far presente alla Presidenza che l'emendamento Lumia 2.110 è inammissibile, perché quanto prevede è già contenuto nella legge n. 180 del 1978 ed è in vigore da molti anni *(Applausi dei deputati del gruppo di alleanza nazionale)*.

PRESIDENTE. Non si tratta di inammissibilità, come lei sa.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Massidda. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Intervengo anch'io per ricordare che si tratta di un emendamento inammissibile per le ragioni evidenziate dall'onorevole Conti. Annuncio pertanto l'astensione del gruppo di forza Italia.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. È vero che questa norma è già contenuta nella legge n. 180, ma desidero richiamare l'attenzione dei colleghi sul fatto che l'emendamento è stato proposto perché in questi anni si è bellamente aggirata la legge e sono continuati i ricoveri negli ospedali psichiatrici, in violazione della legge e senza dar seguito alle diverse denunce, concernenti sia il pubblico sia il privato, contro questa plateale violazione della legge n. 180.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, in dissenso dal proprio gruppo, l'onorevole Acierno. Ne ha facoltà.

ALBERTO ACIERNO. Poiché condivido le affermazioni dell'onorevole Massidda,

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

139.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 30 GENNAIO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

E DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

PAG.

Disegno di legge (Seguito della discussione e approvazione con modificazioni):

S. 1124. — Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa *(approvato dal Senato)* (2699) 11472

Presidente 11472, 11474, 11475 11476, 11477, 11478, 11479 11480, 11481, 11482, 11485, 11489, 11493 11495, 11497, 11503, 11505, 11507, 11508 11509, 11510, 11522, 11523, 11524, 11526 11527, 11529, 11530, 11532, 11533, 11539 11540, 11543, 11549, 11555, 11561, 11565

Acierno Alberto (gruppo forza Italia) 11551

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

PAG.

Aloi Fortunato (gruppo alleanza nazionale) 11483, 11520, 11539, 11541

Altea Angelo (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11555

Aprea Valentina (gruppo forza Italia) 11512, 11526, 11529, 11532, 11538, 11541, 11542, 11545

Bassanini Franco, *Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali* 11473, 11477, 11479, 11481, 11491, 11543, 11554, 11556, 11560

Benedetti Valentini Domenico (gruppo alleanza nazionale) 11488

Berlinguer Luigi, *Ministro della pubblica istruzione, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica* 11484, 11496, 11501, 11518, 11525

Bianchi Clerici Giovanna (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) .. 11507, 11522, 11524, 11530, 11547

Boato Marco (gruppo misto-verdi-l'Ulivo) . 11483, 11487

Borrometi Antonio (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 11562

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11553

Capitelli Piera (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11498, 11499

Castellani Giovanni (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 11485, 11479

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11554

Cerulli Irelli Vincenzo (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo), *Relatore per la maggioranza* 11472, 1147, 11478, 11486, 11492, 11504, 11550

Ciapusci Elena (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11562

Contento Manlio (gruppo alleanza nazionale) 11491

Crucianelli Famiano (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11553

Dalla Chiesa Nando (gruppo misto-verdi l'Ulivo) 11515

De Murtas Giovanni (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 11480, 11485, 11495, 11496, 11508, 11517

Detomas Giuseppe (gruppo misto) 11557

Di Bisceglie Antonio (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11560

Di Rosa Roberto (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11562

Duilio Lino (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 11562

Fontan Rolando (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11514

Fontanini Pietro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11473

PAG.

Frattini Franco (gruppo forza Italia), *Relatore di minoranza* 11473, 11476, 11478, 11480, 11481, 11482, 11486, 11490, 11493, 11558, 11559

Garra Giacomo (gruppo forza Italia) 11480, 11490, 11491, 11492, 11549, 11561

Giovanardi Carlo (gruppo CCD-CDU) 11511

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 11548

Lembo Alberto (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11474, 11558

Lenti Maria (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 11544

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD-CDU) 11533, 11534

Malgieri Gennaro (gruppo alleanza nazionale) 11563

Masini Nadia, *Sottosegretario di Stato per la pubblica istruzione* 11505, 11556

Mattarella Sergio (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 11513

Mazzocchin Gianantonio (gruppo rinnovamento italiano) 11482

Menia Roberto (gruppo alleanza nazionale) 11495, 11550

Migliori Riccardo (gruppo alleanza nazionale), *Relatore di minoranza* 11475

Mitolo Pietro (gruppo alleanza nazionale). 11559

Napoli Angela (gruppo alleanza nazionale) 11479, 1500, 11515, 11543, 11547

Ostillio Massimo (gruppo CCD-CDU) 11552

Piscitello Rino (gruppo misto-rete-l'Ulivo) 11533, 11563

Rizzi Cesare (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11562

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 11554

Santandrea Daniela (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11562

Sbarbati Luciana (gruppo rinnovamento italiano) 11510, 11516, 11522, 11523, 11537, 11540, 11542, 11546

Scoca Maretta (gruppo CCD-CDU) 11491

Servodio Giuseppina (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 11551, 11562

Siniscalchi Vincenzo (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11562

Stucchi Giacomo (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11475, 11487, 11490

Tognon Giuseppe, *Sottosegretario di Stato per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica* 11557, 11561

Valensise Raffaele (gruppo alleanza nazionale) 11554

Veltri Elio (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11475 11483, 11489

(...)

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, dichiaro il voto favorevole del gruppo della sinistra democratica sull'articolo aggiuntivo 21.07 della Commissione e desidero ricordare la lunga vicenda attraverso la quale, nel confronto avvenuto nelle due Commissioni che si sono occupate della materia, si è finalmente raggiunto il convincimento che questa parte determinante del termalismo italiano – le aziende termali ex EAGAT – aveva bisogno ed aveva diritto ad una risposta.

L'articolo aggiuntivo corregge un andamento forse disordinato e certamente poco economico della gestione delle ex terme, quindi consentirà, con il coinvolgimento delle regioni, delle province e dei comuni, di portare avanti una politica di rilancio delle terme stesse. Queste non solo rivestono una notevole importanza, lo voglio ricordare, dal punto di vista economico in alcune realtà del paese, ma sono anche un riferimento culturale per intere zone. Già da qualche secolo, infatti, la cultura termale rappresenta il riferimento reale delle attività economiche, sociali e culturali di quelle zone.

Richiamo brevemente inoltre la necessità che il rilancio delle terme consenta di recuperare la qualità terapeutica delle acque termali e dei fanghi in quanto l'orientamento attuale della medicina, per fortuna, sposta l'interesse e indirizza maggiormente la ricerca verso la prevenzione che non verso le cure delle malattie; quindi, in ambito preventivo le terme rappresentano sicuramente un punto di riferimento irrinunciabile. Aggiungo che anche per la riabilitazione, nei casi in cui sia necessario intervenire recuperando funzionalità organiche perdute, il termalismo rappresenta un ottimo presidio clinico e terapeutico.

Ricordo inoltre che l'articolo aggiuntivo consente, sbloccando la situazione delle terme ex EAGAT, alle due Commissioni di procedere rapidamente all'approvazione della legge di riordino termale che interessa circa trecento aziende del paese che in molti luoghi, soprattutto in certe zone depresse, costituiscono l'unica fonte di guadagno.

In conclusione, con questo articolo aggiuntivo si favorisce il recupero economico, culturale e terapeutico e pertanto si favorisce il rilancio economico e sociale delle zone in cui si trovano le terme.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Crucianelli. Ne ha facoltà.

FAMIANO CRUCIANELLI. Signor Presidente, desidero svolgere una breve considerazione perché tanta unanimità potrebbe essere sospetta.

In realtà questo articolo aggiuntivo – e colgo l'occasione per ringraziare il Comitato dei nove per il modo in cui ha lavorato ed il Governo per l'atteggiamento di apertura che ha avuto – rappresenta un grande atto di saggezza da parte del Parlamento e la sua approvazione è una grande prova di sapienza.

Siamo di fronte ad un problema che si sta trascinando da diciannove anni. Ebbene, i problemi si possono anche trascinare; il dramma si determina quando i problemi, oltre a trascinarsi, iniziano a danneggiare anche delle realtà produttive di grandissima importanza come le aziende termali. Questo è uno di quei settori in cui l'Italia era all'avanguardia a livello europeo, mentre oggi corre il rischio di essere marginale.

La scelta che viene fatta oggi, di inserire nel disegno di legge l'articolo aggiuntivo 21.07 della Commissione, rappresenta pertanto un passaggio di grande importanza per queste realtà ed è anche una scelta di buon senso, dal momento che risolviamo un problema annoso e lo facciamo con grande equilibrio.

Con questo articolo aggiuntivo non ci si occupa solo delle terme ma anche del deficit delle stesse. Quindi, per il Tesoro questo tipo di scelta è anche uno sgravio, non un regalo come talora si è detto. Ci si libera di qualcosa che stava diventando ormai un peso, mentre per le regioni, per le comunità locali e per l'imprenditoria

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

144.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 FEBBRAIO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**
E DEL VICEPRESIDENTE **MARIO CLEMENTE MASTELLA**

INDICE

PAG.

Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione e approvazione):

S. 1867. – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 dicembre 1996, n. 630, recante finanziamento dei disavanzi delle aziende unità sanitarie locali al 31 dicembre 1994 e copertura della spesa farmaceutica per il 1996 *(approvato dal Senato)* (2998) 11948

Presidente 11948, 11965, 11968

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11970

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11950, 11952, 11953, 11955, 11961, 11963, 11965, 11968, 11969, 11970

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) . 11968

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) . 11953, 11961

Lembo Alberto (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11948

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

(...)

Il Ministero della sanità faccia quello che deve e cominci a vedere su quali voci della spesa sanitaria si possa realmente e preventivamente incidere. È necessario individuare le ragioni per cui di fatto non si riesce a controllare la spesa sanitaria. Si introduca, come si è già fatto in altre occasioni, il concetto di « budgettizzazione » del medico di base, un concetto che non è mai stato preso in considerazione e che viene lasciato sperimentare alle regioni. Perché non si deve occupare di ciò lo Stato, visto che la programmazione economica e finanziaria viene fatta dallo Stato stesso ?

Perché non viene preso in considerazione, come abbiamo suggerito in altre occasioni, lo spostamento di antibiotici iniettabili dalla fascia « A » alla fascia « H », almeno nelle patologie in cui possono essere senza problemi sostituiti da farmaci orali ? Perché non facciamo almeno questo tentativo che potrebbe contenere la spesa farmaceutica ? Purtroppo non si fa niente di tutto questo. A me piacerebbe ricevere una risposta anche dal sottosegretario, visto che è stato qui in aula tutto il pomeriggio. Comunque concludo qui *(Applausi)*.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 3.1, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	311
Votanti	298
Astenuti	13
Maggioranza	150
Hanno votato *sì*	15
Hanno votato *no*	283

Sono in missione 28 deputati.

(La Camera respinge).

Ricordo che sono stati ritirati i restanti emendamenti all'articolo 3 presentati dall'onorevole Cè.

Poiché il disegno di legge consta di un articolo unico, si procederà direttamente alla votazione finale.

Passiamo alle dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

Invito sommessamente i colleghi che intendano rendere dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento a chiederne la pubblicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Saia. Ne ha facoltà.

ANTONIO SAIA. Signor Presidente, chiedo l'autorizzazione alla pubblicazione della mia dichiarazione di voto in calce al resoconto stenografico della seduta odierna *(Applausi)*.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, onorevole Saia.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, chiedo l'autorizzazione alla pubblicazione della mia dichiarazione di voto in calce al resoconto stenografico della seduta odierna *(Applausi)*.

PRESIDENTE. La Presidenza lo consente, onorevole Caccavari.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. Per le motivazioni già espresse nel corso della discussione sugli articoli 1, 2 e 3 del decreto-legge, annunzio il voto contrario del gruppo della lega nord per l'indipendenza della Padania *(Applausi)*.

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

Prima di passare alla votazione finale, chiedo che la Presidenza sia autorizzata a procedere al coordinamento formale del testo approvato.

(...)

2. – *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge del decreto-legge 2 gennaio 1997, n. 1, recante interventi urgenti per il settore dell'autotrasporto (2946).

— *Relatore:* De Piccoli.

3. – *Discussione dei progetti di legge:*

Norme transitorie in materia di personale e di ordinamento degli enti locali e regolazione degli effetti giuridici derivanti dai relativi decreti-legge non convertiti (2831).

CERULLI IRELLI ed altri: Norme transitorie in materia di ordinamento degli enti locali e regolazione degli effetti giuridici derivanti dai decreti-legge non convertiti (2813).

— *Relatori:* Novelli, *per la I Commissione* e Bartolich, *per la XI Commissione, per la maggioranza;* Migliori *di minoranza.*

La seduta termina alle 20,05.

DICHIARAZIONI DI VOTO FINALE DEI DEPUTATI ANTONIO SAIA E ROCCO CACCAVARI SUL DISEGNO DI LEGGE DI CONVERSIONE N. 2998.

ANTONIO SAIA. Il gruppo di rifondazione comunista-progressisti, pur considerandolo insufficiente, vota a favore del provvedimento che agli articoli 1 e 2 prevede il risanamento della situazione debitoria delle ASL e delle regioni al 31 dicembre 1994.

È noto che, a partire dal 1° gennaio 1995, la situazione si è modificata in quanto ai direttori generali delle ASL è stato fatto divieto di creare nuove situazioni debitorie sfondando le previsioni di bilancio.

È dunque logico ed opportuno far sì che vengano appianate tutte le situazioni debitorie, spero dovute a cause oggettive createsi a seguito di nuovi contratti di lavoro o di lievitazione dei prezzi di farmaci reattivi e quant'altro.

All'articolo 3 si stabilisce poi l'aumento, più che mai opportuno, delle previsioni della spesa farmaceutica che, per il 1996, viene prevista in 11.100 miliardi.

Appare opportuno cogliere l'occasione per invitare il Governo a pensare per tempo a quello che sarà l'orientamento di spesa per il 1997, che certamente lieviterà, dovendosi tener conto dei numerosi farmaci nuovi che occorrerà assicurare ai pazienti per la cura di gravi malattie quali ad esempio l'AIDS, la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica; farmaci nuovi che hanno alti costi ma che, comunque, essendo indispensabili, vanno garantiti ai malati.

ROCCO CACCAVARI. Il disegno di legge esaminato reca norme sul finanziamento dei disavanzi accumulati dalle USL sino al 31 dicembre 1994, il finanziamento per il 1998-1999 oltre che norme sulla copertura della spesa farmaceutica per il 1996.

La trasformazione in aziende delle USL pone il problema che il direttore generale di un'azienda deve operare nell'ambito di bilanci che siano liberati dai debiti delle precedenti gestioni secondo quanto stabilito dalla legge n. 774 del 1994. La crescita della spesa sanitaria nel nostro paese e nel resto del mondo è determinata da tanti fattori in continua evoluzione di cui bisogna tenere conto per giustificare la spesa sostenuta e prevedere i futuri bilanci. Un fondamentale fattore è quello dell'aumento dell'età media della popolazione che ha come conseguenza un incremento delle patologie geriatriche; anche una maggiore coscienza sanitaria spinge i cittadini ad una giusta attenzione alla propria salute e quindi un frequente ricorso alle strutture sanitarie; inoltre aumentano i costi dei presìdi sanitari sia strumentali che farmacologici.

Si deve tenere poi presente che gli sprechi del passato in ambito assistenziale e la permanente sottostima del fondo

sanitario nazionale hanno amplificato il bisogno di finanziamenti.

Date queste brevi considerazioni, c'è l'esigenza di porre sotto controllo la spesa sanitaria senza abbassare la qualità del servizio sanitario nazionale e quindi con la nuova organizzazione è necessario non avere debiti pregressi. Per il ripiano di tali debiti già la finanziaria del 1996 ha previsto l'accantonamento di 700 miliardi per oneri di ammortamento dei mutui per il disavanzo delle USL, monetizzato fino al 1994.

Per realizzare l'impegno di presentare un provvedimento atto a disciplinare il ricorso ai mutui nel settore sanitario il Governo ha predisposto il presente disegno di legge che prevede l'autorizzazione a contrarre i mutui stessi. L'autorizzazione prevista all'articolo 2 per le regioni a contrarre mutui con oneri a proprio carico e il previsto intervento della tesoreria per anticipazioni, tendono a rappresentare l'esigenza che le regioni stesse acquisiscano in proprio dei finanziamenti. Tale indicazione è necessariamente legata al chiarimento di quali fondi, con l'IREP, le regioni potranno disporre (la cosiddetta « operazione verità » nel determinare il vero fabbisogno del fondo sanitario nazionale).

All'articolo 3 la spesa farmaceutica è elevata a 11.100 miliardi per il 1996; si evita così il rischio di riclassificare alcuni farmaci dalla fascia A a quella C a carico dei cittadini, che protesterebbero con gravi reazioni giustificabili.

Il presente provvedimento è quanto mai opportuno per far fronte alle urgenze di cassa delle aziende sanitarie in modo che per il futuro queste, alleggerite dai debiti, possano avviare con maggiore responsabilità l'innovamento della sanità del nostro paese dando conto, finalmente, dei finanziamenti dall'assegnazione alla spesa in termini reali per l'esercizio gestito.

Dichiaro, quindi, il voto favorevole del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo.

TESTO INTEGRALE DELLA RISPOSTA DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO PER LA SANITÀ BRUNO VISERTA COSTANTINI ALL'INTERROGAZIONE BONO N. 3-00568.

BRUNO VISERTA COSTANTINI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. I comandi carabinieri per la sanità (NAS) dipendono direttamente dal ministro della sanità ed operano in costante collaborazione con i competenti uffici del dicastero della sanità e con i laboratori di analisi dell'Istituto superiore di sanità.

Gran parte delle operazioni investigative dei NAS vengono effettuate sotto l'impulso del Ministero della sanità che, per la materia in questione, ha più volte richiesto il loro intervento ai fini di vigilare sulla liceità della distribuzione dei farmaci veterinari e su episodi di uso illecito di sostanze farmacologicamente attive destinate ad animali allevati in azienda.

I medicinali veterinari, siano essi presentati specificamente sotto forma di specialità medicinale, di medicinali veterinari prefabbricati (preparati immessi in commercio in una forma farmaceutica che può essere usata senza alcuna trasformazione), di premiscele per alimenti medicamentosi (qualsiasi medicinale veterinario preparato per la successiva fabbricazione di alimenti medicamentosi destinati ad essere somministrati agli animali) ovvero vengano impiegati per indurre un'immunità attiva, diagnosticare lo stato di immunità o provocare un'immunità passiva, ricadono nella rigorosa disciplina normativa del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 119 (« Attuazione delle direttive n. 81/851/CEE, n. 87/20/CEE e n. 90/676/CEE relative ai medicinali veterinari).

Il decreto legislativo n. 119 del 1992 contiene minuziose disposizioni sull'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali veterinari, sulla loro produzione, distribuzione, importazione ed esportazione.

Viene attribuito al Ministero della sanità il compito di effettuare ispezioni

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

217.

SEDUTA DI MARTEDÌ 24 GIUGNO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

E DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

PAG.

Disegno di legge (Seguito della discussione e approvazione):

Disposizioni in materia di incarichi di medicina generale (3229-*ter*) 18644

Presidente 18644

Bogi Giorgio, *Ministro per i rapporti con il Parlamento* 18645, 18646

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 18646

Campatelli Vassili (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 18652

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 18651

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) . 18649

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) . 18647

Franz Daniele (gruppo alleanza nazionale) . 18645

Landi di Chiavenna Giampaolo (gruppo alleanza nazionale) 18653

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD) . 18646, 18647

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti), *Relatore* . 18645, 18646, 18651

Vito Elio (gruppo forza Italia) 18652

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

(...)

Avverto che sono stati presentati gli ordini del giorno Saia ed altri n. 9/3229-*ter*/1 e Valpiana ed altri n. 9/3229-*ter*/2 *(vedi l'allegato A)*.

ANTONIO SAIA, *Relatore*. Chiedo di parlare per una precisazione.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ANTONIO SAIA, *Relatore*. Signor Presidente, volevo precisare che l'ordine del giorno Saia ed altri n. 9/3229-*ter*/1 è stato successivamente sottoscritto da altri colleghi di quasi tutti i gruppi politici presenti in Commissione.

PRESIDENTE. Onorevole Saia, ne prendo atto.

Qual è il parere del Governo sugli ordini del giorno presentati ?

GIORGIO BOGI, *Ministro per i rapporti con il Parlamento*. Il Governo accetta entrambi gli ordini del giorno presentati.

PRESIDENTE. I presentatori insistono per la votazione dell'ordine del giorno Saia ed altri n. 9/3229-*ter*/1 ?

ANTONIO SAIA. No, signor Presidente.

PRESIDENTE. I presentatori insistono per la votazione dell'ordine del giorno Valpiana ed altri n. 9/3229-*ter*/2 ?

ROCCO CACCAVARI. Non insistiamo.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Presidente, sottoscrivo anche l'ordine del giorno Valpiana ed altri n. 9/3229-*ter*/2.

PRESIDENTE. Sta bene.

È così esaurita la trattazione degli ordini del giorno.

Passiamo alle dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, il disegno di legge in esame deriva dall'articolo 1 del disegno di legge n. 3229, recante norme in materia di incarichi di medicina generale e di posti per la formazione di medici specialisti. Quest'ultima parte, esaminata ed approvata in Commissione in sede legislativa, ha permesso di sanare un'ingiusta situazione, che penalizzava l'accesso alla specialità di laureati non responsabili di quella difficoltà. La parte stralciata ora in esame intende garantire l'applicazione del nuovo accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale e per i medici che intendano coprire i posti di continuità assistenziale, come viene oggi definita la guardia medica.

L'entrata in vigore del contratto collettivo nel settembre del 1996 ha posto fuori termine le domande per le graduatorie relative al 1977, che scadevano nel giugno dell'anno precedente. Inoltre, il nuovo accordo, che anticipa al gennaio la scadenza dei termini, avrebbe escluso i laureati che stanno frequentando il corso, con possibili conseguenti ricorsi contro le regioni che sono in ritardo nell'applicazione della normativa.

La Commissione ha predisposto un ordine del giorno indirizzato al Governo per chiedere che tutti i soggetti immatricolati al corso di laurea in medicina e chirurgia entro il 1991 (decreto-legge n. 256) possano essere abilitati a svolgere funzioni di medicina generale o di guardia medica. Queste disposizioni e le altre contenute nel provvedimento potranno dare un quadro legislativo al quale le regioni faranno riferimento, nel rispetto di norme che eviteranno di privare di diritti i medici oggi danneggiati dalle inadempienze regionali.

Nel dichiarare il voto favorevole del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo, ricordo che anche il disegno di legge in esame interviene per sanare situazioni di grave disagio relative ad una categoria professionale verso la quale l'università e i ministeri competenti devono impegnarsi

a definire una programmazione ragionata e risolutiva per arrestare l'aumento della disoccupazione in campo medico.

Desidero inoltre ringraziare il relatore per il lavoro che ha svolto e tutti i colleghi membri della Commissione.

Le chiedo infine, Presidente, di poter aggiungere la mia firma all'ordine del giorno Saia ed altri n. 9/3229-*ter*/1.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Caccavari.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Del Barone. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE DEL BARONE. Signor Presidente, colleghi, ho partecipato a tutti i lavori relativi al disegno di legge in esame e desidero rilevare che non reputo che le cose siano perfette, perché le cose perfette probabilmente non esistono. Peraltro, attraverso un lavoro di cesello, si è riusciti in Commissione a trovare un punto di riferimento preciso che possa dare garanzie ai medici convenzionati di medicina generale. Tali soggetti erano ben tutelati dalla convenzione, ma alcuni punti di essa venivano messi in discussione. Questi punti sono stati eliminati e le leggi della vita impongono che, quando vi è mediazione, da una parte si prenda e dall'altra si lasci.

Questa modalità di trattativa, peraltro, mi consente di dichiarare che il gruppo di forza Italia condivide il provvedimento e si riserva, in sede di votazione degli ordini del giorno, di fare una brevissima dichiarazione di voto, perché su uno dei due ordini del giorno potremmo non essere d'accordo...

PRESIDENTE. Onorevole Del Barone, le ricordo che gli ordini del giorno non saranno posti in votazione perché, essendo stati accolti dal Governo, i presentatori non hanno insistito per la votazione.

GIUSEPPE DEL BARONE. Per quanto riguarda l'ordine del giorno Valpiana ed altri n. 9/3229-*ter*/2, nell'ultimo periodo si parla di riequilibrare nella prossima convenzione di medicina generale l'entità dei punteggi da assegnare per il corso di formazione specifica. A questo riguardo, credo che, piuttosto che riequilibrare, danneggiando, sarebbe il caso di valorizzare gli altri titoli. Se partiamo dal principio della valorizzazione degli altri titoli, sono d'accordo; ma se si tratta di diminuire qualcosa che non può essere diminuito, perché quando entreremo in Europa il titolo di formazione in medicina generale sarà una *condicio sine qua non* per far parte della categoria dei medici convenzionati in medicina generale, non sono d'accordo. Per il resto, come ho già detto nell'ampio intervento che ho svolto ieri, dichiaro il voto favorevole del mio gruppo, nella convinzione che il lavoro svolto sia sicuramente apprezzabile.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Lucchese. Ne ha facoltà.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Signor Presidente, onorevoli colleghi, questo provvedimento, così come è stato ricordato, ne segue un altro, del quale è uno stralcio, concernente l'ammissione ai corsi di specializzazione. Il disegno di legge al nostro esame è stato oggetto di un lungo approfondimento in seno alla Commissione, anche perché era molto complesso; tuttavia alla fine siamo riusciti a trovare un accordo, che ci pone tutti nelle condizioni di poter essere favorevoli, anche perché attraverso la presentazione di alcuni ordini del giorno abbiamo invitato il Governo a rivedere le eventuali storture. Pertanto anche gli ordini del giorno hanno una loro valenza positiva; non sono puramente indicativi, bensì sono scaturiti dalla difficoltà di mettere ordine in questo provvedimento, per il quale si è rivelato difficile fare la quadratura del cerchio, in quanto era necessario contemperare le esigenze dei medici, quelle del servizio e quelle immediate, così come è stato ricordato, al fine di rendere un servizio alla cittadinanza, al territorio ed a tutta la comunità.

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

224.

SEDUTA DI LUNEDÌ 7 LUGLIO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **MARIO CLEMENTE MASTELLA**

INDICE

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

PAG.

Disegno di legge di conversione (Discussione):

Conversione in legge del decreto-legge 20 giugno 1997, n. 175, recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale (3904) 19472

Presidente 19472, 19495

Bindi Rosy, *Ministro della sanità* . 19474, 19491

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 19478

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 19480

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti), *Relatore* 19472, 19490

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 19484

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 19487

Stagno d'Alcontres Francesco (gruppo forza Italia) 19474

imprese assieme ad una razionalizzazione dei consumi, responsabilizzando magari il medico attraverso sistemi equilibrati di *budgeting* e riducendo la frammentazione del sistema di distribuzione con accordi e con maggiore scambio di informazioni. Un altro pilastro di riforma sanitaria, data anche la struttura demografica del paese, è costituito dalla domiciliarizzazione dell'assistenza. Portare l'assistenza al malato, specie se anziano, e non il malato all'assistenza, ha valore economico elevato e valore terapeutico e sociale ancora più alto. Sui sentieri della salute, orientarsi verso l'assistenza domiciliare significa conseguire il contenimento della spesa tutelando i diritti di chi è in stato di bisogno.

Analogamente, un pilastro della riforma per il contenimento e la razionalizzazione della spesa è rappresentato dai fondi sanitari integrativi. Le forme assicurative partecipano solo per l'1 per cento alla spesa sanitaria, duplicando il servizio pubblico, eppure la spesa sanitaria privata in Italia ha raggiunto la cifra di 40 mila miliardi, il 2,2 per cento del PIL, con prestazioni che si sovrappongono al servizio pubblico per 23 mila miliardi. Quando lo Stato mantiene un livello di offerta ed il privato effettua interventi uguali, significa che lo Stato fornisce un servizio che il cittadino non ritiene di qualità adeguata. La spesa privata deve, pertanto, trasferirsi dalla duplicazione all'integrazione. Il ragioniere generale dello Stato, dottor Monorchio, ha ribadito l'opportunità di trovare al di fuori del bilancio dello Stato le risposte al problema sanitario ed ha proposto forme di mutualità sostitutiva, ferma restando la copertura assicurativa pubblica garantita, vale a dire un sistema che presenta uno zoccolo duro ed è poi flessibile attraverso forme di mutualità integrativa. Certo, anche qui, è un discorso di incentivi adeguati, di garanzie più ampie, realizzati ad esempio con i contratti assicurativi, abolendo le cause di recesso in caso di sinistro ed abbandonando il vincolo dell'età con il ricorso alle riserve di senescenza – peraltro già contemplate dalla legge italiana –, nonché prevedendo forme diverse per le agevolazioni fiscali, per i contributi a questi fondi sanitari e per le prestazioni ad essi afferenti.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, verificare in modo puntuale tutti gli aspetti della riforma sanitaria di questo Governo, anzi, meglio, raccogliere tutti gli elementi per cercarvi un progetto armonico e, soprattutto, realizzabile è impresa ardua. Mi soffermerò allora sul preambolo del decreto-legge oggi in discussione, che esplicita, tra le motivazioni della straordinaria necessità ed urgenza, lo scopo di perseguire gli obiettivi finanziari della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Il decreto-legge è uno strumento di eccezionalità, un'altra figura sintomatica delle misure tampone e dell'inesattezza programmatica. Non si vive alla giornata, i conti non tornano. Tra le ragioni di una tanto ostinata perseveranza non ho trovato nulla di razionale, fuorché, forse, un incomprensibile rancore nei confronti di coloro che, vivendo in un paese libero, non chiedono altro se non di esercitare liberamente la propria professione *(Applausi dei deputati del gruppo di forza Italia)*.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, signora ministro, signori sottosegretari, colleghi, il decreto-legge n. 175 del 20 giugno 1997, oggi in discussione per la conversione in legge, reca disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale del sistema sanitario nazionale e disciplina aspetti molto delicati di alcune delle prestazioni sanitarie dovute ai cittadini.

Condivido in pieno la relazione svolta dalla collega Cossutta, sia per la puntualità sia per l'approfondimento che l'hanno caratterizzata, per cui mi limiterò a svolgere alcune considerazioni generali.

L'assistenza sanitaria nel nostro paese è sottoposta ad un'attenta e responsabile osservazione da parte del Governo, in quanto è innanzitutto necessario recupe-

rare ritardi ed omissioni accumulati negli anni passati. L'esito della gestione a volte clientelare cui è pervenuta l'assistenza ha richiesto il riesame delle prestazioni ed una serie di interventi per controllare la spesa e la qualità degli interventi stessi, per contenere ed orientarsi a superare tutti i disguidi e le ricadute negative sulla tutela della salute collettiva.

Un primo elemento che va considerato è dato dalla sottostima del reale costo della sanità, in ragione della quale nel passato si è sempre ricorso ad un risanamento acritico del bilancio, alcune voci del quale sono risultate fortemente alterate da tangenti ed irregolarità amministrative, di cui non sembra giungere mai la fine, stanti le notizie che quotidianamente forniscono elenchi di abusi e di latrocini. A questo proposito penso che si debba stigmatizzare con fermezza un comportamento di alcuni rappresentanti della classe sanitaria davvero delinquenziale e fuori da ogni deontologia, né si deve tacere la colpevole complicità di cittadini senza scrupoli. Penso sia necessaria la ricerca di metodi di informazione sulla sanità che rendano inoffensivi, una volta per tutte, i ladri che sfruttano la salute come mercato illecito. Ritengo inoltre che sia indispensabile una costante educazione al rispetto delle regole, in modo che ogni cittadino capisca che ciò che è pubblico non è materia di nessuno da rapinare, ma patrimonio comune che rende tanto più civile la società quanto più è salvaguardato e disponibile per tutti. Insisto su questo punto perché penso che le vere riforme si attuano se sono comprese e condivise e se ognuno fa la sua parte.

Il contenuto del decreto in esame dà attuazione alle previsioni della legge n. 662; in sede di discussione di quella legge (la manovra di bilancio per il triennio 1997-1999), i gruppi si sono già confrontati sull'incompatibilità. Tale determinazione coinvolge profondamente il mondo ospedaliero e penso che sino alla completa attuazione del disposto organizzativo e alla verifica della disposizione applicata si debba considerare la prima fase come sperimentale, di monitoraggio. La soggettività professionale del medico è unica e tendenzialmente vuole mantenere sempre costante il rapporto fiduciario con il paziente, il quale a sua volta è l'elemento determinante per confermarla. È quindi necessario che alle ragioni validissime dell'economia siano sempre abbinati gli elementari principi di reciprocità che regolano il rapporto medico-paziente, ovviando ad ogni scelta che invece renda impraticabile l'esercizio dei diritti di scelta del cittadino.

Viene il dubbio che la rigida distinzione tra *intra* ed *extra moenia* potrà determinare il fatto che il medico ospedaliero, che sia scelto da un paziente in forma privata, non possa seguirlo poi nell'eventuale ricovero. Se è vero il principio del diritto di scelta, questo non può essere fermato sulle mura. Penso che invece, favorendo il processo di attività privata, questa possa essere ancora più utile per l'azienda ospedaliera se si chiederà che tutte le prestazioni necessarie al paziente siano eseguite nella struttura pubblica.

Per questa ragione, che aumenterebbe l'utilizzo delle strutture ospedaliere, non è giustificabile forse la sanzione applicata per chi sceglie l'*extra moenia*. Si può dire, con uno *slogan*, che il medico ospedaliero lavora nel pubblico, può essere scelto nel privato e porta nel pubblico il paziente che l'ha scelto. Evitando la sanzione, che può essere facilmente assorbita dal professionista ospedaliero affermato, si aprono opportunità maggiori anche per i medici più giovani, ai quali l'integrazione economica con l'attività privata può consentire una permanenza più motivata nel pubblico.

Infatti, penso che bisogna tener conto di altri aspetti. Sento la necessità di considerare l'attività del medico ospedaliero come determinante elemento di integrazione tra medicina del territorio e ospedale stesso. Fino a quando non sarà riordinata la medicina di base, resta molto difficoltosa la collaborazione tra medici di famiglia, tranne le dovute eccezioni. La figura del sanitario ospedaliero disponibile

come consulente anche privato può, se ben utilizzata, essere un filtro responsabile e competente ai ricoveri e un ottimo controllo dopo le dimissioni.

Si devono invece prevedere maggiori incentivi per i sanitari che scelgono il tempo pieno e l'attività *intra moenia*, ponendo attenzione anche al riconoscimento di incentivi per il personale tecnico-infermieristico, che non deve essere sfruttato, come qualche volta è successo nel passato. Questa attività, come è noto, prevede la disponibilità delle strutture intraospedaliere per l'attività libero-professionale. Molte aziende non hanno approntato ciò che serve e ci sono già aziende che ricorrono a convenzioni esterne con cliniche o ambulatori per offrire ai medici la recettività necessaria. Penso che ci sia da temere da questa pratica, solo formalmente rispettosa della legge: si corre il rischio di un vero e proprio decentramento delle attività libero-professionali, che non credo agevolino il riscontro economico che le aziende si aspettano per l'utilizzo della diagnostica strumentale e di laboratorio degli ospedali stessi.

Vorrei aggiungere che una riforma che consegua il risultato di razionalizzazione della spesa e di mantenimento della qualità dei servizi non può prescindere da una riforma della medicina del territorio e delle altre forme integrate, sanitarie e sociali, di intervento sulla salute. Penso anche alla complessità di rapporti tra università e azienda ospedaliera, che devono certamente essere riequilibrati al punto da lasciare indenni le autonome competenze, ma portando a livelli di equa dignità professionale ed economica gli operatori delle due strutture, con diritti e doveri uguali.

A settembre, quando la relazione prevista porterà i dati raccolti sul territorio del paese, penso che dovranno essere molte le riflessioni ed i confronti per valutare la portata di questo decreto che, oltre alla novità organizzativa, presenta anche elementi di profonda trasformazione dell'attività ospedaliera, che – va ricordato – è sempre attività diretta alla persona e come tale non solo composta di manovre e interventi su costi di natura economica, ma è attività soprattutto densa di sensibilità umane. L'ospedale azienda deve rappresentare il luogo delle garanzie in quanto la persona che vi arriva affida la sua difficoltà di salute all'insieme delle competenze che devono preesistere ed essere continuamente aggiornate ed appunto garantite dall'impegno di chi vi lavora.

L'ospedale azienda deve quindi rappresentare il luogo di un lavoro professionale garantito, nel suo riconoscimento e sereno svolgimento. Ne consegue che la qualità generale delle prestazioni dipende da professionisti della salute a loro volta garantiti da una politica sanitaria del Governo, che giustamente vuole eliminare gli abusi, che deve controllare strettamente la spesa e l'attività professionale, ma che deve investire di più per l'ammodernamento tecnologico e la formazione degli operatori che, lavorando dentro e fuori dall'ospedale, con ampia osmosi tecnica e culturale, garantiscano responsabilmente un bene pubblico, cioè la salute della collettività *(Applausi)*.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Carlesi. Ne ha facoltà.

NICOLA CARLESI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, gentile ministro, a nostro avviso il disegno di legge n. 3904, recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria, che avrebbe dovuto fare chiarezza sulle incertezze interpretative della legge finanziaria n. 662, ha viceversa finito con il complicare le cose, ottenendo il risultato di creare ancora di più nella classe medica sentimenti di frustrazione, di precarietà e di forte preoccupazione.

È fin troppo chiaro a tutti che con questo disegno il Governo intende far decadere i motivi della sospensiva intervenuta in relazione al famoso, famigerato decreto ministeriale del 28 febbraio 1997, decretati dal TAR del Lazio lo scorso 9 giugno, senza per questo dare una risposta diversa né quanto meno migliorativa

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

227.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 10 LUGLIO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

PAG.

Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione):

Conversione in legge del decreto-legge 20 giugno 1997, n. 175, recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale (3904) 19846

PAG.

Presidente 19846, 19862, 19888, 19889, 19890, 19891, 19894

Bagliani Luca (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) . 19881, 19885, 19894

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 19859

Bolognesi Marida (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Presidente della XII Commissione* 19857

Bosco Rinaldo (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 19881, 19886, 19888

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 19846

Campatelli Vassili (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 19888

Caparini Davide (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 19888

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

(...)

Su questa richiesta, a norma dell'articolo 69, comma 2, del regolamento, possono parlare un oratore contro e uno a favore.

Nessuno chiedendo di parlare, pongo in votazione la dichiarazione di urgenza per la proposta di legge n. 3930.

(È approvata).

Avverto che, a seguito delle dichiarazioni di urgenza di proposte di legge testé deliberate, il tempo a disposizione delle competenti Commissioni per riferire all'Assemblea è ridotto della metà, facendo riferimento, per le proposte già assegnate con termini ordinari, al tempo ad oggi residuo.

Preavviso di votazioni elettroniche ***(ore 11,02).***

PRESIDENTE. Poiché nel corso della seduta potranno aver luogo votazioni mediante procedimento elettronico, decorrono da questo momento i termini di preavviso di cinque e venti minuti previsti dall'articolo 49, comma 5, del regolamento.

Seguito della discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto-legge 20 giugno 1997, n. 175, recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale (3904).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto-legge 20 giugno 1997, n. 175, recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.

Ricordo che nella seduta di ieri si è svolta la discussione sul complesso degli emendamenti e sono stati espressi i relativi pareri da parte del relatore e del rappresentante del Governo *(per gli articoli e gli emendamenti vedi l'allegato A ai resoconti della seduta di ieri).*

Passiamo pertanto alla votazione degli identici emendamenti Carlesi 1.6 e Cè 1.10.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, gli emendamenti in questione propongono di sopprimere il primo articolo del decreto-legge, dove sono stabilite le competenze del Ministero della sanità. Tali competenze tendono a definire le caratteristiche dell'attività libero-professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, le categorie professionali e gli enti o soggetti ai quali si applicano le disposizioni sull'attività intramuraria. Sono altresì disciplinate l'opzione tra attività libero-professionale intramuraria ed extramuraria, le modalità del controllo del rispetto delle disposizioni sull'incompatibilità, le attività di consulenza e consulto.

È questa, quindi, la sostanza del decreto stesso, sul quale penso che molte riflessioni già svolte in Commissione facciano convergere tanti punti di vista sulla necessità assoluta di rispettare quanto già stabilito dalla legge n. 502 e ancora di più dalla legge n. 662 del 23 dicembre 1996, che recava disposizioni per il risanamento della finanza pubblica.

Penso dunque che per i motivi a cui ho fatto cenno sia necessario mantenere un atteggiamento di possibile approvazione in quanto il decreto in esame, entrando in una materia così delicata qual è la normazione dell'attività dei medici ospedalieri, fa tornare di grande attualità una professionalità che, all'interno degli ospedali, è spesso non riconosciuta e non valutata in modo sufficiente e che quindi abbisogna di un riconoscimento.

In altre parole è necessario stabilire che l'attività del medico in ospedale è un'attività di alta dignità, di forte impegno lavorativo, di intensa professionalità, per

la quale sono necessari atti volti a qualificarla sempre di più.

Mi pare che la storia della sanità italiana abbia alternativamente valutato questa attività ospedaliera. Certamente nello spirito della riforma della legge n. 833 questa funzione veniva fortemente esaltata proprio perché la convergenza di tutti i saperi della scienza medica trova nell'ospedale la realizzazione di ogni progettualità che si riferisca alla salute delle persone.

Credo che affrontare un argomento di questo genere e stabilire quindi la possibilità di un'attività intra ed extraospedaliera significhi un riconoscimento ed un passo avanti nel definire che questa attività, svolta nel luogo della sua affermazione principale ma anche all'esterno dello stesso ospedale, sia di grande valore.

Non vedo quindi nell'indicazione che viene data dell'attività extramuraria come un'attività che debba avere certi limiti, una riduzione della dignità professionale del medico. Mi pare invece che questa possibilità offerta al medico ospedaliero di lavorare all'esterno tenda a fare in modo che il sapere maturato negli ospedali e la formazione permanente che deriva dall'esercizio della professione intramuraria possano poi essere utilizzati anche all'esterno.

Detto questo mi rendo conto che ci sono state – e il dibattito in Commissione l'ha confermato – diverse modalità di valutare quanto il decreto stabilisce. Ho potuto rilevare dal confronto con i colleghi che l'intenzione di confermare l'incompatibilità sia presente un po' in tutti i gruppi. Tutti gli interventi infatti convergono sulla necessità di salvaguardare questo principio; ovviamente vi sono delle osservazioni in ordine ai correttivi e alle valutazioni delle scelte stabilite dal decreto.

Nella necessità di dare a questa figura professionale una propria connotazione di confermata dignità e di profondo senso dell'essere attività diretta alla salute pubblica (e quindi un'attività che tende a salvaguardare la nostra società e a migliorarne le condizioni fisiche e psichiche che comunque hanno sempre una ricaduta sociale) quelli che possono sembrare dei limiti forse sono invece degli incentivi a portare all'esterno le competenze che si vanno affermando sempre di più negli ospedali.

Ritengo pertanto che il decreto debba essere convertito in legge anche per avviare questo iter, che è necessario per poter poi verificare nel termine stabilito (il prossimo mese di settembre) quanto della norma applicata sia da accettare così come è e quanto invece meriti di essere corretto.

Personalmente ritengo che delle correzioni siano opportune, anche perché penso che la sanità pubblica che rispetti fino in fondo la propria funzione di risposta ai bisogni della cittadinanza debba avere come primo punto di riferimento la valutazione delle professionalità. Fuori dagli ospedali i sanitari potranno in questo modo mettere a disposizione la loro competenza; relativamente alle sanzioni, credo che potremo ridiscuterne a settembre.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Carlesi. Ne ha facoltà.

NICOLA CARLESI. Rinunzio, Presidente.

Nell'anniversario dell'uccisione di Giorgio Ambrosoli *(ore 11,10)*.

ENNIO PARRELLI. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ENNIO PARRELLI. Signor Presidente, colleghi, domani ricorre l'anniversario dell'uccisione di Giorgio Ambrosoli, permettetemi quindi di ricordarlo.

Ambrosoli era un avvocato di Milano, né oscuro né famoso, incapace di sfumature e di ambiguità. La sua incapacità di compromissione viene scambiata per sche-

(...)

Atti Parlamentari — 19975 — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 15 LUGLIO 1997

RESOCONTO STENOGRAFICO

229.

SEDUTA DI MARTEDÌ 15 LUGLIO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

E DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDICE

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e l[illegible] pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

PAG.

Disegno di legge di conversione (Seguito della discussione e approvazione):

Conversione in legge del decreto-legge 20 giugno 1997, n. 175, recante disposizioni urgenti in materia di attività libero-professionale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale (3904) 20003

Presidente 20003, 20006, 20048

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) . 20035 20038

Bindi Rosy, *Ministro della sanità* .. 20033, 20034

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 20046

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) . 20015 20025, 20032

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 2005 20009, 20013, 20018, 20021 20022, 20030, 20032, 20037

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) . 20007 20010, 20012, 20016, 20019 20021, 20022, 20028, 20039

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti), *Relatore* 20014, 20034, 20035

Delfino Teresio (gruppo misto-CDU) 20045

Di Capua Fabio (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 20034

Filocamo Giovanni (gruppo forza Italia) . 20029

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 20034, 20038

Giannotti Vasco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 20027

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 20020, 20025

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD) . 20006 20009, 20012, 20017, 20019, 20022 20024, 20025, 20030, 20034, 20044

Mangiacavallo Antonino (gruppo rinnovamento italiano) 20039

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 20006 20008, 20011, 20013, 20014, 20016 20021, 20023, 20026, 20031, 20033, 20035

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 20023, 20034, 20035

Stagno d'Alcontres Francesco (gruppo forza Italia) 20042

PAG.

Veltri Elio (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 20048

Vito Elio (gruppo forza Italia) 20015

sicuro conflitto costituzionale fra conferenza delle regioni, Ministero e Governo. In secondo luogo leggiamo nel decreto il tentativo di avviare una regolamentazione, che certamente su questa materia si esprime in modo centralistico, burocratico e dirigistico, perché è impensabile che la molteplicità delle situazioni locali possa trovare nell'ambito del Ministero della sanità una soluzione efficace ed efficiente per tutto il paese. È questa una riflessione che di fatto sottolinea l'esigenza che, al di là del piano di indirizzo generale, tutta questa materia sia lasciata alle regioni.

Auspicavamo che nell'interpretazione e nell'attuazione della normativa di cui al provvedimento collegato alla finanziaria vi fosse la volontà di far crescere il ruolo delle regioni e non di sostituirsi ad esse, di trovare una soluzione che garantisse maggiore libertà di scelta agli operatori, ma soprattutto che vi fosse una risposta più efficace ed articolata ai problemi ed ai bisogni dei cittadini. Leggiamo in modo molto negativo che è demandata al ministero la disciplina puntuale e precisa delle attività di consulenza e di quelle di consulto, e lo abbiamo affermato anche in sede di discussione degli emendamenti. Sappiamo infatti che quando queste materie vengono regolamentate con termini molto specifici, poi non sono in grado di dare risposta alle situazioni che sicuramente si verificheranno nell'attività del nostro Servizio sanitario nazionale.

Ci aspettavamo, signor ministro, più coraggio e più apertura nei confronti dell'autonomia e del ruolo delle aziende sanitarie. Da tempo è stata compiuta una scelta di aziendalizzazione e noi crediamo che essa richieda costantemente un affidamento pieno di responsabilità e di autonomia a questo tipo di aziende, incaricate di sviluppare il servizio sanitario pubblico.

Credo anche che la peculiarità della posizione dei dipendenti pubblici del Servizio sanitario nazionale non possa essere negata, ma nemmeno che si possa affermare, come avviene da parte di taluno, che vi sia una condizione di piena omogeneità fra chi decide di effettuare il servizio sanitario pubblico in strutture private accreditate e chi decide di farlo in strutture pubbliche. Quindi noi – sotto un certo profilo – abbiamo dato il consenso a questo tipo di sforzo, con cui si voleva cercare di garantire con una serie di sostegni alla scelta dell'attività intramuraria anche una più alta qualificazione del servizio sanitario pubblico.

Riteniamo però che il provvedimento non vada nella direzione della piena attuazione di quella più forte valenza autonomistica e territoriale – verso la piena attuazione del principio di sussidiarietà anche nel campo del servizio sanitario – riconosciuta dagli stessi lavori della Commissione bicamerale. La normativa in esame non costituisce quell'ulteriore passo in questa direzione che noi auspicavamo, anzi rappresenta una scelta di appesantimento che certamente non consegue quegli obiettivi che lo stesso ministro in cuor suo credo vorrebbe raggiungere.

Per queste ragioni di dissenso i deputati del CDU esprimeranno un voto contrario *(Applausi dei deputati del gruppo misto-CDU)*.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, signora ministro, colleghi, ho seguito con molta attenzione il dibattito – determinato dall'intenso coinvolgimento delle colleghe e dei colleghi – sul disegno di legge di conversione in esame ed ho raccolto un risultato. Mi riferisco alla necessità irrinunciabile di fissare la data del 30 settembre – prevista come termine per la raccolta delle informazioni da tutto il paese – come reale partenza dell'applicazione della legge, che auspico sia compresa e condivisa.

Le aziende sanitarie ospedaliere dovranno portare a termine la ristrutturazione necessaria per favorire il lavoro dei medici che sceglieranno l'attività intramuraria. Quello che rappresenta un riconoscimento alla professionalità ospedaliera è

la posizione di vantaggio, che deve essere incentivata e tutelata.

Di contro, l'attività extramuraria deve avere le stesse garanzie. Penso, quindi, che dopo la verifica alcune delle sanzioni proposte dovranno essere riviste.

Si tratta di attività entrambe impegnative, che rappresentano una maggiore presenza della cultura medico-ospedaliera sul territorio e quindi una continuità terapeutica e diagnostica che determinerà un vantaggio di qualità per gli assistiti.

Sono convinto che, se dopo la verifica la progettazione porrà tutti i medici ospedalieri in grado di agire nell'attività libero-professionale alle stesse condizioni, si potrà stabilire che tutte le prestazioni diagnostiche dovranno essere effettuate in strutture pubbliche.

Vorrei anche ricordare che nella definizione libero-professionale la parte riferita alla libertà deve avere certamente due vincoli assoluti: l'onestà intellettuale di chi opera e la moralità deontologica, che qualche volta viene dimenticata. Ciò potrà rappresentare la vera centralità della funzione ospedaliera. Gli ospedali sono luoghi di diagnosi e cura, nonché centri di formazione permanente per il personale; applicano i risultati della ricerca e della sperimentazione.

PRESIDENTE. Mi scusi, onorevole Caccavari.

Onorevoli colleghi, prendete posto! Onorevole Riva, onorevole Ciani, onorevole Petrini (anche se Vicepresidente...), per cortesia, consentite all'onorevole Caccavari di svolgere il suo interessante intervento!

Prego, onorevole Caccavari.

ROCCO CACCAVARI. L'opportunità di svolgere attività libero-professionale pone il personale ospedaliero nella condizione di mediatore scientifico tra gli ospedali ed il territorio ed aggiorna costantemente gli interventi sugli assistiti. Sento di fare questa affermazione perché la normativa in esame stabilisce che il medico ospedaliero – che può essere scelto e quindi può svolgere attività libero-professionale – rappresenta una profonda trasformazione in positivo del rapporto fra medico e paziente ospedalizzato quando questo può decidere l'iter del ricovero.

L'applicazione dell'incompatibilità, dopo la verifica di settembre, richiederà un coinvolgimento maggiore delle aziende, sulla base di quanto sarà fatto dall'entrata in vigore del provvedimento stesso.

Ribadendo l'assoluta fermezza sul principio generale dell'incompatibilità, come è stato fatto da tutti i colleghi che sono intervenuti, anche come moralizzazione e controllo dei tanti abusi consumati da sanitari delinquenti, va posta la necessità degli aggiustamenti necessari dopo la verifica, proprio per difendere il principio stesso (anche il ministro ha formulato questa osservazione).

Con le considerazioni che ho svolto, dichiaro quindi il voto favorevole del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo *(Applausi dei deputati del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo).*

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

Proposta di trasferimento di progetti di legge dalla sede referente alla sede legislativa.

PRESIDENTE. Comunico che sarà iscritta all'ordine del giorno della seduta di domani, mercoledì 16 luglio 1997, l'assegnazione in sede legislativa delle seguenti proposte di legge per le quali la I Commissione permanente (Affari costituzionali), cui erano state assegnate in sede referente, ha chiesto, con le prescritte condizioni, il trasferimento alla sede legislativa, che propongo alla Camera a norma del comma 6 dell'articolo 92 del regolamento:

SCOCA ed altri: « Disposizioni per l'uso della bandiera della Repubblica » (409); ZELLER: « Modifiche al regio decreto-legge 24 settembre 1923, n. 2072, convertito dalla legge 24 dicembre 1925, n. 2264,

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

310.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 12 FEBBRAIO 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: sinistra democratica-l'Ulivo: SD-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; centro cristiano democratico: CCD; rinnovamento italiano: RI; misto: misto; misto-socialisti italiani: misto-SI; misto patto Segni-liberali: misto-P. Segni-lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto-CDU: misto-CDU; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

PAG.

Disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 438 del 1997 – Prevenzione e recupero tossicodipendenze *(approvato dal Senato)* **(A.C. 4484)** (Discussione) 16

(Discussione sulle linee generali – A.C. 4484) 16

Presidente 16, 17, 20

Burani Procaccini Maria (FI) 21

Caccavari Rocco (SD-U) 26

Cè Alessandro (LNIP) 19

Gramazio Domenico (AN) 24

Guidi Antonio (FI) 29

Lembo Alberto (LNIP) 16

Lucchese Francesco Paolo (CCD), *Relatore* 17

Massidda Piergiorgio (FI) 27

Scoca Maretta (CCD) 20

Soliani Albertina, *Sottosegretario per la pubblica istruzione* 20

(Repliche del relatore e del Governo – A.C. 4484) 33

Presidente 33

Lucchese Francesco Paolo (CCD), *Relatore* 33

Soliani Albertina, *Sottosegretario per la pubblica istruzione* 33

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

nale, a cui hanno aderito tantissimi operatori del settore, per dire « no » alla distribuzione terapeutica dell'eroina, per ribadire un fermo rifiuto che non è solo contrapposizione, ma è invece la volontà di trovare spazi, strade e modi che portino al recupero del tossicodipendente e non con il passaggio dal metadone all'eroina o da quest'ultima al metadone.

Un impegno concreto deve esserci e noi sosteniamo la necessità di approvare il decreto in esame, che introduce una sanatoria in favore di quanti hanno operato con intelligenza e valore ottenendo anche dei successi e devono essere incoraggiati e protetti da noi e dallo Stato. Non intendiamo, però, incoraggiare né proteggere chi diventa e vuole diventare lo spacciatore legalizzato della regione, del comune, della provincia, dell'ente locale che, non sapendo come combattere la tossicodipendenza, diventa esso stesso il problema della distribuzione dell'eroina, come potrebbe verificarsi se nella regione Lazio dovesse passare la tesi dell'assessore pidiessino Lionello Cosentino.

Allora diciamo « sì » alla sanatoria, « sì » al confronto permanente nella XII Commissione, senza creare steccati ideologici, ma cercando insieme le soluzioni, per il raggiungimento delle quali alleanza nazionale è schierata al fianco delle tante associazioni e delle comunità che operano per il sostegno dei tossicodipendenti.

Proprio per questo siamo favorevoli alla conversione in legge del decreto-legge al nostro esame, per sanare la situazione di chi ha operato, di chi vuole continuare ad operare e combattere con noi una battaglia che è morale e non politica *(Applausi dei deputati dei gruppi di alleanza nazionale e di forza Italia)*.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

Onorevole Caccavari, se vuole, naturalmente può intervenire restando seduto.

ROCCO CACCAVARI. La ringrazio, signor Presidente, ma mi sforzerò di stare in piedi.

Signor Presidente, colleghi, signora sottosegretaria, si è lavorato molto e si continua a lavorare in Commissione affari sociali con l'impegno di portare a conclusione il disegno di legge sulle tossicodipendenze per poter finalmente consegnare al paese una normativa più efficace e più attuale.

Vorrei ricordare ai colleghi che hanno richiamato una modalità diversa di interpretare la realtà che questo decreto si è reso necessario perché il ritardo accumulato nell'approvazione del provvedimento sulla stessa materia è stato determinato da una puntigliosa opposizione, che interpreta la riduzione del danno come veicolo di trattamenti con sostanze stupefacenti diverse dal metadone, e che ha fatto correre il rischio di perdere i finanziamenti per scadenza dei termini. Ciò avrebbe comportato l'impossibilità di realizzare quanto molto opportunamente alcuni colleghi ricordavano e cioè la strategia che il paese predispone per affrontare il problema della tossicodipendenza e delle persone tossicodipendenti. I due concetti, peraltro, non sono facilmente assimilabili, perché la tossicodipendenza come fenomeno sociale può richiedere un ampio dibattito come quello che stiamo svolgendo, ma i tossicodipendenti oltre al dibattito chiedono sostegno ed interventi concreti.

Quindi il decreto-legge in esame, già approvato dal Senato, prevede una proroga dei termini per assicurare il finanziamento di progetti in materia di prevenzione e di recupero dei tossicodipendenti.

Penso che una riflessione vada fatta sulla evidente pericolosità che deriva dalla mancata attuazione dei progetti presentati da anni, che ha determinato il permanere di situazioni di grave inefficienza e la contrazione degli interventi.

Va ricordato che l'invadenza persistente delle droghe nella nostra società è sostenuta da circostanze non solo permanenti o ripetibili, ma anche temporanee e ad andamento ciclico e che quindi una parte degli interventi devono essere messi in opera nella immediatezza della progettazione, in quanto possono risultare inadeguati o superati se realizzati fuori dal

tempo reale che ne permette l'utilizzo. Si continua, per esempio, ad usare – secondo me molto impropriamente – la dizione « nuove droghe », dimenticando che sono droghe che ritornano nel tempo secondo le leggi del mercato, ma anche secondo l'appetibilità che possono dimostrare in relazione a talune circostanze personali.

Quattro o cinque anni possono diventare un'era nel divenire tossicomanico e nell'esperienza dei tossicodipendenti: per evitare la cronicizzazione dei tanti aspetti è determinante stabilire passaggi diversi ed anche per diverse volte in situazioni e provvedimenti di recupero.

La temuta ineluttabilità del decadimento fisico e psicosociale dei tossicodipendenti avanzati trova una significativa resistenza nella programmazione di interventi mirati a modificare le molteplici situazioni che si possono osservare nei tempi e nei modi oggettivamente determinati dalla tossicodipendenza stessa.

La riduzione del danno va vista come una strategia di accanimento riabilitativo, in quanto i presidi di sostegno, collocati sul percorso intrigante ma faticoso che gli operatori pubblici e privati individuano tra la droga e la persona anche profondamente provata, tendono a cogliere ogni possibile elemento che permetta di intervenire al solo fine di aiutare.

I finanziamenti occorrono per mettere assieme quelle strategie delle quali fanno parte interventi finalizzati a raccogliere anche un segnale debole di volontà di uscita da parte dei tossicodipendenti.

La riduzione del danno vuol dire operatori da strada, luoghi di sosta, scambiasiringhe, sostitutivi ed altre cose, ma vuol dire anche accoglienza, ascolto, presenza dove la droga c'è e devasta, difesa della salute fisica e psichica, aiuto indiretto alle famiglie.

Altrettanto si conferma la necessità di disporre di progetti finanziati in tempi rapidi per la prevenzione, che va posta come priorità assoluta per i provvedimenti contro la droga. L'uso di sostanze tossiche è con frequenza sintomo di condizioni di difficoltà, strutturatesi nel tempo personale del consumatore e sulle quali convergono tanti elementi di disadattamento esistenziale. Si deve quindi procedere a monte del disagio e delle complicanze, con atteggiamenti educativi e formativi nella famiglia, nella scuola e nei luoghi di lavoro, che convincano i soggetti a rischio – cioè tutti – che la prevenzione è un valore da attuare.

Dobbiamo allora raccomandare a noi stessi che un'ambizione così coinvolgente per la salvaguardia sociale della persona oggi per le future generazioni rappresenta una fondamentale risorsa per cercare e mantenere alto il rispetto della vita *(Applausi)*.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Massidda. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, signor sottosegretario, se mi permettete voglio anch'io fare presente che tutti diamo a parole una grande dignità a questo provvedimento, ma occorrono anche i fatti. Con molto rispetto per la sottosegretaria, quindi, ritengo che il Governo avrebbe dovuto essere qui presente...

DOMENICO GRAMAZIO. Lo abbiamo detto!

PIERGIORGIO MASSIDDA. Mi fa piacere trovarmi in compagnia di altri colleghi, anche della maggioranza, perché credo che si tratti di fatti concreti. Il fatto che stiamo discutendo in un'aula deserta, perché i colleghi hanno preferito ritornare al proprio collegio, dimostra un senso di responsabilità che avremmo atteso anche dal Governo. Senza nulla togliere – lo ripeto ancora – alla sottosegretaria, che ha la nostra stima e la nostra simpatia.

Non voglio tuttavia oggi trattare altri argomenti e dilatare così la discussione. Il tema che stiamo trattando è quello del finanziamento di progetti in materia di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze. Era un atto doveroso. Fortunatamente si tratta di un decreto che non ha molto tempo alle spalle; è stato approvato

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

335.

SEDUTA DI LUNEDÌ 30 MARZO 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDICE

	PAG.
Disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 23 del 1998 – Sperimentazione clinica del « metodo Di Bella » *(approvato dal Senato)* (A.C. 4697) (Discussione)	4
(Discussione sulle linee generali – A.C. 4697)	4
Presidente	4
Delfino Teresio (per l'UDR-CDU/CDR)	4
(La seduta, sospesa alle 16,05, è ripresa alle 16,10)	4
Presidente	4, 10
Bindi Rosy, *Ministro della sanità*	7
Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore*	4
Cossutta Maura (RC-PRO)	13
Delfino Teresio (per l'UDR-CDU/CDR)	11
Fioroni Giuseppe (PD-U)	18
Gramazio Domenico (AN)	10
Massidda Piergiorgio (FI)	10
Mussolini Alessandra (AN)	7
Ripresa discussione – A.C. 4697	21
(Ripresa discussione sulle linee generali – A.C. 4697)	21
Presidente	21
Buffo Gloria (DS-U)	30
Cavaliere Enrico (LNIP)	22
Costa Raffaele (FI)	25

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; centro cristiano democratico: CCD; rinnovamento italiano: RI; per l'UDR-cristiani democratici uniti/cristiani democratici per la Repubblica: per l'UDR-CDU/CDR; misto: misto; misto-socialisti italiani: misto-SI; misto patto Segni-liberali: misto-P. Segni-lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

(...)

gnanti di religione cattolica (309). Tale petizione sarà trasmessa alla XI Commissione.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* ai resoconti della seduta odierna.

Discussione del disegno di legge: S. 3066 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria (approvato dal Senato) (4697) *(ore 16,04)*.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge, già approvato dal Senato: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria.

Avverto che la XII Commissione (Affari sociali) si intende autorizzata a riferire oralmente.

(Discussione sulle linee generali – A.C. 4697)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Informo che i presidenti dei gruppi parlamentari di forza Italia e di alleanza nazionale ne hanno chiesto l'ampliamento senza limitazione nelle iscrizioni a parlare, ai sensi del comma 2 dell'articolo 83 del regolamento.

TERESIO DELFINO. Presidente, il banco del Governo è vuoto!

PRESIDENTE. Ha ragione, onorevole Teresio Delfino.

Sospendo la seduta in attesa dell'arrivo in aula del rappresentante del Governo.

La seduta, sospesa alle 16,05, è ripresa alle 16,10.

PRESIDENTE. Il relatore, onorevole Caccavari, ha facoltà di svolgere la sua relazione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Signor Presidente, colleghi, il decreto-legge n. 23 del 17 febbraio 1998 regolamenta la sperimentazione del multitrattamento Di Bella e fissa norme per evitare la speculazione sulla distribuzione dei farmaci utilizzati dal trattamento medesimo. Tale finalità determina un'ampia deroga alla disciplina vigente in materia di sperimentazione clinica dei farmaci sull'uomo e pone il Governo e il Parlamento di fronte ad un'assunzione di responsabilità di particolare importanza.

Il decreto-legge, originariamente di cinque articoli, dopo le modificazioni apportate dal Senato è formato da otto articoli. Gli articoli aggiuntivi, in particolare, salvaguardano e tutelano la *privacy*, l'esenzione, l'incremento dei fondi stanziati a favore della sperimentazione ed il consenso informato dei pazienti.

Il Senato ha approvato un emendamento all'articolo 1 del disegno di legge di conversione che, nel rispetto delle indicazioni del garante, assicura che sulle ricette mediche non siano riportati dati personali. In breve, l'articolo 1 del decreto-legge prevede la modalità, le procedure particolari, in deroga alla normativa vigente, per la sperimentazione del multitrattamento, secondo un programma concordato tra il Ministero della sanità, le regioni e le province autonome.

L'articolo 2 stabilisce che i farmaci utilizzati nella sperimentazione del multitrattamento Di Bella non possono essere considerati a carico del sistema sanitario nazionale, al pari dei farmaci per i quali non esiste valida alternativa terapeutica, e ribadisce la competenza della commissione unica del farmaco per le decisioni in materia, ai sensi del comma 4 dell'articolo 1 della legge n. 648 del 1996, e che nessun farmaco può essere inserito nell'elenco ai sensi dello stesso comma in assenza dei

risultati di studi clinici di fase seconda della sperimentazione.

L'articolo 3, al comma 1, riafferma il disposto secondo il quale il medico che prescrive un farmaco prodotto industrialmente deve attenersi alle indicazioni e quindi, conseguentemente, alla via e alla modalità di somministrazione prevista dall'autorizzazione del Ministero della sanità. In alcuni casi il medico, sotto la sua responsabilità, può prescrivere ed usare un farmaco prodotto industrialmente per un'indicazione e con modalità diverse da quelle previste dall'autorizzazione del Ministero della sanità quando ritenga che il paziente non possa essere trattato con medicinali autorizzati per quella indicazione e con quelle modalità di somministrazione e purché tale utilizzo sia riconosciuto dalla letteratura scientifica accreditata in campo internazionale.

Il comma 3-*bis* dell'articolo 3, introdotto dal Senato, dispone che nel caso di prescrizione diversa da quella autorizzata di un farmaco, il medico, attraverso un suo codice, sia in grado di risalire al paziente che lo ha utilizzato senza riportare i dati anagrafici sulla ricetta, a richiesta dell'autorità sanitaria. Il comma 5 dello stesso articolo prevedeva, nel testo originario del decreto, che la violazione delle norme previste dai commi precedenti fosse determinata come illecito disciplinare, da perseguire ai sensi del decreto legislativo n. 233 del 13 settembre 1946. Prevedeva, inoltre, la sospensione dall'esercizio dell'attività professionale nel caso della violazione dei commi 2 e 3 dello stesso articolo. Il Senato ha soppresso la previsione di quest'ultima sanzione minima.

L'articolo 4 disciplina la cessione al pubblico di specialità medicinali facenti parte del multitrattamento Di Bella. Al fine di agevolare il trattamento dei pazienti, il Ministero della sanità, come previsto dal comma 1, concorda il prezzo di cessione dei farmaci, a base di somatostatina e di octreotide, al servizio sanitario nazionale, che rimane lo stesso per la vendita al pubblico, come stabilito dal comma 2. La cessione dei farmaci avviene attraverso le farmacie su presentazione di ricetta contenente la prescrizione in forma anonima sia per la somatostatina e l'octreotide, sia per le preparazioni magistrali utilizzate dal multitrattamento.

Il Senato, inoltre, ha introdotto il comma 5-*bis* che stabilisce le sanzioni amministrative e detentive, con la multa da 20 a 50 milioni e con la detenzione da 3 a 7 anni, per chiunque speculi vendendo a prezzi superiori i farmaci componenti il multitrattamento Di Bella. È prevista inoltre la confisca dei proventi illeciti ed alla condanna è associata l'interdizione permanente dai pubblici uffici.

L'articolo 5 detta norme relative alla prescrizione di preparazioni magistrali.

Il comma 3, modificato dal Senato, prevede l'obbligo del consenso da parte del paziente e le motivazioni della prescrizione estemporanea.

Il comma 6 stabilisce che la violazione delle disposizioni di cui all'articolo 5 è oggetto di procedimento disciplinare ai sensi del già citato decreto legislativo n. 233.

Il Senato ha introdotto l'articolo 5-*bis* che tratta del consenso alla registrazione dei dati personali. Il medico deve informare il paziente che i dati desumibili dalla ricetta e quelli ad essi strettamente correlati possono essere utilizzati ai fini epidemiologici e di ricerca.

L'articolo 5-*ter*, anch'esso introdotto dal Senato, prevede contributi agli indigenti per spese sanitarie particolarmente onerose, assegnando ai comuni la somma di 5 miliardi, la cui copertura finanziaria è a carico dell'8 per mille IRPEF, ai sensi dell'articolo 48 della legge 20 maggio 1985.

La straordinaria delicatezza del decreto in esame pone la necessità di un'attenta e responsabile riflessione sulle modalità attraverso le quali si è andata costituendo la vicenda, che ha determinato la messa a punto di un provvedimento che deroga da norme vigenti ed altera prassi e consuetudini stabilizzate. Infatti, alcune norme previste consentono la prescrizione e l'impiego di farmaci galenici e di produzione industriale se-

condo finalità terapeutiche non ammesse dall'autorizzazione ministeriale al commercio.

Sono previste norme disciplinari a carico del medico specificamente legate alla prescrizione dei farmaci del multitrattamento. Va peraltro evidenziato come per la prima volta sia un ministro ad avviare una sperimentazione e non, come di norma, una casa farmaceutica od un istituto autorizzato.

Questi elementi, insieme ad altri, lasciano chiaramente intendere come la necessità della sperimentazione sia fortemente sentita anche per porre dati di conoscenza a base dell'impiego del multitrattamento Di Bella, che non poteva essere accolto nell'olimpo della ricerca soltanto per le manifestazioni di piazza e per l'intensa emotività scatenata dai *mass media*, ma andava posto in un sistema di regole che rappresentasse un risultato positivo per il multitrattamento stesso, che sarà esaminato secondo modalità applicate con criteri di ricerca.

Il decreto permette di prescrivere una terapia, prima della sua validazione, regolata in modo da essere a garanzia dei pazienti e pone sotto controllo il prezzo della somatostatina attraverso la trasmissione della ricetta. Va tenuto inoltre presente che il decreto conclude la fase di confronto sul multitrattamento iniziata nel luglio 1997 a seguito di una manifestazione dei familiari e dei pazienti trattati, che diede avvio all'immediata richiesta di documenti per riaprire la questione davanti alla CUF e programmare la ricerca.

Vi è stato ritardo nell'arrivo della documentazione ed il ministro ha emanato un'ordinanza per acquisire le cartelle dopo un ordine del giorno del Senato del dicembre 1997, che impegnava il Governo ad avviare tempestivamente la sperimentazione.

Successivamente il professor Di Bella e gli organismi tecnico-scientifici del settore hanno elaborato i protocolli sottoposti, così come avviene anche all'estero, ad un comitato etico nazionale.

Dato che la terapia in fase sperimentale è stata applicata fuori dalle regole vigenti, si è reso necessario definire le norme di sostegno alla sperimentazione con il decreto n. 23 oggi in esame. È evidente che la sua conversione è urgente, in modo che la sperimentazione possa procedere definendo in ambito scientifico e molto più aderente ad una coscienziosa valutazione delle diverse fasi di efficacia, che può essere dilatata fino alle affermazioni, non provate, di completa guarigione o ridotta ad innocuo trattamento senza effetti a seconda di prese di posizioni, anche strumentali, e quindi irresponsabili.

Nel recente passato, in numerosi casi di assenza di norme e di dati, l'autorità giudiziaria ordinaria è intervenuta accogliendo ricorsi finalizzati alla concessione di accessi al trattamento ed alcune regioni hanno deciso di erogare a titolo gratuito la somatostatina, componente essenziale del multitrattamento Di Bella.

Se si può capire che, di fronte ad una malattia inguaribile, come è giusto, ogni strada vada tentata, è altrettanto irrinunciabile il principio di rispettare le acquisizioni scientifiche provate e sperimentate fino a prova del contrario, evitando di confondere i malati ed i familiari, così profondamente coinvolti dalla sofferenza e dall'impotenza.

Chiedo ai colleghi di consentire la conversione del decreto proprio per disporre in tempi rapidi una documentazione che tolga dalle ansie, dai dubbi e dal diffuso clima di incertezza i malati e le famiglie, in perenne conflitto con la paura e giustamente legati alla speranza. Penso che non si possano legittimare differenze ideologiche o di partito su come stabilire l'efficacia del multitrattamento: la sperimentazione che tutti vogliamo, con i dati che fornirà, sarà l'orientamento verso la condotta successiva. Non possiamo oggi affermare che il multitrattamento possa essere prescritto da tutti i medici né che i farmaci possano essere liberamente erogati dal servizio sanitario nazionale. Non è così che si garantisce il principio costituzionale del diritto alla salute, liberalizzando l'utilizzo di qualsiasi cura sia di-

chiarata efficace senza averne le prove scientifiche. D'altra parte, nella contingenza attuale, va tenuto conto anche di altri elementi che chiedono che per il multitrattamento la sperimentazione sia prodotta al più presto, sia per i risultati scientifici sia per scoraggiare iniziative di speculazione molto impellenti, da quelle partitiche a quelle economiche.

Devo manifestare il mio rammarico per il difficile iter del provvedimento in Commissione: non siamo riusciti ad iniziare, tra maggioranza ed opposizione, tratti comuni; penso però che la finalità di disporre di dati apprezzabili attraverso la sperimentazione sia un'esigenza condivisa tra le diverse forze politiche e che altrettanto si debba ammettere come l'esperienza scaturita dall'esperienza Di Bella servirà per affrontare in modo più riflessivo nel futuro vicende analoghe.

Penso che alcune questioni particolarmente interessanti debbano essere segnalate per impegnare fattivamente il Governo attraverso ordini del giorno ai quali, quando possibile, si potrà aderire come maggioranza, ponendo a frutto la discussione già in parte svolta sul provvedimento. So quanto i colleghi in Commissione in tante circostanze abbiano trovato convergenze e spunti di collaborazione, e proprio per questo motivo vorrei ricordare che l'asprezza del confronto sul provvedimento attuale può anche essere determinata da un contesto politicamente confusionario ed emotivamente complicato.

Il necessario distacco che la scienza richiede lascia cogliere che oggi la professione medica è soggetta a cambiamenti determinati da innovazioni tecnologiche e da nuove leggi e scelte istituzionali che impongono l'esigenza di cercare mezzi e sistemi per l'individuazione di cure più efficaci. È questa la medicina basata sulle evidenze, che pretende un metodo di lavoro rigoroso per dimostrare e verificare la sperimentazione. Il decreto che discutiamo indica questo metodo e ci aiuta ad agire secondo un ordine razionale a garanzia della salute dei cittadini; la sua approvazione permetterà una verifica sperimentale che sarà comunque una risposta, dovuta e non rinviabile al dramma dei malati di cancro.

Concludo affermando che la sperimentazione, con i risultati che darà, se proverà l'efficacia risponderà alle aspettative di tutti; se dovesse dare risultati diversi non rappresenterà un motivo di rottura o di opposizione, ma un'altra occasione per riflettere tutti comunemente sul fatto che, di fronte alla malattia, quando la si guarda da sani, bisogna avere umilmente la forza di sapersi sottoporre alle leggi della scienza *(Applausi dei deputati del gruppo dei democratici di sinistra-l'Ulivo).*

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità.* Signor Presidente, mi riservo di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Constato l'assenza degli onorevoli Filocamo e Galletti, iscritti a parlare: si intende che vi abbiano rinunziato.

È iscritta a parlare l'onorevole Mussolini. Ne ha facoltà.

ALESSANDRA MUSSOLINI. Signor Presidente, poiché come è noto, a causa dello sciopero dei giornalisti, domani ci sarà un vero e proprio *black out* dei *massmedia*, chiedo che la Presidenza autorizzi la trasmissione televisiva diretta di questo dibattito, che domani entrerà nel vivo con l'esame degli emendamenti. Vorrei inoltre chiedere formalmente, anche se il regolamento prevede che le sedute sono pubbliche, che la Presidenza inviti formalmente il professor Di Bella ad assistere, passo dopo passo, alla discussione di un argomento sul quale si sono creati un groviglio di interessi ed un vero e proprio caos istituzionale e politico.

Ieri il professor Di Bella, al suo ritorno dal Brasile, ha dichiarato a tutti i telegiornali che questo decreto è una vera e propria minaccia per i medici.

Oggi inizia il dibattito sul provvedimento, che però si svolge sulla pelle di

(...)

sulle quali si intersecano speranze, attese e molti altri aspetti, anche emotivamente condizionati, per gli italiani.

Su questi problemi, l'istituzione ha quasi un dovere civico di dare un segnale di compattezza e di responsabilità unitaria. Quindi, nella libertà di iniziativa e di strategia che tutte le forze politiche hanno, questo sarebbe comunque un segnale auspicabile e positivo per il nostro paese: occorre dare il via ad un momento di verifica seria, facendo silenzio sulla questione e recuperando invece la serietà e l'oggettività di valutazione che ci servono affinché tutte le procedure in campo sanitario nel nostro paese possano essere lette e riconosciute come serie ed affidabili nel contesto internazionale, anche per difendere una posizione che il nostro paese ha conquistato nel contesto internazionale, grazie alla ricerca, alla fatica, all'impegno di tantissima gente. Che non sia questa vicenda, dunque, un elemento che incrini il nostro rapporto con gli altri paesi e la nostra credibilità all'estero: in questo momento, ognuno di noi deve assumersi la piena responsabilità di tutelare i cittadini e l'immagine del nostro paese in termini di capacità di ricerca e di erogazione di assistenza qualificata ed al passo con i tempi.

PRESIDENTE. Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

(Repliche del relatore e del Governo – A.C. 4697)

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il relatore, onorevole Caccavari.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Signor Presidente, rinuncio alla replica.

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il ministro della sanità.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Mi sono stati rivolti dei ringraziamenti per la mia presenza in aula questa sera e potrei rispondere con una frase evangelica: siamo servi inutili, nel senso che era dovuto...

DOMENICO GRAMAZIO. Altre volte non l'ha fatto!

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Credo di sì, onorevole Gramazio; sarò in grado di dimostrarle che quando sono stati in discussione provvedimenti in materia di sanità io c'ero...

DOMENICO GRAMAZIO. Ricorda che una volta ci fu una rivolta in quest'aula?

PRESIDENTE. Onorevole Gramazio, la prego!

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Non è capitato molto spesso che in questi quasi due anni di Governo fosse la sanità ad occupare uno spazio così importante nella vita del Parlamento: quando è capitato, io c'ero e comunque non potevo certamente mancare in questa circostanza. Ringrazio, ad ogni modo, per questo apprezzamento e vorrei ricambiare anch'io con un ringraziamento per la sostanziale pacatezza e ragionevolezza del dibattito di questo pomeriggio, che credo ci abbia consentito un ulteriore approfondimento intorno a questa vicenda così delicata, così importante. Un approfondimento che è andato sicuramente oltre la vicenda stessa, e di questo, credo, dobbiamo essere grati in qualche modo al clima che si è instaurato questo pomeriggio e che mi auguro prosegua domani, quando dovremo passare alla votazione di questo provvedimento.

Vorrei aggiungere nella mia replica di questo pomeriggio alcune riflessioni a quelle già svolte al Senato e poi in Commissione. Scelgo di replicare questo pomeriggio proprio perché vorrei anch'io approfittare di questa sostanziale serenità, che consente a tutti noi di esprimerci meglio.

Prima di tutto vorrei ancora una volta ripetere qui quali sono le finalità di questo provvedimento ed anche quello che

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

336.

SEDUTA DI MARTEDÌ 31 MARZO 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PIERLUIGI PETRINI

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; centro cristiano democratico: CCD; rinnovamento italiano: RI; per l'UDR-cristiani democratici uniti/cristiani democratici per la Repubblica: per l'UDR-CDU/CDR; misto: misto; misto-socialisti italiani: misto-SI; misto patto Segni-liberali: misto-P. Segni-lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

PAG.

Disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 23 del 1998 – Sperimentazione clinica del « metodo Di Bella » *(approvato dal Senato)* (A.C. 4697) (Seguito della discussione) 37

(Esame articoli – A.C. 4697) 38

Presidente 38, 39, 40

Bindi Rosy, *Ministro della sanità* 39

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 39

Cavaliere Enrico (LNIP) 39

(La seduta, sospesa alle 15,10, è ripresa alle 15,20) 40

Ripresa discussione – A.C. 4697 48

Presidente 50, 51

Buontempo Teodoro (AN) 51

Cè Alessandro (LNIP) 48

Del Barone Giuseppe (per l'UDR-CDU/CDR) 54

Delfino Teresio (per l'UDR-CDU/CDR) 49

Filocamo Giovanni (FI) 53

Giovanardi Carlo (CCD) 52

Gramazio Domenico (AN) 51

Massidda Piergiorgio (FI) 49

PAG.

(Ripresa esame articoli – A.C. 4697) 54

Presidente 54, 60, 72, 74

Aloisio Francesco (DS-U) 62

Buffo Gloria (DS-U) 68

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 59

Cavaliere Enrico (LNIP) 72

Cè Alessandro (LNIP) 55, 60, 63, 65

Colombini Edro (FI) 66

Conti Giulio (AN) 62, 66, 67

Del Barone Giuseppe (per l'UDR-CDU/CDR) 56

Di Capua Fabio (DS-U) 60

Filocamo Giovanni (FI) 62

Fioroni Giuseppe (PD-U) 67

Gramazio Domenico (AN) 60

Grimaldi Tullio (RC-PRO) 72

Guerra Mauro (DS-U) 71

Massidda Piergiorgio (FI) 55, 58, 61, 64, 65

Mattarella Sergio (PD-U) 70

Paissan Mauro (misto-verdi-U) 73

Pisanu Beppe (FI) 73

Saia Antonio (RC-PRO) 58, 68

Selva Gustavo (AN) 69

Trantino Enzo (AN) 58

Veltri Elio (DS-U) 56

Vito Elio (FI) 69

(La seduta, sospesa alle 17,45, è ripresa alle 18,10) 74

Presidente 79, 80, 81, 90, 94

Armaroli Paolo (AN) 79, 80

Bindi Rosy, *Ministro della sanità* 75

Bono Nicola (AN) 94

Buontempo Teodoro (AN) 98, 103, 104, 107, 109

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 98, 116

Cavaliere Enrico (LNIP) 100

Cè Alessandro (LNIP) 84, 99, 100, 101, 104, 105, 109, 111, 113

Conti Giulio (AN) 83, 97, 102, 103, 104, 106, 110, 113

Del Barone Giuseppe (per l'UDR-CDU/CDR) 87, 108, 113

Dussin Luciano (LNIP) 101, 104

Filocamo Giovanni (FI) 95, 96, 98, 102, 106, 108

Fioroni Giuseppe (PD-U) 88, 91

Giannotti Vasco (DS-U) 91

(...)

gamo 1.39 e 1.26, Massidda 1.44, Conti 1.45, Cuccu 1.43, Conti 1.70, Cè 2.15, Conti 2.20 e 2.4, Cè 2.7, Conti 2.10, Cè 3.40, Massidda 3.76 e 3.41, Conti 3.5, Massidda 3.43, Bergamo 3.44, Cè 3.45 e 3.46, Massidda 3.81, Cè 3.49, Massidda 3.47; Cè 4.12, Massidda 4.13 e Conti 4.23, in quanto suscettibili di recare maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato ovvero di incidere sui meccanismi limitativi della spesa previsti dal provvedimento;

NULLA OSTA

sui restanti emendamenti compresi nel fascicolo n. 1.

Nessuno chiedendo di parlare sul complesso degli emendamenti riferiti agli articoli del decreto-legge e all'articolo unico del disegno di legge di conversione, invito il relatore ad esprimere il parere della Commissione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Signor Presidente, invito i presentatori a ritirare, trasfonendone eventualmente il contenuto in ordini del giorno, i seguenti emendamenti: gli identici emendamenti Massidda 1.17, Covre 1.60 e Conti 1.24, gli identici emendamenti Massidda 1.18 (in proposito ricordo che la materia è già regolamentata dal codice civile) e Conti 1.19, gli identici emendamenti Cè 1.29, Massidda 1.52 e Conti 1.81, Costa 1.34, Conti 1.35, Cè 1.61, gli identici emendamenti Massidda 1.44 e Conti 1.45, gli identici emendamenti Cuccu 1.43 e Conti 1.70, Conti 2.4, gli identici emendamenti Cè 2.7 e Conti 2.10, gli identici emendamenti Cè 3.29, Conti 3.19 e Massidda 3.61, gli identici emendamenti Cè 3.30 e Massidda 3.62, gli identici emendamenti Cè 3.38 e Massidda 3.71, gli identici emendamenti Cè 3.40 e Massidda 3.76, gli identici emendamenti Massidda 3.81 e Cè 3.49, Bergamo 4.3, gli identici emendamenti Cè 4.12, Massidda 4.13 e Conti 4.23, gli identici emendamenti Cè 5.38 e Massidda 5.39. Qualora i presentatori non aderissero al mio invito, il parere sarebbe contrario.

Il parere, infine, è contrario su tutti gli altri emendamenti presentati.

PRESIDENTE. Il Governo?

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Concordo con i pareri espressi dal relatore e, ovviamente, mi riservo di leggere il testo degli ordini del giorno prima di formulare il parere sugli stessi.

ENRICO CAVALIERE. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ENRICO CAVALIERE. Signor Presidente, mi sembra che il contingentamento dei tempi per l'esame di questo provvedimento non sia stato autorizzato tramite una formale richiesta alla Conferenza dei presidenti di gruppo. Ritengo piuttosto grave che, con tutti i mezzi che il nuovo regolamento della Camera ha messo a disposizione di questa maggioranza, si continui ad utilizzare lo strumento del contingentamento dei tempi anche nell'esame dei decreti-legge. La nostra posizione su questo punto è assolutamente contraria.

PRESIDENTE. No, onorevole Cavaliere, non è così. Lei era presente alla riunione della Conferenza dei presidenti di gruppo di questa mattina.

ENRICO CAVALIERE. Sì, abbiamo parlato di trasmissioni televisive e radiofoniche, di tempo...

PRESIDENTE. No, no, io ho detto...

ENRICO CAVALIERE. Di contingentamento, signor Presidente, non ne abbiamo parlato.

PRESIDENTE. Non è assolutamente così: ho anche letto i tempi.

FABIO CALZAVARA. Indicare i tempi non è la stessa cosa che chiedere l'assenso!

(...)

dei pazienti che volevano seguirlo. Devo dare atto – almeno questo – al ministro Bindi di essere stata il primo ministro a rendersi conto di questa situazione, che era iniziata ben dieci o quindici anni fa.

È evidente, poi, che noi non riteniamo possibile estendere il metodo Di Bella, *sic et simpliciter*, a tutti i pazienti tumorali e a tutti coloro che ne facessero richiesta.

DOMENICO GRAMAZIO. E allora perché lo hai presentato?

ANTONIO SAIA. Riteniamo anzi che sia un errore gravissimo quello che si sta compiendo: mi riferisco al fatto che una serie di persone, che avrebbe potuto trovare sicuramente giovamento dai sistemi terapeutici tradizionali, sconvolte da un'informazione distorta, alla quale si sono agganciate anche speculazioni politiche, si è rivolta verso un metodo che non ha ancora avuto risposte certe da dare. Nella nostra interrogazione affermavamo infatti che i medici che vogliono fare la prescrizione del metodo Di Bella dovessero essere almeno vincolati alla necessità che coloro i quali erano destinatari della prescrizione fossero sottoposti a controlli, secondo rigidi criteri scientifici, per non prestarsi essi stessi – vale a dire i pazienti – a diventare i « vettori » di una disinformazione o di un'informazione scarsamente verificata che rischierebbe di ingenerare in tanti altri pazienti ingiustificate speranze e soprattutto – quel che è più grave – sfiducia nella scienza e nella medicina ufficiali. Ciò potrebbe tra l'altro creare danni molto seri alla loro salute.

Una cosa diversa – lo ripeto – è ciò che si sarebbe voluto prevedere negli emendamenti in esame. Se i colleghi avranno la compiacenza di ritirarli, si potrebbe trasfonderne i contenuti in un apposito ordine del giorno che prevedesse, una volta fissati i criteri di ammissione ed i casi di persone che potrebbero ricorrere a quella terapia (o perché non rispondenti ad altre terapie, oppure perché avevano già fatto ricorso a queste ultime senza successo), di individuare veramente i pazienti disperati che vedessero in quella terapia l'unica speranza e per i quali gli scienziati (vale a dire coloro che agiscono seguendo il metodo scientifico) avessero riconosciuto la possibilità di dar loro anche una speranza che fosse una via attraverso la quale controllare questo metodo. Questi casi dovrebbero essere certamente tutti inclusi nei protocolli e nella sperimentazione, indipendentemente dal loro numero perché a mio avviso non è moralmente accettabile che si possa scegliere il numero di questi pazienti sulla base di criteri numerici o peggio ancora...

PIERGIORGIO MASSIDDA. Una previsione di questo genere la devi inserire nella legge e non in un ordine del giorno.

ANTONIO SAIA. ...di una selezione attraverso dei computer *(Applausi dei deputati del gruppo di rifondazione comunista-progressisti)*.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Nella discussione che abbiamo svolto in Commissione – caratterizzata da un acceso confronto a tutto campo – alcuni degli elementi emersi ci hanno trovato tutti convinti del fatto che questa è una sperimentazione che condizionerà fortemente le decisioni future ai risultati. Assieme ai colleghi della Commissione che hanno esperienze come medici, sappiamo che non è possibile che una sperimentazione fuoriesca dalle regole per le quali è stata fissata.

Il primo obiettivo, quindi, è portare avanti e concludere la sperimentazione, che è la fase 2, la fase biologica dell'intervento; sicuramente poi, sulla base dei risultati, si potranno aprire altri spazi di confronto e di verifica. Per questo ho presentato un ordine del giorno che si conclude affermando che sulla base dei risultati che si avranno dalla sperimentazione si preveda che il metodo Di Bella divenga una cura palliativa a carico del

servizio sanitario nazionale – quindi un ampio riconoscimento – se la cura dimostrerà di essere efficace o parzialmente efficace, per essere accolta nel nostro prontuario terapeutico.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Gramazio. Ne ha facoltà.

DOMENICO GRAMAZIO. Presidente, questa è la prova provata che questo decreto-legge è « blindato », che la sperimentazione è falsata e se bisogna rispondere all'opinione pubblica il ministro della sanità deve rassegnare le dimissioni *(Applausi dei deputati del gruppo di alleanza nazionale)* !

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. Innanzitutto vorrei dire che i tempi per modificare il decreto ci sono ancora oggi.

PRESIDENTE. Colleghi, vi prego di spegnere i telefoni portatili.

ALESSANDRO CÈ. Noi avevamo detto che saremmo stati disponibili a sacrificare anche il periodo di chiusura della Camera. L'onorevole Saia ha impiegato mezz'ora per giustificare a se stesso le proprie contraddizioni, la verità è questa ! C'era la copertura finanziaria per la sperimentazione (si era passati da 10 a 20 miliardi), per cui non esisteva neanche questo problema.

L'onorevole Saia ha detto di aver deciso di ritirare il suo emendamento; in Commissione abbiamo visto tutti che è stato obbligato a ritirarlo da un intervento del ministro Bindi, e questo si è verificato anche per l'onorevole Galletti *(Applausi dei deputati dei gruppi della lega nord per l'indipendenza della Padania, di forza Italia e di alleanza nazionale)*. Ciò dà un'idea di quanto il Parlamento e la maggioranza siano succubi di questo Governo e in particolare di questo ministro.

DOMENICO GRAMAZIO. Il decreto è « blindato » !

ALESSANDRO CÈ. A questo punto, però, vorrei fare una domanda al collega Saia e al gruppo al quale appartiene. Cosa è diventata la sinistra, se non è più sensibile a problemi di questo tipo, che non sono solo problemi tecnici, come dice l'onorevole Del Barone ? Qui c'è un'emergenza sociale, c'è tanta gente che soffre, c'è tanta gente disperata e questa gente ha il diritto di essere ammessa alla sperimentazione, indipendentemente dal sorteggio o meno. E allora se la sinistra ormai si crea solo problemi di ordine tecnico, probabilmente non deve più chiamarsi sinistra *(Applausi dei deputati dei gruppi della lega nord per l'indipendenza della Padania e di alleanza nazionale – Commenti di deputati del gruppo di rifondazione comunista-progressisti)*.

FRANCESCO GIORDANO. Pensa per te !

PRESIDENTE. Colleghi, come sappiamo questo è un tema di grandissima delicatezza; credo che dobbiamo avere rispetto per coloro che da queste decisioni attendono una speranza di futuro, qualunque sia la loro collocazione.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Di Capua. Ne ha facoltà.

FABIO DI CAPUA. All'inizio del confronto si era sperato di non dividersi su questi temi tra destra e sinistra; il collega Cè, invece, ha fatto una specie di richiamo alla collocazione politica, assolutamente improprio su questa materia.

DOMENICO GRAMAZIO. Lo sai che il decreto è « blindato » !

FABIO DI CAPUA. Non è una questione di blindatura, il problema è un altro.

DOMENICO GRAMAZIO. Allora perché l'ordine del giorno ? Perché ? Il decreto è « blindato », anzi è « bindato ».

(...)

avrà sperimentato quello che crede sia un beneficio fisico e di vita per lui. Rivolgo quindi un appello alla responsabilità di tutti: sono pronto a togliere la mia firma dall'emendamento, come sono pronti a fare gli altri firmatari, perché la Commissione lo faccia proprio e la Camera lo approvi. Questo è infatti un emendamento umano: non è politico, non ha altra natura e noi crediamo che, di fronte all'umanità e al dettato principale della vita, che è soprattutto la speranza di vivere, dobbiamo essere tutti d'accordo.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Signor Presidente, devo necessariamente esprimere un notevole apprezzamento per l'onorevole Massidda, che ha capito lo spirito con il quale, anche nella discussione in Commissione, nella mia qualità di relatore ma soprattutto di componente della Commissione stessa, ho voluto fare presente che questo è un principio che siamo convinti debba essere affermato quando la sperimentazione ci dirà non solo che i farmaci non sono nocivi ma anche che esiste un'attività biologica, perché siamo nella seconda fase di sperimentazione. Ricordo quindi all'onorevole Massidda che, quando gli ho chiesto di ritirare il suo emendamento, gli ho anche proposto di trasfonderne il contenuto in un ordine del giorno: la maggioranza si riconosce pertanto in quanto ha affermato l'onorevole Massidda.

Credo che gli atti successivi ai risultati della sperimentazione ci metteranno nelle condizioni di poter soddisfare questa e altre esigenze. Ho fatto pochi interventi perché mi piace molto ascoltare e dirò qualcosa alla fine, ma voglio ora osservare che durante questo percorso stiamo dimostrando a noi stessi, con tutte le polemiche che possono esservi, una grande attenzione verso problemi dai quali molto spesso siamo distratti per egoismi di appartenenza (e ci metto dentro tutti).

Cerchiamo allora di procedere insieme: penso che attraverso questa proposta dell'onorevole Massidda sarà successivamente possibile raggiungere un ultimo traguardo per rispondere alle persone che vivono questo problema *(Applausi dei deputati dei gruppi dei democratici di sinistra-l'Ulivo, dei popolari e democratici-l'Ulivo, di rifondazione comunista-progressisti e di rinnovamento italiano)*.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, in dissenso dal proprio gruppo, l'onorevole Filocamo. Ne ha facoltà.

GIOVANNI FILOCAMO. Signor Presidente, questa sperimentazione, fatta così, non dà nessun risultato per quanto riguarda la validità del metodo, in quanto avviene su bassi numeri, mentre si sa che le sperimentazioni, per essere valide, devono riguardare alti numeri. Altrimenti la statistica è falsata, ed anche in caso di risultati positivi può esserlo, o viceversa, in caso di risultato negativo, può anche darsi che avrebbe potuto dare risultato positivo. Stiamo quindi approvando un provvedimento criminale, perché serve non per stabilire la validità del metodo Di Bella ma soltanto per beffare i poveri ammalati che chiedono di potersi curare in uno Stato civile. Stiamo dimostrando...

PRESIDENTE. La ringrazio.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, in dissenso dal proprio gruppo, l'onorevole Buontempo. Ne ha facoltà.

Le ricordo che ha un minuto di tempo a disposizione.

TEODORO BUONTEMPO. Signor Presidente, sono stato eletto in un collegio ed ho ricevuto i voti degli elettori del Polo per le libertà: quindi, avendo sentito un collega, anch'egli del Polo, che ha detto di accogliere l'ipotesi di trasfondere il contenuto dell'emendamento in esame in un ordine del giorno e dovendo rispondere anche agli elettori di forza Italia, ritengo di dissentire profondamente da questa impostazione.

Chi pensa che, finita la sperimentazione, si possa cancellare il problema Di Bella è una persona irresponsabile, che non ha capito la gravità della situazione. Non sarà certo il khomeinismo, l'oltranzismo del ministro Bindi a poterci far superare questo problema.

Allora, questo emendamento è una valvola di sicurezza, affinché, finita la sperimentazione, che chiaramente non può essere definita in tempi così brevi ...

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Buontempo.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto...

TEODORO BUONTEMPO. Si deve scampanellare prima! Deve avvertire! Deve essere più educato, come noi dobbiamo esserlo nei suoi confronti! Rispetti di più i deputati! Non è possibile!

PRESIDENTE. ...l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. A me spiace che ad un certo punto, non so se per ragioni tattiche, di circostanza – non voglio entrare nel merito delle scelte di forza Italia – si arrivi addirittura all'idea di ritirare un emendamento per farsi accettare un ordine del giorno di questo tipo, che – e qui mi spiace per la stima che ho del relatore – viene accettato solo ed unicamente sulla base del fatto che non verrà mai tradotto in pratica.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Questo lo dici tu.

ALESSANDRO CÈ. Questo ordine del giorno, una volta finita la sperimentazione, risulterà in netto contrasto con la norma di legge prevista dal decreto-legge in oggetto all'articolo 3, comma 3 *(Applausi del deputato Conti)*, che prevede che possono essere utilizzati solo i farmaci che hanno alcuni requisiti, sulla base di dati documentabili, e che solo quando sia risultata l'impossibilità di trattare i pazienti con i farmaci che sono stati autorizzati dalla CUF per quel determinato trattamento si può utilizzare questo farmaco alternativo. Pertanto, di fatto questo ordine del giorno sarà in contrasto con una norma di legge. Essendo gerarchicamente di livello inferiore, non potrà mai tradursi in pratica.

Allora, se c'è dietro un accordo sopravvenuto per uno scambio di favori su altri provvedimenti, vogliamo denunciarlo e ci dispiace che forza Italia, come al solito, abbia fatto un'opposizione strenua fino ad un certo punto e poi abbia smesso di farla, sulla base di promesse che non verranno mai mantenute.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Conti 1.45, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni).*

(Presenti 364
Votanti 362
Astenuti 2
Maggioranza 182
Hanno votato sì 112
Hanno votato no . 250).

Per l'emendamento 1.43 c'è un invito al ritiro.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sugli identici emendamenti 1.70 e 1.43, non accettati dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni).*

(Presenti 354
Votanti 353
Astenuti 1
Maggioranza 177
Hanno votato sì 103
Hanno votato no . 250).

(...)

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Massidda 4.1, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

LUCIANO DUSSIN. Laggiù uno sta votando per quattro!

PRESIDENTE. La prego, onorevole Dussin!

LUCIANO DUSSIN. Hanno votato per quattro, altro che «la prego, onorevole Dussin» *(Commenti)*!

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni).*

(Presenti	*300*
Votanti	*297*
Astenuti	*3*
Maggioranza	*149*
Hanno votato sì	*59*
Hanno votato no	*238*

Sono in missione 34 deputati).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Bergamo 4.3, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni).*

(Presenti	*285*
Votanti	*283*
Astenuti	*2*
Maggioranza	*142*
Hanno votato sì	*50*
Hanno votato no	*233*

Sono in missione 34 deputati).

ENRICO CAVALIERE. Signor Presidente, credo sia opportuno un controllo delle schede.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Cavaliere, si provvederà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Signor Presidente, vorrei pregarla di effettuare una verifica degli emendamenti, perché mi pare che sia stato votato un emendamento in ordine al quale era stato formulato un invito al ritiro: vorrei pregarla di ricordarlo, quando vi è un invito al ritiro.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Caccavari.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Bergamo 4.2, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

La Camera non è in numero legale per deliberare. Pertanto, a norma dell'articolo 47, comma 2, del regolamento, rinvio la seduta di un'ora.

Colleghi, naturalmente a questo punto domani salterà la trasmissione radiofonica diretta.

ALESSANDRO CÈ. Ma, Presidente, la diretta radiofonica c'è sempre!

PRESIDENTE. La seduta riprenderà alle 21,45.

La seduta, sospesa alle 20,45, è ripresa alle 21,45.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PIERLUIGI PETRINI

PRESIDENTE. Dovremmo procedere nuovamente alla votazione dell'emendamento Bergamo 4.2, nella quale in precedenza è mancato il numero legale;

(...)

RESOCONTO STENOGRAFICO

337.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1° APRILE 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

E DEI VICEPRESIDENTI **MARIO CLEMENTE MASTELLA** E **ALFREDO BIONDI**

INDICE

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; centro cristiano democratico: CCD; rinnovamento italiano: RI; per l'UDR-cristiani democratici uniti/cristiani democratici per la Repubblica: per l'UDR-CDU/CDR; misto: misto; misto-socialisti italiani: misto-SI; misto-per l'UDR-patto Segni/liberali: misto-per l'UDR-P. Segni/lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

PAG.

Disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 23 del 1998 – Sperimentazione clinica del «metodo Di Bella» *(approvato dal Senato)* **(A.C. 4697)** (Seguito della discussione e approvazione) 36

(Ripresa esame articoli – A.C. 4697) 37
Presidente 37
Benedetti Valentini Domenico (AN) 37
Cesaro Luigi (FI) 37
Manzione Roberto (per l'UDR-CDU/CDR) . 37

Ripresa discussione – A.C. 4697 38

(Ripresa esame articoli – A.C. 4697) 38
Presidente 38, 39
Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 45
Cè Alessandro (LNIP) 45, 46, 47
Conti Giulio (AN) 39, 40, 41, 43, 45
Giannotti Vasco (DS-U) 40
Massidda Piergiorgio (FI) 39, 40, 41, 43, 45
Vito Elio (FI) 41

(Esame ordini del giorno – A.C. 4697) 48
Presidente 48
Baiamonte Giacomo (FI) 57
Bergamo Alessandro (FI) 57
Bindi Rosy, *Ministro della sanità* . 48, 49, 50, 51 52, 54, 56, 57
Caccavari Rocco (DS-U) 50, 56

PAG.

Cè Alessandro (LNIP) 53
Conti Giulio (AN) 52
Costa Raffaele (FI) 48
Galletti Paolo (misto-verdi-U) 55, 56
Giannotti Vasco (DS-U) 54, 56
Massidda Piergiorgio (FI) 48, 51, 52
Schmid Sandro (DS-U) 50, 55, 56
Tarditi Vittorio (FI) 54

(Dichiarazioni di voto finale – A.C. 4697) . 57
Presidente 57, 84
Baiamonte Giacomo (FI) 82
Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 87
Caveri Luciano (misto Min. linguist.) 57
Cè Alessandro (LNIP) 64
Conti Giulio (AN) 70
Del Barone Giuseppe (per l'UDR-CDU/CDR) 62
Dussin Luciano (LNIP) 89
Filocamo Giovanni (FI) 83
Fioroni Giuseppe (PD-U) 67
Fumagalli Sergio (misto-SI) 58
Galletti Paolo (misto-verdi-U) 58
Guidi Antonio (FI) 86
Lucchese Francesco Paolo (CCD) 61
Mangiacavallo Antonino (RI) 77
Massidda Piergiorgio (FI) 72
Mussi Fabio (DS-U) 75
Parolo Ugo (LNIP) 77, 87
Parrelli Ennio (DS-U) 85
Saia Antonio (RC-PRO) 80

(Votazione finale e approvazione – A.C. 4697) 89
Presidente 89
Risari Gianni (PD-U) 90
Schmid Sandro (DS-U) 90
Tremaglia Mirko (AN) 90

PIERGIORGIO MASSIDDA. Chiedo di parlare per motivare il ritiro del mio emendamento 5.39.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Trasfonderemo il contenuto di questo emendamento in un ordine del giorno, in quanto riteniamo che sia davvero burocratico pretendere che i farmacisti, con cadenza quindicinale – visto anche l'elevato numero delle ricette – forniscano alle aziende sanitarie locali documentazione di quanto è stato fatto e dei quantitativi erogati, peraltro già monitorati con sistemi diversi. Francamente, questa ci sembra una forzatura che impedisce ai farmacisti di svolgere la propria professione, che non è certo quella di burocrate.

PRESIDENTE. Onorevole Cè, lei mantiene il suo emendamento 5.38 per il quale c'era stato un invito al ritiro?

ALESSANDRO CÈ. No, signor Presidente, lo ritiro.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, ritiro anche l'emendamento 5.42.

PRESIDENTE. Sta bene onorevole Massidda. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Conti 5.6, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni).*

(Presenti 354
Votanti 352
Astenuti 2
Maggioranza 177
Hanno votato sì 126
Hanno votato no . 226).

Passiamo alla votazione degli identici emendamenti Massidda 5.43 e Conti 5.7.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Conti. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Non sto cercando di far perdere del tempo a nessuno. Anche in questo caso la violazione da parte del medico o del farmacista di ogni disposizione di cui abbiamo già parlato e di ogni norma del presente articolo « costituisce illecito disciplinare » e sospensione dall'ordine professionale.

Vorrei invitare il Governo a prendere atto delle norme che si stanno votando e della gravità delle stesse in relazione a delle omissioni per le quali sono previste sanzioni che hanno un effetto terroristico.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Vorrei precisare che il comma 6 non prevede che si debba per forza arrivare alla sospensione dall'ordine.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sugli identici emendamenti Massidda 5.43 e Conti 5.7, non accettati dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni).*

(Presenti 348
Votanti 346
Astenuti 2
Maggioranza 174
Hanno votato sì 122
Hanno votato no . 224).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 5.50, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

(...)

queste dichiarazioni. Chiederei pertanto ai presentatori di eliminare questo secondo capoverso.

Sono invece favorevole a quella parte dell'ordine del giorno che impegna il ministro a vigilare sullo svolgimento obiettivo della sperimentazione ed a chiedere a quanti sono impegnati in essa di astenersi dal rilasciare dichiarazioni di qualunque genere.

PRESIDENTE. I presentatori accolgono la proposta di riformulazione avanzata dal Governo?

SANDRO SCHMID. Devo dire che anche sulla base delle testimonianze venute dalle associazioni dei pazienti e dei sostenitori del metodo Di Bella...

PRESIDENTE. Onorevole Schmid, in questa fase lei mi deve soltanto dire se accetta o meno la proposta di riformulazione del Governo. Successivamente, potrà intervenire sull'ordine del giorno.

SANDRO SCHMID. Sì, Presidente, la accolgo.

PRESIDENTE. Prosegua pure nell'espressione dei pareri, signor ministro.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Il Governo accoglie l'ordine del giorno Caccavari e Saia n. 9/4697/3.

ROCCO CACCAVARI. Chiedo di parlare per una precisazione.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Riguardo al nostro ordine del giorno, volevo solo far notare che nel fascicolo in distribuzione manca l'ultimo capoverso, che così recita: « a prevedere sulla base dei risultati che il metodo Di Bella divenga cura palliativa a carico del servizio sanitario nazionale ».

PRESIDENTE. Ne prendo atto, onorevole Caccavari.

Onorevole ministro, conferma il suo parere sull'ordine del giorno Caccavari e Saia n. 9/4697/3?

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Il Governo accoglie anche questa aggiunta, purché ad essa sia premesso il seguente inciso: « Sentita la Commissione unica del farmaco », che è quella che deve deliberare in proposito.

PRESIDENTE. Onorevole Caccavari, accetta questa proposta di riformulazione del suo ordine del giorno?

ROCCO CACCAVARI. Sì, signor Presidente.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Caccavari.

Onorevole ministro, prosegua pure nell'espressione dei pareri sui restanti ordini del giorno.

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Il Governo accoglie gli ordini del giorno Giannotti ed altri n. 9/4697/4 e Galletti n. 9/4697/5.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MARIO CLEMENTE MASTELLA

(ore 15,45)

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Riguardo all'ordine del giorno Massidda e Tarditi n. 9/4697/6 il Governo può accoglierlo a condizione che l'onorevole Massidda si dichiari disponibile ad utilizzare la stessa identica formula che abbiamo adoperato nell'ordine del giorno Caccavari e Saia n. 9/4697/3. Nella sostanza, una volta conosciuto l'esito della sperimentazione di « fase 2 » si dovrebbe impegnare il Governo a sottoporre alla Commissione unica del farmaco la possibilità di prescrizione di somatostatina-octreotide come cura compassionevole a carico del servizio sanitario nazionale. Se accetta questa formulazione, lo accolgo.

PRESIDENTE. Onorevole Massidda?

(...)

ROSY BINDI, *Ministro della sanità*. Signor Presidente, non mi sento di accogliere nemmeno questa riformulazione, perché non ritengo che si possano definire come posizioni pregiudizialmente contrarie le valutazioni di tipo scientifico e i dubbi o gli scetticismi, che io credo stiano a fondamento della buona ricerca *(Applausi del deputato Campatelli)*.

VASCO GIANNOTTI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

VASCO GIANNOTTI. Signor Presidente, in qualità di cofirmatario dell'ordine del giorno, mi rivolgo all'onorevole Schmid ed agli altri firmatari: l'osservazione del ministro ha una sua logica, quindi li pregherei di accogliere la sua richiesta.

PRESIDENTE. Onorevole Schmid?

SANDRO SCHMID. Signor Presidente, dal punto di vista del merito voglio dire che il senso complessivo dell'ordine del giorno comporta anche le motivazioni dell'impegno che ho cercato di riferire poc'anzi, sulla base, ahimè, di dichiarazioni che non sono inventate. Ritengo che anche accogliendo la proposta di soppressione formulata dal ministro il significato dell'ordine del giorno possa essere sufficientemente chiaro, quindi accetto la proposta.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Schmid.

I firmatari dell'ordine del giorno Caccavari e Saia n. 9/4697/3, accolto dal Governo, insistono per la votazione?

ROCCO CACCAVARI. Non insistiamo, signor Presidente.

PRESIDENTE. I firmatari dell'ordine del giorno Giannotti ed altri n. 9/4697/4, accolto dal Governo, insistono per la votazione?

VASCO GIANNOTTI. Non insistiamo, signor Presidente.

PRESIDENTE. Onorevole Galletti, insiste per la votazione del suo ordine del giorno n. 9/4697/5, accolto dal Governo?

PAOLO GALLETTI. Non insisto, signor Presidente.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'ordine del giorno Massidda e Tarditi n. 9/4697/6, non accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	369
Votanti	366
Astenuti	3
Maggioranza	184
Hanno votato *sì*	161
Hanno votato *no*	205

(La Camera respinge – Vedi votazioni).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'ordine del giorno Burani Procaccini ed altri n. 9/4697/7, non accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	404
Votanti	394
Astenuti	10
Maggioranza	198
Hanno votato *sì*	175
Hanno votato *no*	219

(La Camera respinge – Vedi votazioni).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'ordine del giorno Divella ed altri n. 9/4697/8, non accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

(...)

per alcune terapie malati di sclerosi multipla. E adesso facciamo la stessa cosa.

Sappiamo benissimo che mortificheremo la ricerca e i medici ma soprattutto i pazienti poveri perché, come al solito, i ricchi cercheranno la terapia che riterranno più opportuna.

Sarebbe stato molto meglio, anche da parte del Polo, non fare lotte di religione, o demonizzazioni di streghe perché sappiamo che ci rimette sempre la persona indifesa. Ci si doveva dividere secondo scienza e coscienza, rispetto ad un atteggiamento del ministro che è stato cosciente di una sola cosa, cioè che con l'arroganza, il fondamentalismo e l'alzata di spalle si può vincere. Caro ministro, si renda conto che bisogna saper ascoltare, cambiare idea e accettare quelle degli altri, anche se non condivisibili, come un patrimonio prezioso. Le idee diverse degli altri arricchiscono, anche se spesso dividono.

Infine non accetto le offese che le hanno recato i colleghi del Polo, ma mi permetta di dirle che certi suoi sorrisi offendono lei, perché mi ricorda *(Applausi dei deputati dei gruppi di forza Italia e di alleanza nazionale)* – non vorrei abusare perché collaboro sempre alla soluzione dei problemi di chi soffre – un detto latino, secondo cui il sorriso abbonda in certe teste *(Applausi dei deputati dei gruppi di forza Italia e di alleanza nazionale)*.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Parolo. Ne ha facoltà.

UGO PAROLO. Signor Presidente, intervengo in dissenso dal mio gruppo per protesta verso le dichiarazioni del presidente del maggior partito di Governo, un tal Mussi (così sembra che si chiami). Questo signore si permette, durante il congresso del primo partito che rappresenta la Padania, di insultarlo, di portare avanti...

PRESIDENTE. Onorevole Parolo, per la verità non vedo quale attinenza tutto ciò abbia con l'argomento...

UGO PAROLO. Presidente, non posso esprimere il mio voto su questo provvedimento dopo aver ascoltato quelle cose. Inoltre, sono stato anche tacciato di accuse inesistenti...

MAURO GUERRA. Per fatto personale si interviene a fine seduta.

PRESIDENTE. Onorevole Parolo, se desidera intervenire per fatto personale, come lei sa, può farlo alla fine della seduta. Se lei vuole intervenire sull'argomento in discussione le do la parola, se invece...

UGO PAROLO. Signor Presidente, mettiamola così: non posso esprimere il mio voto su questo provvedimento dal momento che non è stato possibile tenere un dibattito corretto poiché non solo il capogruppo della sinistra si inventa scuse inesistenti, ma addirittura il ministro si permette di accusare i deputati. Tutto questo non è tollerabile! Quanto alle presunte accuse del capogruppo della sinistra, probabilmente ha il dono di leggermi nel pensiero perché certe cose le ho pensate ma non le ho dette *(Applausi dei deputati del gruppo della lega nord per l'indipendenza della Padania)*.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Il senso delle coordinate razionali che abbiamo fino a questo momento tutti costruito per tentare di dare un senso al nostro lavoro è a mio parere rappresentato dall'unanime consenso che tutti i gruppi hanno dato alla sperimentazione. Bisogna partire da qui per rendere, rispetto a quanto avverrà in futuro, visibile l'obiettivo reale del decreto che ci accingiamo a convertire. La sperimentazione di per se stessa, aggettivata in maniera molto diversa e spesso contraddittoria anche da alcuni colleghi intervenuti nel dibattito, penso che assuma un significato più pregnante

se affidiamo ad essa la possibilità di dirimere i dubbi e di confermare delle certezze, perché io sono convinto – e vorrei convincere – che la sperimentazione è un elemento positivo per il multitrattamento Di Bella. È un elemento positivo perché da questa sperimentazione deriverà la gratuità della possibilità di applicarlo. Non siamo su un fronte del « sì » e del « no », come spesso è stato affermato, ma siamo alla ricerca di quegli elementi che possano dirci quanto, dove e quando sia possibile utilizzare questo multitrattamento. Dico questo perché mi pare che si sia aperto anche un conflitto sulla questione – a mio avviso, senza ragione – per una confusione prodotta nella determinazione della cura rispetto alla sperimentazione stessa. La cura è tutto ciò che, attraverso gli emendamenti, i colleghi dell'opposizione volevano ed hanno suggerito; mentre la sperimentazione è quello che il decreto vuole tentare di far attuare.

Penso quindi che nella fase successiva, nella quale dovremo parlare della cura, potremmo arrivare proprio partendo dalla sperimentazione. Voglio dire quindi che il decreto al nostro esame rappresenta il punto di inizio del percorso informato che dobbiamo compiere per poter definire gli ambiti di applicazione del trattamento stesso.

Credo allora che proprio per questo, forse, richiamare valori straordinari, come può essere il rapporto tra il medico ed il paziente, non possa esimerci dal fatto che con questo decreto dobbiamo dirimere altri rapporti: ad esempio, quello tra medici e medici, tra pazienti e pazienti, tra case farmaceutiche e medici e via di questo passo. Né credo si debba temere per qualche sanzione prevista, visto che i fatti ci hanno dimostrato e le cronache ci hanno informato di vili speculazioni nella vendita della somatostatina o della strumentazione adatta a poterla applicare.

Per tutti questi motivi, debbo esprimere un apprezzamento davvero sentito, perché il loro atteggiamento è andato nel senso che ho voluto dare al mio lavoro di relatore, per quei colleghi come Massidda ed altri che hanno, attraverso il ritiro dei loro emendamenti e la presentazione di relativi ordini del giorno, dato un futuro a ciò che oggi non era possibile accettare. Da questo punto di vista, vorrei rassicurare quanti negli ordini del giorno hanno forse potuto vedere una forma di ripiego che essi rappresenteranno, invece, il punto di partenza per continuare il cammino che oggi ha inizio, perché è nell'interesse di tutti noi poter rispondere alle migliaia di persone sconosciute che hanno questo male; sono sconosciute fino ad un certo punto, perché dentro di noi viene istintivo dare un volto a queste persone che assomiglia a quello dei nostri cari, dei nostri amici e, a volte, al nostro !

Penso quindi che, di fronte al male, nessuna priorità debba essere data ad altri sentimenti; né credo che si debba temere che trovarsi d'accordo possa significare diventare uguali di fronte alla malattia. Noi, invece, dobbiamo convincerci di essere diversi, ma diversi dal solito modo di ragionare quando la pressione dell'opinione pubblica e la tensione della non conoscenza – e quindi l'ignoranza del metodo: la mia, prima di quella degli altri – ci debbano convincere ad andare avanti per ricercare la strada migliore, sperando che altre proposte vengano avanzate con serietà e portate avanti in questo modo. Sostengo tale punto di vista proprio perché questa ricerca che si va a fare – perché la sperimentazione darà questo risultato – mi pone la necessità di esprimere rispetto per il professor Di Bella, perché molto probabilmente, se fosse uscito prima da quella solitudine (voglio infatti ricordare che durante la prima audizione presso la Commissione affari sociali gli chiedemmo in maniera veramente accorata di accettare di sperimentare), forse oggi avremmo parole più chiare e forse anche stimoli per continuare in un altro ambito, con altri farmaci e con altre modalità, questa ricerca.

Si diceva giustamente che non è fermandosi al primo, secondo, terzo e quarto metodo di intervento che possiamo considerare esaurita la nostra drammatica curiosità nella ricerca di risposte a questo

tipo di malattia. Nell'ambito della nostra scienza i contributi che possono venire sono sempre accettati, non solo perché rappresentano un vantaggio per quelli che oggi stanno soffrendo, vivendo un'esperienza di malattia, ma anche perché rappresentano un investimento per il futuro. Infatti, tutte le volte che una medicina riesce ad eliminare una malattia del nostro tempo, certamente garantisce che quella malattia non comparirà in futuro.

È con questo sentimento che vorrei raccogliere fino in fondo i suggerimenti venuti da un'opposizione un po' accanita. Io sono capace di togliere con l'ascia le forti spine che c'erano in quelle espressioni, per raccogliere il frutto e metterlo insieme, per tentare, nel cammino che dobbiamo fare, di creare elementi di unità e, ripeto, risultati che possano soddisfare. Questo non è « buonismo », è una necessità, perché è anche vero che dobbiamo lavorare per creare un consenso (gli stessi ordini del giorno chiedono di allargare questi interventi).

Dobbiamo anche pensare che in questo paese, dove ci sono tanti malati, ci sono migliaia e migliaia di persone che nel volontariato, attraverso l'associazionismo di settore, ci chiedono di dare delle risposte. Molto spesso l'associazionismo in questo settore nasce da una morte, da una malattia, o da un insuccesso delle terapie applicate fino ad oggi.

Proprio per questa ragione ringrazio davvero tutti i colleghi e dico che se questa sperimentazione ci consentirà di poter fornire ulteriori elementi alla scienza, i tecnici se ne potranno avvantaggiare. Credo però che accanto alla scienza tutti noi possiamo porre il valore straordinario della nostra umanità. *(Applausi dei deputati dei gruppi dei democratici di sinistra-l'Ulivo, dei popolari e democratici-l'Ulivo, di rifondazione comunista-progressisti e di rinnovamento italiano).*

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Luciano Dussin. Ne ha facoltà.

LUCIANO DUSSIN. Intervengo in dissenso per evidenziare la falsa sensibilità di questo Governo. Le cifre parlano molto chiaro: sono stati stanziati 20 miliardi di copertura finanziaria per questo provvedimento, a fronte di richieste di interventi molto più consistenti (ricordiamoci l'altissimo numero di persone affette da queste patologie). I 20 miliardi, caro ministro, messi a disposizione gridano vendetta se paragonati ai 4-5 miliardi che stiamo spendendo per rifare il nuovo ingresso di Montecitorio.

Queste sono le cifre che devono essere evidenziate, al di là delle belle parole che hanno contribuito a fornirgli i suoi componenti di maggioranza. Qui, come ho detto ieri sera, continuano purtroppo a comandare le *lobbies* farmaceutiche e gli uomini della prima Repubblica di De Lorenzo. Alla fine le politiche sanitarie di questo Governo porteranno ad avere eroina libera per tutti i giovani e la somatostatina ancora a 6 milioni di lire al mese per chi sta soffrendo di tumore, caro ministro!

Questo è il risultato che avremo e continueremo ad avere finché ci saranno ministri della sanità che si candidano a questo ruolo, senza avere le competenti conoscenze in merito. Questa è una gravissima responsabilità che dovevo evidenziare ed è per questo che non parteciperò al voto. Vergogna *(Applausi dei deputati del gruppo della lega nord per l'indipendenza della Padania)*!

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

(Votazione finale e approvazione – A.C. 4697)

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione finale.

Indìco la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sul disegno di legge n. 4697, di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione). (...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

395.

SEDUTA DI LUNEDÌ 20 LUGLIO 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... III-VII

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-75

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; rinnovamento italiano: RI; unione democratica per la Repubblica: UDR; misto: misto; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-per l'UDR-patto Segni/liberali: misto-per l'UDR-P. Segni/lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

PAG.

Proposte di legge: Disposizioni in materia di prelievi e trapianti *(approvato dal Senato)* **(A.C. 646-855-1084-1104-1291-2166-2639-2722-2759-3646-4135-4186)** (Discussione del testo unificato) 9

(Contingentamento tempi discussione generale – A.C. 646) 10

Presidente 10

(Discussione sulle linee generali – A.C. 646) 10

Presidente 10

Baiamonte Giacomo (FI), *Relatore per i capi III, IV, V e VI* 13

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario per la sanità* 17

Burani Procaccini Maria (FI) 22

Caccavari Rocco (DS-U) 25

Cè Alessandro (LNIP) 33

Conti Giulio (AN) 27

Fioroni Giuseppe (PD-U) 17

Polenta Paolo (PD-U), *Relatore per i capi I, II e VII* 10

(Repliche dei relatori e del Governo – A.C. 646) 36

Presidente 36

Baiamonte Giacomo (FI), *Relatore per i capi III, IV, V e VI* 37

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario per la sanità* 38

Polenta Paolo (PD-U), *Relatore per i capi I, II e VII* 36

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

capacità, certe deficienze, o certe incompletezze critiche che purtroppo ancora esistono.

Abbiamo fiducia nei nostri cittadini ma cerchiamo di metterli al riparo da qualcosa che possono vedere come un pericolo, da qualcosa che, invece di promuovere la cultura della donazione, rappresenta un regresso nel proprio personale, in quella piccola sfera che giustamente Guicciardini chiamava « particulare » di ciascuno di noi, senza vedere più la società degli uomini.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, il provvedimento in esame è di per sé il risultato di una specie di trapianto, in quanto il testo rappresenta il complesso e lungo lavoro di sintesi di due proposte di legge approvate separatamente dal Senato.

La Commissione affari sociali ha scelto di trattare ed articolare in un unico testo i due provvedimenti che necessariamente, in diversi punti, vengono a confluire e sono chiari se esaminati in un unico inquadramento.

Sulla scorta dei dati disponibili si può affermare che nel nostro paese, la trapiantologia ha tendenza positiva non solo nell'esecuzione degli interventi ma anche nel numero raddoppiato dei donatori: sono 11 per milione di abitanti. Tali dati non sono però soddisfacenti in quanto è sempre scarso il numero dei trapianti e le liste di attesa si dilatano sempre più non per carenze tecnologiche o per entusiasmo tecnico ma per la perenne scarsità di organi.

Sono diverse le ragioni della preoccupante distanza che l'opinione pubblica prende dalla problematica dei trapianti, ma è certo che un'informazione mirata e sottoposta a verifica potrebbe far crescere la sensibilità collettiva.

Si pone in evidenza senza mezzi termini che l'opinione pubblica non coglie ancora il significato altamente scientifico dell'accertamento di morte definito ai sensi della legge n. 578 del 29 dicembre 1993 e si manifestano timori, suggestioni e riserve sul prelievo nei momenti drammatici delle decisioni che pregiudicano fortemente la disponibilità di organi.

D'altra parte, è comprensibile che l'impatto improvviso e doloroso con la morte di un congiunto non lasci molto spazio alla riflessione se non c'è a monte una preparazione sistematica e permanente per considerare la donazione un atto di grande solidarietà. Si tratta, quindi, di formare un codice facilmente intellegibile da parte di tutti, secondo il quale la possibilità di fare del proprio corpo mezzo di trasmissione di vita rappresenti un legato alla nostra stessa esistenza.

L'informazione, allora, è alla base di una crescita di consapevolezza che dovrà diffondersi nel paese non soltanto per rafforzare la sensibilità alla donazione ma anche per mantenere alto il livello della formazione sociale dei cittadini, la quale dovrà orientarsi anzitutto verso l'educazione sanitaria, atta a porre la prevenzione anche delle patologie che richiedono un trapianto al centro della conoscenza diffusa. L'informazione, oltre che tecnica relativamente alle strategie da determinare per una convinta adesione da parte dei cittadini, deve conciliare l'interesse sociale alla salute con le diverse esigenze dell'individuo.

Per rimuovere dubbi e perplessità è necessario utilizzare, a vantaggio della donazione, gli argomenti della certezza scientifica per contribuire a formare una cultura del trapianto basata sulla scelta non solo consapevole, ma partecipata, e sulla necessità di coinvolgere ogni cittadino nel progetto comune che può vederlo donatore o ricevente.

Nelle due condizioni – donatore o ricevente – ogni persona si colloca con il suo essere soggetto appartenente ad una civiltà caratterizzata da una tradizione plurisecolare etico-religiosa di rispetto della morte; tuttavia quest'ultimo è diverso dal rispetto dei morti, in quanto i sentimenti che spingono ad abbandonarsi al mistero della fine senza ritorno lasciano alla ragione il compito di interpre-

tare il consenso al trapianto come rispetto verso il corpo umano e verso la natura che consente la possibilità biologica dei trapianti stessi, in quanto miliardi, miliardi e miliardi di incroci cellulari fin dall'origine della specie umana hanno consentito, con la tipicizzazione, di poter riconoscere l'organo fratello.

È possibile quindi un trasferimento di vita e la donazione acquista così un significato profondo di solidarietà. La manifestazione di volontà va costruita sul convincimento di essere parte del grande disegno di sopravvivenza e dell'istinto di conservazione che il corpo umano malato manifesta e perciò è capace di accogliere una parte di un altro corpo per vivere e farla vivere.

Penso, dunque, che il consenso debba essere istintivo, nel senso che dovrebbe essere spontaneo e generalizzato, anche se per molte ragioni comprendo la disposizione del presente provvedimento sul consenso-assenso informato. Al riguardo vorrei esprimere un'osservazione: le procedure di accertamento della manifestazione di volontà sono tali che possono diventare un'occasione di contatto molto importante tra istituzione e cittadini per la gestione di problematiche che coinvolgono l'intero essere di una persona. Voglio dire che anche gli addetti ai lavori, che raccoglieranno e comunicheranno le risposte, devono essere preparati ad instaurare un rapporto sensibile e coinvolgente senza impazienza ed approssimazione.

L'articolo 5, che reca disposizione di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà, è affidato per la sua applicazione proprio alla sensibilità degli operatori, in particolare al punto *c)* che disciplina le modalità attraverso le quali i soggetti che non hanno dichiarato alcuna volontà in ordine al prelievo di organi e di tessuti successivamente alla morte sono chiamati in campo dai medici di medicina generale. Ritengo che questi professionisti, i quali sono i diretti interlocutori dei cittadini nella sanità, debbano svolgere un compito permanente di incentivazione alla donazione, in quanto il ricorso a loro soltanto in caso di mancata risposta del cittadino ne limita la potenzialità convincente, o peggio, lascia molto spazio all'indifferenza e alla deresponsabilizzazione. A questi professionisti vanno fornite tutte le informazioni tecnico-scientifiche costantemente aggiornate, in modo che le novità che tolgono ansia vengano trasmesse ai cittadini.

Le tecniche di prelievo attuate in presenza di morte cerebrale sono costantemente affinate e in tutto il mondo la ricerca è impegnata nello studio di tecniche innovative che permettono il prelievo non solo in presenza dell'accertata morte cerebrale, ma anche a cuore non battente. I risultati sono già incoraggianti; si studiano metodiche avanzate per superare la cosiddetta ischemia calda che rappresenta la crisi della vitalità dell'organo sia al momento dell'espianto sia al momento del trapianto.

La progettualità di informatizzazione, che è alla base del puntuale periodico messaggio informativo che i cittadini riceveranno, garantisce ampiamente il diritto dei cittadini stessi di modificare la disponibilità alla donazione sia ritirandola sia sottoscrivendola. È importante la norma che consente ai familiari di produrre i documenti e dichiarazioni di volontà diversi da quelli conosciuti fino alla morte o nell'immediatezza del prelievo. Non sempre questo, però, deve essere visto come intervento *in extremis* per riparare e correggere una volontà di donazione; molto spesso deve essere interpretato come l'atto finale della vita di una persona che vuole dare continuità a se stessa attraverso l'offerta di un organo.

La manifestazione di volontà, da definire come silenzio-assenso informato, deve essere intesa nel senso che questa informazione diventa patrimonio non solo della cultura dei soggetti, ma anche della cultura della collettività; essa, cioè, entra a far parte di quel corredo informativo che consente alle persone di avere oggi una qualità di relazione che non consiste solo nel condurre la propria vita giorno dopo giorno, ma anche dar corpo a speranze, come quella di potere, attraverso la continuità di vita offerta con un

organo, collaborare definitivamente alla sopravvivenza della specie umana. Tale definizione sottintende quindi un approfondimento delle responsabilità da parte dei cittadini che sono costantemente invitati ad esprimersi, anche con la consulenza del proprio medico di fiducia. Questo può dare quindi ancora di più valore partecipativo al « silenzio ». Quindi, quando il dire « sì » o il dire « no » non sarà la linea discriminante tra il voler donare ed il non voler donare, ma la documentazione di una volontà per iscritto in modo che sia più specifica, credo che allora la cultura si avvantaggerà e si avvantaggerà anche il bisogno profondo che attraverso un trapianto si esprima rispetto per la vita stessa. Infatti, il soggetto trapiantato non è una persona guarita, ma una persona che ritorna sana ! E questa è l'unica possibilità che si ha, oggi come oggi, in campo medico di chiudere una malattia con un ritorno alla salute e non semplicemente con una guarigione.

Senza questa consapevolezza, che sarà quindi costruita con diversi passaggi informativi, nessuno sarà considerato donatore. Se non si sa quindi che la propria scelta può essere costantemente rinnovata e costantemente posta sotto controllo – il che rientra nella opportunità informativa di ognuno – nessuno è donatore così come non è non donatore; e la sua capacità di disporre del proprio corpo è tale da poter cambiare opinione su se stesso tutte le volte che intenda farlo.

L'organizzazione dei centri regionali ed interregionali, l'attività della Consulta prevista dall'articolo 8, la formazione mirata per i professionisti impegnati nel settore, sono elementi del disegno legislativo che stiamo esaminando la cui sostanza è la qualità dell'atteggiamento solidale e responsabile dei cittadini e dello Stato, chiamati per difesa della vita a legarsi con un patto di reciproco rispetto e fiducia.

Va ricordato che questo patto di rispetto e fiducia nasce anche dall'azione del volontariato, che in tutti questi anni è riuscito a mantenere viva l'attenzione su un problema di questo genere e a determinare, a mio avviso, questo atto parlamentare. Voglio dire che questo patto va anche tenuto per andare avanti e cercare per i trapianti nuovi traguardi; sappiamo come la ricerca stia andando avanti al punto tale da potere, non solo attraverso la clonazione ma anche attraverso lo studio dei trapianti tra animali e uomini, determinare forse risultati che in passato si potevano solo immaginare. I centauri, il minotauro, le arpie, la medusa sono figure mitologiche nate dalla fantasia che conforta l'esistenza di ogni essere umano; ma senza arrivare a questo, molto probabilmente quando si riusciranno a trapiantare organi animali negli esseri umani ancora di più si realizzerà quel disegno voluto dalla natura, secondo il quale ogni creatura vivente è essenziale ad un'altra *(Applausi dei deputati del gruppo dei democratici di sinistra-l'Ulivo).*

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Conti. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Presidente, colleghi, nell'illustrare i contenuti di questa legge importantissima che ha avuto un lungo travaglio, vorrei partire da una considerazione di fondo che è di natura certamente ideologica, culturale e dottrinaria.

Ho avvertito molte contraddizioni nelle parole dei colleghi che sono intervenuti rispetto alla loro impostazione culturale, alle opinioni che avevano in precedenza sul trapianto e alle motivazioni che hanno addotto per giustificare questo cambiamento di opinioni che a mio avviso non sarebbe affatto necessario motivare. Parto cioè dal discorso, più volte ripetuto quasi da tutti, dell'esaltazione della cultura del trapianto, del valore sociale e solidaristico del trapianto.

È certamente importante essere consenzienti al trapianto, è altresì vero, tuttavia, che nessuno di noi si augura che in famiglia capiti una di queste « fortune »; nessuno si augura che un amichetto di scuola dei nostri figli abbia il problema di dimostrare quanto sia acculturato e quanto sia disponibile a farsi trapiantare o ad essere donatore. Noto pertanto nella

(...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

476.

SEDUTA DI MARTEDÌ 2 FEBBRAIO 1999

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XVI

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-106

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rinnovamento italiano: RI; unione democratica per la Repubblica: UDR; comunista: comunista; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto « L'Italia dei valori »: misto-Italia dei valori; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR.

PAG.

Proposte di legge: Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti [A.C. 646 - 855 - 1084 - 1104 - 1291 - 2166 - 2639- 2722 - 2759 - 3646 *(approvato dal Senato)* **- 3709 - 4100** *(approvato dal Senato)* **- 4135 - 4186)** (Seguito della discussione del testo unificato e approvazione con modificazioni] 29

(Dichiarazioni di voto finale – A.C. 646) . 29

Presidente 29

Bicocchi Giuseppe (UDR) 35

Burani Procaccini Maria (FI) 41

Caccavari Rocco (DS-U) 42

Cè Alessandro (LNIP) 30

Conti Giulio (AN) 33

Del Barone Giuseppe (misto-CCD) 31

Di Capua Fabio (misto-Italia dei valori) . 39

Filocamo Giovanni (FI) 35

Fioroni Giuseppe (PD-U) 43

Galletti Paolo (misto-verdi-U) 45

Guidi Antonio (FI) 40

Massidda Piergiorgio (FI) 38

PAG.

Nardini Maria Celeste (misto-RC-PRO) ... 32

Saia Antonio (comunista) 36

Preavviso di votazioni elettroniche 46

Ripresa discussione – A.C. 646 46

(Ripresa dichiarazioni di voto – A.C. 646) 46

Presidente 46

Baiamonte Giacomo (FI) 46

Bindi Rosy, *Ministro della sanità* 48

Carlesi Nicola (AN) 47

Chincarini Umberto (LNIP) 47

(Coordinamento – A.C. 646) 49

Presidente 49

Bolognesi Marida (DS-U), *Presidente della XII Commissione* 49

Cè Alessandro (LNIP) 49

(Votazione finale e approvazione – A.C. 646) 50

Presidente 50

raltro, in relazione all'impegno preciso, assunto dal Governo e che voglio ricordare, rispetto all'ordine del giorno che recepisce il contenuto dell'emendamento da me proposto, ritengo che nei due anni nei quali si dovrà procedere all'applicazione del provvedimento ci sarà il tempo perché il ministro nel decreto attuativo compia il passo avanti definitivo per rendere la manifestazione di volontà obbligatoria.

Questo è il momento alto nel quale il cittadino italiano, reso finalmente consapevole (rammento all'onorevole Guidi che nell'ordine del giorno è espressamente menzionato il medico di base, perché si deve ristabilire quel *feeling*, quella stretta connessione tra quella figura ed il cittadino a lui affidato per le cure), deve essere messo in grado di esprimere con chiarezza e libertà la propria volontà in merito alla donazione. Richiamo quindi l'attenzione dell'Assemblea, del ministro e di tutti coloro che avvertono in maniera profonda la necessità di procedere verso una civiltà della donazione, sul problema di rendere obbligatoria, nei tempi più stretti possibile la manifestazione di volontà, sia essa poi riportata sulla tessera medica o scritta sui documenti di identità, con la possibilità anche di rivedere la propria dichiarazione in tempi reali grazie alla rete telematica che dovrà essere costituita e che dovrebbe essere l'ambito nel quale la volontà del cittadino viene riconosciuta e quindi immediatamente applicata.

Signor ministro, la richiamo proprio a questo perché lo sento come un dovere di cittadina prima ancora che di deputata, di cittadina che per tutta la sua vita ha impostato la propria ricerca di verità verso un qualcosa di più alto del contingente. Con l'obbligatorietà della manifestazione di volontà faremo un passo avanti anche nell'ambito della legislazione europea.

Confermo pertanto il mio voto favorevole sul provvedimento, che è necessario ed urgente approvare. Alcuni paletti sono stati posti per quanto riguarda l'obbligatorietà dell'informazione; altri verranno fissati quando lei, signor ministro, accetterà la manifestazione espressa di volontà come obbligatoria per il cittadino italiano.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, colleghi, il testo approvato, per il quale si è lavorato a lungo presso la Commissione affari sociali e in Assemblea, è il risultato di uno sforzo compiuto da tutti i gruppi, pur partendo da posizioni diverse, per assicurare equilibrio e garanzia nella delicata materia trattata. Una nuova disciplina nel campo dei prelievi e dei trapianti di organi è oltremodo necessaria per porre il nostro alla pari degli altri paesi europei, per rendere fruibili le indubbie competenze tecniche e scientifiche e rispondere alle richieste urgenti di chi è in attesa di trapianto.

I dati dell'Istituto superiore di sanità, riferiti al 1997, nel rilevare una tendenza positiva già in atto a partire dal 1992, confermano tuttavia un numero di donatori pari a 11,6 per milione, rispetto alla media europea che è pari a 15 donatori. Si conferma, inoltre, una consistente disomogeneità tra le diverse aree del paese, con notevole prevalenza delle regioni settentrionali.

Il provvedimento in esame, predisposto con il concorso di istituzioni, associazioni ed esperti, si pone l'obiettivo obiettivi di far crescere la consapevolezza sul valore sociale della donazione, mobilitando una coscienza diffusa tra i cittadini, e di offrire garanzie attraverso una più efficace struttura organizzativa, identica nell'intero paese. Certamente, lo sviluppo di una consapevole scelta della donazione nell'intero territorio nazionale è premessa indispensabile per l'adeguamento strutturale, che non potrebbe raggiungere alcun risultato operativo senza la condivisione dell'opinione pubblica.

I capi I e II del provvedimento pongono in essere il difficile percorso necessario affinché si arrivi ad una dichiarazione di volontà personale per il prelievo

dei propri organi e tessuti *post mortem*, preceduta e sostenuta – ciò è molto importante – da una capillare e continuativa campagna di informazione. Tale campagna è diretta a promuovere la donazione come risorsa terapeutica insostituibile per ricorrere al trapianto, da ritenersi unico ed estremo strumento di salvezza per il ricevente.

La legge n. 644 del 1975, attualmente in vigore, lascia l'opzione alla decisione spontanea del soggetto in vita cosicché, in tanti casi, l'assenza molto frequente di una manifestazione di volontà, non ha importanza se favorevole o contraria, determina conflitti, incomprensioni e gravi difficoltà qualora un evento drammatico renda possibile l'eventuale prelievo. Per tale ragione, il provvedimento in esame punta molto sull'informazione, per diffondere fra i cittadini una serie di conoscenze, a partire dalla legge n. 578 del 1993 sull'accertamento della morte, identificata come irreversibile cessazione di tutte le funzioni dell'encefalo. Si tratta di una legge in vigore ed apprezzata, relativamente alla quale, con grande umiltà, dobbiamo pensare che, se la scienza ci consentirà di andare avanti o di spostare tali traguardi, noi dovremo farlo convinti che oggi il raggiungimento di detti traguardi è possibile.

L'informazione è diretta, inoltre, alla conoscenza di stili di vita utili a prevenire la comparsa di patologie che possono richiedere il trapianto come terapia, proprio per evidenziare il valore solidaristico della donazione e la sua straordinarietà quale atto di qualità umana.

L'attenzione posta al fatto che il consenso o il dissenso siano il risultato di una conoscenza profonda e responsabile degli effetti della propria decisione dà al cittadino assoluta libertà di scelta e, nello stesso tempo, la garanzia che in ogni caso possa essere ricevente se avesse bisogno di trapianto, come è giusto che sia in una società civile.

Il provvedimento torna all'esame del Senato affinché sia discusso quanto approvato dalla Camera, in modo da confermare che i tempi graduali per la sua applicazione permettano gli adattamenti che l'esperienza dimostrerà necessari. Si tratta, quindi, di un provvedimento non rigido ma in progressiva evoluzione per conquistare, con il suo equilibrio, un consenso diffuso.

Il tempo disponibile per l'intervento non mi consente di svolgere altre considerazioni. Concludo, quindi, annunciando il voto favorevole dei deputati del gruppo dei democratici di sinistra-l'Ulivo.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, per cortesia, siamo pochi ma rumorosi!

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Fioroni. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE FIORONI. Signor Presidente, colleghi, nell'annunciare il voto favorevole sul provvedimento del gruppo dei popolari e democratici, credo sia opportuno evidenziare alcuni aspetti. La cosa più importante che tutti noi dobbiamo rammentare è come questo provvedimento, riunificando i due disegni di legge che provengono dal Senato, abbia perseguito un obiettivo fondamentale, quello di aiutare il nostro paese, la nostra comunità a garantire la propria autosufficienza in termini di donazione di organi. Autosufficienza nell'ambito del rispetto fondamentale della dignità della persona e soprattutto dell'espressione della sua volontà, connessa al tempo stesso alla ricerca di una solidarietà concreta. Come più volte è stato ricordato in quest'aula, se è difficile che esista una carità senza le opere è anche difficile che esista una solidarietà che non si concretizzi in fatti specifici. Ritengo che la donazione di un organo volontaria e gratuita sia l'espressione più grande di solidarietà di una civiltà che diventa cultura della vita e dell'amore.

Abbiamo affrontato vari problemi etici in questa proposta di legge; innanzitutto quello connesso alla morte cerebrale che, diciamo la verità, ha a che fare con il rapporto difficile tra la donazione, l'espressione di volontà del donatore ed i congiunti, i familiari del donatore. In presenza di una morte cerebrale corret-

(...)

Atti Parlamentari — I — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 21 SETTEMBRE 1998

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

408.

SEDUTA DI LUNEDÌ 21 SETTEMBRE 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... III-VI

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-58

PAG.

Disegno di legge: Fondo nazionale lotta alla droga *(già articoli 2 e 3, comma 2, del disegno di legge n. 2756, stralciati con deliberazione dell'Assemblea il 6 marzo 1997) (2756-ter)* (Discussione) 2

(Contingentamento tempi discussione generale – A.C. 2756-ter) 2

Presidente 2

(Discussione sulle linee generali – A.C. 2756-ter) 2

Presidente 2

Burani Procaccini Maria (FI) 10

Caccavari Rocco (DS-U) 13

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; rinnovamento italiano: RI; unione democratica per la Repubblica: UDR; misto: misto; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-per l'UDR-patto Segni/liberali: misto-per l'UDR-P. Segni/lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

(...)

Stato deve fare un passo indietro dopo aver delineato le sue linee programmatiche, ma l'intervento principale deve farlo il privato sociale perché è quello su cui contiamo maggiormente.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, signor ministro, signor sottosegretario, colleghi, nel periodo tra il 1993 e il 1996, nonostante il forte impegno della Commissione affari sociali, non è stato possibile approvare un disegno di legge di sanatoria degli effetti dei decreti-legge in materia di tossicodipendenza. Nel 1997, prima della conferenza di Napoli, come è stato ricordato, fu approvato lo stralcio delle disposizioni del disegno di legge di sanatoria che modificano la disciplina dettata dal testo unico sulle tossicodipendenze relative a un fatto molto importante, cioè ai finanziamenti del fondo nazionale per lotta alla droga.

Questa procedura fu resa necessaria dall'urgenza di garantire i fondi per un avvio degli interventi nell'ambito delle tossicodipendenze che fossero caratterizzati dalla ricerca di nuove modalità di gestione ed organizzazione, in quanto le esperienze fino ad allora condotte sia nel pubblico sia nel privato avevano fatto identificare una qualità dell'intervento che tendeva forse a non soddisfare pienamente le esigenze dei tossicodipendenti. Va quindi riconosciuta questa esigenza di una costante revisione dei progetti e delle strategie di intervento, in quanto la trasformazione del fenomeno delle tossicodipendenze investe la società con i suoi aspetti più drammatici ma anche con la ridotta visibilità dei risultati positivi. Si può dire che a fronte della lentezza con la quale la legislazione si adegua, la dinamica personale e sociale dei tossicodipendenti avanza al di là del fragile confine che a volte si cerca di porre con gli interventi stessi. Credo che, da questo punto di vista, nessuna verità possa essere ritenuta assoluta, né credo che pensare alla promozione di interventi tipo il banco dei pegni possa affrancare la nostra società dall'obbligo di interessarsi fino in fondo di questi problemi. Non ci deve essere interesse quando l'interesse è comune, né deve esserci ricerca di una risposta in qualche modo remunerativa, morale od economica, quando si tratta di lavorare su persone che, di per sé, non hanno capacità di autodifesa, altrimenti non avrebbero ragione di essere né i SERT, né il privato sociale, né le comunità terapeutiche, e nemmeno questo dibattito.

Diverse caratteristiche del fenomeno droga rimaneggiano continuamente e determinano diversificazioni importanti nel comportamento tossicomanico. È a questo particolare dinamismo che va riportata ogni definizione degli interventi che si vanno a programmare. L'iniziazione al consumo, ad esempio, avviene ad età molto differenti (da giovanissimi a persone adulte) cosicché la funzionalità dei servizi e degli operatori deve essere adattabile alle persone ed alle loro storie molto individuali ed anche calata in realtà molto spesso conflittuali. Oggi, a 23 anni dall'entrata in vigore dalla prima legge sulle tossicodipendenze, possiamo assistere a dispute familiari tra padri e figli per contendersi, ad esempio, la dose quotidiana di hascisc o di altro. A questo proposito vorremmo forse provvedere con una legge che porti a conclusione il dibattito sulla depenalizzazione delle droghe leggere. Oggi come oggi, però, è anche necessario rispondere con interventi informativi e formativi al vincolo che la presenza della droga determina anche nei rapporti familiari. Quanto dicevo però si verifica anche tra docenti ed allievi o nei gruppi di pari, nonché tra persone che per le diverse esperienze hanno acquisito con le droghe una consuetudine che sembra accettata senza alcun atteggiamento critico.

La competenza e le tecniche di approccio da parte degli operatori, quindi, vanno attentamente dimensionate ai mutevoli comportamenti umani dei consumatori ed agli eventi sociali – ma anche politici – che danno luogo a reazioni anche contrastanti, a seconda, ad esempio,

delle sostanze o delle condizioni individuali. C'è una trasformazione nei comportamenti genericamente definiti tossicomanici a seconda della sostanza che si assume, mentre invece si tende, sotto il profilo anche della programmazione degli interventi, o dei movimenti culturali che se ne vogliono occupare, a definire la tossicodipendenza come un comportamento sempre fine a se stesso. Non si pone mai abbastanza attenzione al fatto che il processo di dipendenza dal quale si vuole affrancare una persona ha avuto un suo svolgimento ed un esito durati un certo tempo durante il quale niente era meglio di ciò che stava accadendo dentro la persona stessa, anche se attorno ad essa potevano verificarsi brutte esperienze (malattie, carcere od altro).

I progetti che si interessano di correggere le esperienze negative contribuiscono a determinare la riduzione del danno, oltre la quale è indispensabile proporre interventi diretti a rivelare e a rendere note alla persona le qualità del suo essere che vorrà riconquistarsi. Credo che possiamo affermare che la riduzione del danno è anche una risposta contro la droga, o almeno volta a contenere i comportamenti dei tossicodipendenti che diano problemi alle famiglie, alla scuola, alla società in generale; non è, quindi, soltanto il risultato che si ottiene avviando l'approccio con la persona che non si rivolge al servizio o al privato sociale, è anche un modo per attenuare la tensione, molto spesso sostenuta da una grave difficoltà di comprendere cos'è veramente il fenomeno della tossicodipendenza, che si verifica, per esempio, nella scuola oppure nelle famiglie. Da qui, la necessità di un disegno organico tra i diversi modelli di intervento, che vanno messi nell'ordine naturale determinato dalla dinamica personale del soggetto tossicodipendente. Non è possibile stabilire interventi generici e stabilire che un certo modello possa essere tale da rispondere alle esigenze di tutti. Anche l'uso delle sostanze sostitutive deve avere una ragione particolare per essere adattato alla persona cui viene prescritto e che, di per sé, forse può correre il rischio di stabilire un mantenimento, ma comunque è una risposta che evita tutti quei comportamenti che mettono a rischio la vita sociale del soggetto, se non addirittura la vita stessa.

L'integrazione tra pubblico e privato in progetti comuni rende attuabile un percorso sanitario socio-riabilitativo che non può essere parziale o eccedente il bisogno di attivazione psico-sociale che il soggetto segnala. Dobbiamo cioè stare molto attenti, perché gli interventi univoci, molto spesso, cronicizzando la risposta, determinano il rischio che tutto il resto della dinamica tossicomanica, che mette in discussione l'intera persona nel suo complesso, venga trascurata. Quindi, anche forti interventi qualificati, di natura medica, psicologica o anche socio-riabilitativa, corrono il rischio, per così dire, di parcellizzare la risposta che si ottiene, mentre la globalità della persona va comunque tenuta presente.

Il presupposto operativo rappresentato dall'integrazione socio-sanitaria comporta il superamento del sistema delle convenzioni, perché nella convenzione si acquista un prodotto già precostituito, mentre, come previsto, in questo caso è necessaria la determinazione dell'accreditamento specifico delle tossicodipendenze.

Il disegno di legge che stiamo esaminando avendo raccolto pareri ed esperienze a monte della definizione delle diverse tipologie di intervento è innovativo rispetto al testo unico. Un altro passaggio sarà necessario per definire i criteri dell'accreditamento, che non dovrà essere soltanto la definizione di un metodo di scelta, ma anche un modello per definire i livelli qualitativi delle strutture e delle prestazioni. La regionalizzazione del fondo fino al 75 per cento è strumento adeguato a sviluppare una migliore conoscenza delle risorse umane e professionali che, in quel luogo e per quelle persone, potranno portare all'accreditamento delle realtà operative locali. Ciò permetterà di approfondire la disponibilità a personalizzare quanto più possibile i progetti socio-riabilitativi e quelli sanitari, che rappresenteranno la prova della qualità

cercata nell'accreditamento. Le regioni potranno quindi decidere sull'investimento di gran parte del fondo, finanziando i progetti del pubblico e del privato secondo linee generali fissate dal Governo ed approvate dalle Commissioni parlamentari. Credo che anche da questo punto di vista si debba chiarire quando questi pareri possano essere vincolanti e quando l'opzione del Governo debba essere assolutamente rispettata. Credo che, sotto il profilo legislativo, questo sia un passaggio dovuto e necessario; ma sotto il profilo della vera operatività credo che il lasciare spazio ad una creatività sociale che, di volta in volta, riesca ad individuare i termini chiari entro cui muoversi perché il fenomeno della droga sia affrontato nei termini che veramente richiede, rappresenti un riconoscimento del valore aggiunto che può essere costituito dall'esperienza acquisita negli anni in cui si è lavorato su questo problema.

Nel rispetto delle prerogative regionali è necessario prevedere nell'atto di indirizzo qualche modalità di controllo per ottenere una reale attuazione dei progetti nelle loro articolazioni in tutte le regioni, per evitare che, come accade, vi siano disparità di trattamento a seconda della sensibilità istituzionale che si attiva sulle tossicodipendenze. Questo è un problema che credo debba essere ancor più approfondito, perché, se non altro, determina sul nostro territorio una certa pendolarità da un luogo all'altro dei tossicodipendenti, sia perché vi sono situazioni, come dire, di maggiore debolezza, sia perché vi sono situazioni in cui la maggiore contrattualità dei tossicodipendenti può favorire di più la loro collocazione in un progetto che li possa aiutare.

Il collegamento previsto dall'osservatorio del Ministero dell'interno, che fornirà i dati in base ai quali si destineranno i fondi alle regioni, alla centrale responsabilità del dipartimento per la solidarietà sociale lascia individuare precise competenze finora frammentate, che saranno attivate per l'azione antidroga. Sono penalizzate le inadempienze delle regioni con l'applicazione, ove occorra, dei poteri sostitutivi. Una maggiore aderenza al cambiamento della tossicodipendenza si coglie con la particolare disposizione all'articolo 4, comma 1, che disciplina l'attività degli enti ausiliari. L'opera meritoria che questi enti hanno svolto fino ad oggi sarà più qualificata attraverso la formazione, che unitamente ai SERT sarà posta come condizione nei rapporti di lavoro affidati a profili professionali in grado di produrre specifiche attività di recupero e riabilitazione delle tossicodipendenze.

L'articolo 2 rende finalmente giustizia a tanti operatori che nel corso del tempo hanno lavorato con grande dedizione contribuendo a definire professionalità complesse in un settore problematico come le tossicodipendenze, agendo sempre in uno stato di precariato che speriamo si possa risolvere con i concorsi riservati. Penso che la qualificazione professionale debba essere una delle attività prioritarie sia nel pubblico sia nel privato: l'approccio multidisciplinare di ordine medico, psicologico, socioriabilitativo deve superare il semplice assemblaggio dei saperi e determinare una formazione attuale e legata alla trasformazione delle tossicodipendenze, in modo che si possa veramente rispondere alle esigenze manifestate dalle persone che hanno questo problema di volta in volta con una dimensione molto personale dei progetti che vanno ad essere attuati.

Credo, inoltre, che bisogna cogliere come questa formazione debba essere riferita alle modificazioni del disagio che genericamente definiamo come comportamento di sofferenza; molto spesso, peraltro, dentro questo disagio si nascondono proteste, e a volte anche proposte, che dobbiamo essere capaci di individuare, perché la vera strada che dobbiamo imboccare per affrontare problematiche come quelle delle tossicodipendenze e in generale del cosiddetto, indefinito disagio giovanile, è la via sociale. Questa ci consentirà, forse, di poter uniformare a comportamenti di grande civiltà il riconoscimento che quella di una scorciatoia per affrontare i problemi, mediata da

sostanze stupefacenti, è una scelta dalla quale la responsabilità collettiva non può essere scissa.

Vorrei sottolineare come, nell'ambito delle sostanze che determinano comportamenti che possono essere definiti in qualche modo antisociali, l'alcol è particolarmente importante, anche perché è una sostanza che, determinando una tossicodipendenza condivisa, problematizza i rapporti con le persone alcoldipendenti. Ritengo quindi che, da questo punto di vista, la qualificazione che dobbiamo cercare per poter affrontare i problemi passi attraverso una riflessione sul fatto che, quando ci si trova ad affrontare una situazione così delicata come un comportamento che riteniamo diverso, un passaggio attraverso le nostre coscienze per interrogarci su come potremmo agire noi in quelle condizioni ci aiuta ad individuare le scelte più sicure.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Carlesi. Ne ha facoltà.

NICOLA CARLESI. Signor Presidente, signor ministro, onorevoli colleghi, credo sia necessario, prima di ogni altra cosa, denunciare il grave ritardo con il quale il Governo si appresta oggi a sottoporre alla discussione e al voto dell'Assemblea il provvedimento n. 2756-*ter*, recante disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. È un ritardo inspiegabile, se si tiene conto che l'esame di questo disegno di legge è iniziato in Commissione affari sociali il 28 maggio 1997. Dopo un intenso e, come dirò poi, talora anche proficuo dibattito in Commissione e dopo numerose audizioni con i rappresentanti dei servizi pubblici, delle comunità, oltre che delle regioni e degli enti locali, il nuovo testo è stato licenziato dalla Commissione in data 19 marzo 1998. Da allora, dopo essere stato sottoposto ai pareri delle competenti Commissioni parlamentari, il provvedimento arriva in aula solo oggi, sotto la pressione – e vorrei dire anche la minaccia – di doverlo approvare in tempi brevi, al fine di non perdere i finanziamenti relativi al bilancio di previsione 1998.

Ma, al di là delle giuste aspettative di quelle comunità terapeutiche e di quei servizi che hanno la necessità di essere finanziati per continuare la loro preziosa opera di prevenzione, riabilitazione e cura dei tossicodipendenti, è anche vero che questo disegno di legge aveva l'ambizione di intervenire in maniera qualificata e determinata sul decreto del Presidente della Repubblica n. 309, ovvero sul testo unico sulle tossicodipendenze, e quindi necessitava di un ampio e coinvolgente dibattito non solo in Commissione, ma anche in Assemblea. Tutto ciò sembra essere vanificato dalla pressante necessità di approvarlo in tempi brevi, al fine di non penalizzare gli operatori dei servizi, ma ancora di più i beneficiari di interventi contro la tossicodipendenza.

Il gruppo di alleanza nazionale, responsabilmente, intende comunque approfondire e sollecitare il dibattito anche in Assemblea, convinti come siamo che questo disegno di legge determinerà, con i propri effetti, non poca parte del destino e del futuro di molti giovani italiani che, direttamente o indirettamente, hanno a che fare – in maniera, purtroppo, sempre più crescente – con il dramma della tossicodipendenza.

Allora, la prima cosa da dire è che questo provvedimento – così come rilevato anche dal Comitato per la legislazione, sollecitato dall'opposizione ad esprimere un parere nel marzo scorso – appare estremamente farraginoso e complicato nella parte in cui stabilisce le modalità, i criteri, i termini di presentazione delle domande per ottenere i finanziamenti dei progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze, nonché nella previsione degli strumenti utili alla verifica dell'efficacia e della qualità degli interventi. In definitiva, nel testo vi è una serie di competenze, di funzioni consultive, che rischiano di vanificare l'efficacia della norma e la tempestività del provvedimento (sono parole testuali del Comitato per la legislazione). Di questo, certamente non avevamo bisogno, visto come sono andate le cose fino ad oggi. Basterebbe come esempio ricor-

(...)

Commissione ebbi a dire che voler approvare in quel modo quell'articolo 3, che era troppo riduttivo e che non risolveva i problemi che oggi stiamo cercando di affrontare e non di risolvere nel modo più articolato, era come « far entrare l'asino per la coda » ...

ROCCO CACCAVARI. Sempre *u sceccu pa cura* !

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Certo, in siciliano. Ma in effetti, avevo ragione, perché se esaminassimo il testo del disegno di legge, constateremmo che esso è stato riscritto integralmente e che si è seguita un'altra strada: quella di modificare il decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, sul quale poi si è lavorato alacremente.

In questa sede devo riconoscere l'impegno profuso da tutti i componenti la Commissione ed in particolare dal relatore, onorevole Lumia; impegno che ci ha portato alla elaborazione di un testo che nella massima parte è condivisibile, anche se vi sono ancora alcuni punti da chiarire.

Quali sono i punti da chiarire ? Sono innanzitutto d'accordo sul fatto che si sia assegnato il 75 per cento delle competenze alle regioni e che il restante 25 per cento sia stato concentrato presso il dipartimento della solidarietà sociale, di intesa con gli altri Ministeri; mentre prima erano gli altri Ministeri che godevano di una certa libertà. Questo è stato un passaggio importante.

Abbiamo inoltre stabilito i criteri e le modalità dei progetti, prevedendo i controlli e le verifiche necessari (su questo argomento ci soffermeremo anche nel prosieguo dell'esame del disegno di legge, quando esamineremo gli emendamenti presentati al testo). In ogni caso, su tale argomento siamo complessivamente d'accordo, con l'eccezione di un passaggio: quando vogliamo disciplinare la realizzazione dei progetti integrati sul territorio per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Alla fine di questa parte dell'articolato si legge poi: « compresi quelli volti alla riduzione del danno ». A parte il fatto che dal punto di vista lessicale questa espressione risulta essere un po' « appiccicaticcia », mi pare che il concetto non sia chiaro anche perché le parole « riduzione del danno » sono un neologismo che è entrato nella terminologia della tossicodipendenza. In effetti, non si sa che cosa vogliano dire; e quindi, nell'equivoco, noi non vogliamo starci: vogliamo sapere cosa significano quelle parole ! Questo è un punto sul quale necessita un chiarimento e sul quale dovremo confrontarci.

Così come la intendiamo noi, la riduzione del danno rientra nella prevenzione secondaria; e quindi, in quanto tale, dovremmo parlare degli strumenti per la prevenzione secondaria. Si tratta di strumenti e quindi non è la prevenzione: ribadisco che parliamo degli strumenti per la prevenzione secondaria ! L'uso del cosiddetto metadone potrebbe anche essere accettato se venisse accolto un mio emendamento che fa riferimento non a sostanze antagoniste, sostitutive, ma a sostanze « agoniste », in termine medico (che è qualcosa di diverso dal sostitutivo, perché non sostituiamo nulla), che siano inserite nel prontuario terapeutico nazionale; l'eroina, per esempio, non è inserita in tale contesto. Se qualcuno poi decide che l'eroina farà parte del prontuario terapeutico, a questo punto sarà un prodotto « agonista » e allora verrà usato anche in questi casi. Dico questo per ricordare un emendamento del quale poi discuteremo.

Per quanto riguarda la disposizione sul personale, sottolineo che anche a tale riguardo abbiamo fatto un buon lavoro disciplinando l'intervento dei SERT. Ritengo che i SERT abbiano un ruolo determinante nell'intervento per la tossicodipendenza, così come le comunità di recupero.

L'ultima questione alla quale voglio accennare riguarda la sanatoria delle costruzioni edilizie, per la quale avevamo predisposto nel testo unificato il comma 5 dell'articolo 4, che poi è stato accantonato perché la Commissione ambiente ha espresso parere negativo. A tale riguardo vorrei fare un appunto al relatore, pur

(...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

409.

SEDUTA DI MARTEDÌ 22 SETTEMBRE 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **MARIO CLEMENTE MASTELLA**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... I-XIII

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-85

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; rinnovamento italiano: RI; unione democratica per la Repubblica: UDR; misto: misto; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-per l'UDR-patto Segni/liberali: misto-per l'UDR-P. Segni/lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

PAG.

Disegno di legge: Fondo nazionale lotta alla droga *(già articoli 2 e 3, comma 2, del disegno di legge n. 2756, stralciati con deliberazione dell'Assemblea il 6 marzo 1997) (2756-ter)* (Seguito discussione) 28

(Contingentamento tempi seguito esame A.C. 2756-ter) 28

Presidente 28

(Esame articoli — A.C. 2756-ter) 29

Presidente 29

(Esame articolo 1 — A.C. 2756-ter) 29

Presidente 29, 45, 59, 69

Buffo Gloria (DS-U) 59

Burani Procaccini Maria (FI) 31, 33, 70

Caccavari Rocco (DS-U) 42

Carlesi Nicola (AN) 35, 45, 46, 50, 57 66, 69, 71, 72, 74

Cè Alessandro (LNIP) 31, 34, 44, 47 48, 49, 56, 67, 69

Cento Pier Paolo (misto-verdi-U) 34

Conti Giulio (AN) 33, 40, 54, 60, 73

Delfino Teresio (UDR) 32, 41, 60

Filocamo Giovanni (FI) 42, 53, 63

Fioroni Giuseppe (PD-U) 38, 51

Gasparri Maurizio (AN) 52, 64

Giannotti Vasco (DS-U) 32

Guidi Antonio (FI) 58

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 33, 37 46, 47, 68, 71

Lumia Giuseppe (DS-U), *Relatore* 29, 30, 31 33, 43, 46, 47, 48, 55, 70, 71, 72

Massidda Piergiorgio (FI) 32, 37, 51, 64, 69, 74

Pace Carlo (AN) 74

Saia Antonio (RC-PRO) 39, 54

(...)

un buon ed efficace utilizzo può dare un reale contributo ai giovani impegnati in questa terribile lotta.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, in dissenso dal proprio gruppo, l'onorevole Filocamo. Ne ha facoltà.

GIOVANNI FILOCAMO. Signor Presidente, brevemente, credo che tutti conveniamo sul fatto che i tossicodipendenti sono degli ammalati, oppure dei devianti, dei disadattati rispetto alla società. Perché si diventa tossicodipendenti? Si diventa tossicodipendenti innanzitutto perché si ha già una predisposizione, una labilità mentale e poi per effetto dell'ambiente. C'è dietro un disadattamento familiare oppure un disadattamento sociale, una mancanza di lavoro e il fatto che non si venga curati o che non venga data nessuna possibilità di lavoro porta a prendere la droga, che fa vedere le cose solari, che fa vedere che tutto va bene e si continua così.

La società, noi Parlamento dobbiamo decidere se mantenere il drogato « buono » ma ammalato (e allora dobbiamo continuare a dargli la morfina, cioè il farmaco che ha portato alla dipendenza) o se invece far tornare quel paziente alla normalità e allora dobbiamo cercare di eliminare la causa che lo ha portato all'anormalità e quindi dobbiamo cercare di educarlo alla società, dobbiamo cercare di dargli un lavoro, dobbiamo cercare di reinserirlo nella società. Dare il metadone o la morfina è la stessa cosa che dire: « Noi vogliamo che quell'individuo continui ad ammalarsi, continui a prendere la causa della sua malattia o della sua devianza ».

Quindi, noi parlamentari, noi rappresentanti del popolo, noi che dobbiamo essere i difensori dei giovani, che dobbiamo cercare di educare i giovani alla società, a farli vivere in una società civile, che sappia utilizzarli, non dobbiamo lasciare questi giovani inutilizzati, nell'ozio, non dobbiamo lasciarli nell'inferno della droga, non dobbiamo continuare ad aggiungere tossico a tossico. È questo che facciamo se continuiamo a dare metadone o morfina. Questi soggetti non daranno più fastidio alla società, ma saranno distrutti nel fisico e nel morale.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Credo che sia sicuramente legittimo, in un dibattito come questo, tentare da parte di ognuno di noi di ricostruire il proprio sapere, le proprie conoscenze, la propria esperienza, per cercare una risposta definitiva. Io invece voglio cominciare dicendo che una risposta definitiva non la cerco. Non la cerco perché, all'interno di una problematica così intricata, qual è quella della tossicodipendenza, i passaggi obbligati che gli operatori e anche chi si occupa di legiferare devono compiere sono quelli attraverso i quali si comincia a ragionare su cose che non si capiscono. Non si capisce, per esempio, perché un soggetto possa arrivare, attraverso l'uso di una sostanza, ad una dipendenza così strutturata, così intrigante e così vincolante da avere bisogno di organizzare tutta la propria vita per quella tossicodipendenza. E d'altra parte non si capisce come sembrerebbe difficile convincere operatori e legislatori a continuare con il loro accanimento terapeutico a cercare soluzioni.

Partendo da qui, credo che ogni proposta che sia stata fatta nel passato o che oggi andiamo a ripetere debba avere per lo meno la possibilità di essere sperimentata. All'interno di questa definizione, « riduzione del danno », penso che la cosa che vada salvaguardata di più sia il cumulo di esperienze che dall'inizio di questo fenomeno nella nostra società ha consentito di arrivare ad oggi. Infatti la riduzione del danno non presuppone concetti stravolgenti o grandi novità, ma rappresenta il risultato di un'esperienza: quando la persona tossicodipendente si isola dalla società, bisogna cercare di andare a raccoglierla laddove si è rifugiata

o si è nascosta (da qui gli operatori di strada); significa riuscire ad attivare le capacità di relazione della società verso queste persone, anche con l'uso degli strumenti tradizionali (ma modernizzati) come le terapie, la psicologia e tutti quei sistemi che cercano di creare una rete di attrazione intorno alla persona. Si tratta in sostanza di porre le condizioni affinché la persona cercata tenti di uscire da quella situazione e noi tentiamo di seguirla.

Proporre progetti senza pensare che essi hanno bisogno di uno spazio di riflessione, sia all'atto della presentazione sia in fase applicativa, può far cadere in qualche errore.

A me è capitato di commettere altri sbagli, ma devo dire che oggi qui ho sentito parlare delle cosiddette sostanze agoniste (cioè sostitutive) come se fossero diavolerie entrate nell'uso dei servizi e dei centri per il solo fatto che non c'era altro. No: i trattamenti sostitutivi hanno la funzione fondamentale di rappresentare l'alternativa controllata, sterile e quindi non inquinante alle droghe da strada, che rappresentano per i giovani il rischio più grave, a cui può anche essere legato il destino della loro vita.

In proposito, non è possibile pensare al metadone come ad una sostanza con un'eccellenza d'uso, sacrificando altre sostanze. Anche queste, nonostante si trovino nel prontuario terapeutico, nel momento in cui sono impiegate per trattare una tossicodipendenza, diventano improprie. Nella farmacopea ogni sostanza ha una prescrizione ben precisa: quando da essa si devia, le conseguenze sono imprevedibili. Nel caso della somatostatina, abbiamo addirittura assistito – per così dire – ad una sommossa popolare; si tratta appunto di una sostanza che viene prescritta per certe finalità e che è stata utilizzata per altri scopi.

La riduzione del danno deve essere quindi considerata come un insieme di eventi e di fatti che partono da quando la tossicodipendenza si è stabilizzata. Se la tossicodipendenza c'è, ogni nostro ragionamento deve partire dal fatto che essa deve entrare sotto controllo. Poiché un elemento che determina la dipendenza è la sostanza, quest'ultima deve entrare sotto controllo. L'uso del metadone, per esempio, consiste nell'utilizzo di una sostanza cinque volte più forte della morfina e dell'eroina: ma attraverso di essa noi tentiamo di colmare il bisogno. Ridurre l'impiego ad un'occasione da consumare rapidamente significa non conoscere il mondo di cui stiamo parlando. Sono cose che avvengono tutti i giorni e molte volte al giorno, in tanti posti d'Italia. Riuscire a passare da un trattamento da strada con l'eroina ad un trattamento metadonico richiede uno sforzo enorme: non vi è quindi alcuna sottovalutazione dell'uso della sostanza.

Vi è invece una grande preoccupazione per fare in modo che l'aggancio rappresentato dalla sostanza o dagli altri approcci che la riduzione del danno può proporre consenta di attivare la ricerca di progetti per cui lentamente le sostanze si allontanino e la persona possa rientrare in un circuito cosiddetto normale.

Qualunque sostanza sia impiegata al di fuori della prescrizione può diventare una droga: basta cambiare la via di somministrazione o aumentare le dosi prescritte e/o il numero delle somministrazioni. Ogni sostanza, però, può diventare uno strumento per vincere le dipendenze se ad essa è associato tutto il processo per il recupero della persone nel suo insieme.

PRESIDENTE. Il collega relatore aveva proposto il ritiro dell'emendamento. Insiste nella sua richiesta, onorevole Lumia?

GIUSEPPE LUMIA, *Relatore*. Presidente, avevo formulato un invito al ritiro piuttosto che esprimere immediatamente e direttamente un parere contrario, proprio per le argomentazioni che sono state in parte sviluppate dall'onorevole Fioroni. Ricordo che qui si parla di progetti e che i progetti possono essere presentati da più realtà, alcune delle quali non sono di tipo sanitario.

Quando si fa riferimento a farmaci o a sostanze che vogliono essere definite far-

(...)

l'altro, sulla base dei suggerimenti degli operatori, ma stiamo parlando di un fondo che ha una storia, se pur tormentata. Ebbene un dato che ho consegnato alla Commissione affari sociali indica come queste risorse siano state utilizzate al 70 per cento per progetti finalizzati alla prevenzione. Stiamo facendo un lavoro di monitoraggio per capire l'efficacia di questi interventi. Ma c'è un punto particolarmente sensibile – l'ho detto in Commissione e lo ribadisco – sul quale deve essere valutata l'efficacia degli interventi, cioè quello dei trattamenti metadonici. L'ho già detto in Commissione affari sociali, ripeto, non a titolo personale ma a nome del Governo, in particolare del ministro della sanità. E non è un caso che lo stesso ministro della sanità abbia attivato una ricerca, un monitoraggio, proprio su questi trattamenti, che credo sarà in grado nel tempo necessario di dare dei risultati. Avevo assunto un impegno in Commissione affari sociali, e, onorevole Gasparri, io non dimentico gli impegni che assumo: avevo proposto – e così farò – che una parte (il 25 per cento) delle risorse del fondo droga, gestito direttamente dalle amministrazioni dello Stato, sia utilizzata per progetti che valutino l'efficacia degli interventi.

Non voglio ritornare sulla questione della somministrazione controllata dell'eroina e se e in che termini questo provvedimento possa comprendere l'uso di tale sostanza, perché francamente su questo non io ma il Governo ha detto parole inequivoche.

GIULIO CONTI. Sulla morfina, ministro!

LIVIA TURCO, *Ministro per la solidarietà sociale*. Ha detto parole inequivoche!

Né mi sembra il caso di ripetere gli argomenti che in modo estremamente efficace sono stati qui addotti dagli onorevoli Fioroni, Lumia ed altri circa il fatto che l'attuale nostra legislazione non preveda l'uso dell'eroina *(Applausi dei deputati dei gruppi dei democratici di sinistra-l'Ulivo, dei popolari e democratici-l'Ulivo e di rifondazione comunista-progressisti)*.

GIOVANNI FILOCAMO. Chiedo di parlare *(Commenti)*.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà, onorevole Filocamo; immagino che lei parli in dissenso, anche se so bene che, avendo parlato il Governo, si riapre l'oggetto della discussione.

GIOVANNI FILOCAMO. La ringrazio, Presidente. Ho notato che la sinistra non condivide questo mio intervento anche se non sa ancora quello che dirò.

Il Presidente ha fatto bene a darmi la parola dopo che ha parlato il ministro, che io stimo per il suo impegno, pur non condividendo nulla di quanto ha detto. Mi pare infatti che tutti siano d'accordo sul fatto che un farmaco non possa sostituirne un altro; il danno provocato da un farmaco non può essere eliminato, né può essere ridotto da un altro farmaco, peraltro uguale. Tutti avete detto che con questo provvedimento si può utilizzare non soltanto il metadone, che è uguale alla morfina, ma anche la morfina stessa.

ROCCO CACCAVARI. Non è vero!

GIOVANNI FILOCAMO. Dovete dirmi come si possa ridurre il danno ad un morfinomane continuando a somministrargli la morfina! Semmai, bisognerebbe verificare se esista un antidoto, vale a dire un farmaco che si stabilisce nel recettore della morfina impedendo che la morfina stessa esplichi i suoi effetti. Infatti, in caso contrario, si avrà ugualmente un danno.

L'alternativa è la seguente: o vogliamo scrollarci di dosso la responsabilità della cura e della prevenzione di questi soggetti, e allora li facciamo stare calmi facendogli assumere la morfina (così non vanno a rubare e ad arrecare danni agli altri, ma il danno a loro stessi continuano ad arrecarlo) oppure dobbiamo trovare una terapia tale da ridurre il danno psichico, sociale e morale, oltre che materiale, di questi poveracci. Caso mai, il metadone potrebbe essere usato soltanto nella fase acuta, ma subito dopo, se vogliamo veramente recuperare il tossicodipendente alla

(...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

410.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 23 SETTEMBRE 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

E DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XVI

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-84

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rifondazione comunista-progressisti: RC-PRO; rinnovamento italiano: RI; unione democratica per la Repubblica: UDR; misto: misto; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-per l'UDR-patto Segni/liberali: misto-per l'UDR-P. Segni/lib.; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto rete-l'Ulivo: misto-rete-U.

(...)

PAG.

Disegno di legge: Fondo nazionale lotta alla droga *(già articoli 2 e 3, comma 2, del disegno di legge n. 2756, stralciati con deliberazione dell'Assemblea il 6 marzo 1997)* **(2756-*ter*)** (Seguito della discussione e approvazione con modificazioni) 52

(Ripresa esame articolo 1 – A.C. 2756-ter) . 52
Presidente 52
Burani Procaccini Maria (FI) 53
Carlesi Nicola (AN) 55, 56
Cè Alessandro (LNIP) 54
Guerra Mauro (DS-U) 55
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 55
Lumia Giuseppe (DS-U), *Relatore* 53, 54
Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 53, 55

(Esame articolo 2 – A.C. 2756-ter) 57
Presidente 57
Cè Alessandro (LNIP) 57, 58, 59
Lumia Giuseppe (DS-U), *Relatore* 57
Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 57

(Esame articolo 3 – A.C. 2756-ter) 59
Presidente 59, 60
Benedetti Valentini Domenico (AN) 69, 70
Bolognesi Marida (DS-U), *Presidente della XII Commissione* 69
Caccavari Rocco (DS-U) 62, 70
Carlesi Nicola (AN) 63
Cè Alessandro (LNIP) 66
Cento Pier Paolo (misto-verdi-U) 62
Conti Giulio (AN) 60
Delfino Teresio (UDR) 64
Fioroni Giuseppe (PD-U) 63, 66
Foti Tommaso (AN) 69
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 67, 68
Lumia Giuseppe (DS-U), *Relatore* 59, 66, 68
Massidda Piergiorgio (FI) 61, 69
Saia Antonio (RC-PRO) 60, 64
Taradash Marco (FI) 60, 65
Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 59, 66, 68, 69
Turroni Sauro (misto-verdi-U) 66

(Esame articolo 4 – A.C. 2756-ter) 70
Presidente 70
Carlesi Nicola (AN) 72, 73

PAG.

Cè Alessandro (LNIP) 72
Cento Pier Paolo (misto-verdi-U) 71
Fioroni Giuseppe (PD-U) 72
Lumia Giuseppe (DS-U), *Relatore* 70
Massidda Piergiorgio (FI) 72
Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 70
Turroni Sauro (misto-verdi-U) 72

(Esame ordini del giorno – A.C. 2756-ter) . 73
Presidente 73, 74
Bolognesi Marida (DS-U), *Presidente della XII Commissione* 74
Lumia Giuseppe (DS-U), *Relatore* 73, 74
Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 73, 74

(Dichiarazioni di voto finale – A.C. 2756-ter) . 74
Presidente 74, 77
Caccavari Rocco (DS-U) 77
Carlesi Nicola (AN) 75
Cè Alessandro (LNIP) 74
Cento Pier Paolo (misto-verdi-U) 75
Delfino Teresio (UDR) 75
Fioroni Giuseppe (PD-U) 76
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 76
Massidda Piergiorgio (FI) 74
Valpiana Tiziana (RC-PRO) 76

(Coordinamento – A.C. 2756-ter) 77
Presidente 77

(Votazione finale e approvazione – A.C. 2756-ter) 77
Presidente 77

fronti: la maggioranza con la forza dei numeri ha sempre espresso un voto contrario sui nostri emendamenti, senza riflettere.

Rimane il fatto che l'emendamento approvato dall'Assemblea che ha permesso di mettere per iscritto ciò che a voce dichiaravate – in maniera falsa, intuiamo ora dalla vostra reazione –, di fatto ha sancito ciò per cui abbiamo combattuto per mesi interi. Credo che anche il relatore ne debba tener conto e rivedere certe posizioni. Noi, naturalmente, cercheremo di accelerare l'iter del provvedimento, esclusivamente perché sappiamo che, se esso non andasse in porto, si perderebbero somme estremamente importanti per le comunità terapeutiche, alle quali siamo vicini, mentre qualcuno vorrebbe farci apparire a loro ostili. La nostra battaglia sta a testimoniare questo, mentre voi della maggioranza avete parlato ma, di fatto, avete mostrato una contraddizione.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cento. Ne ha facoltà.

PIER PAOLO CENTO. Credo che, come già altri colleghi della maggioranza, non ultimo l'onorevole Saia, hanno fatto rilevare, l'emendamento approvato non possa essere sbandierato dall'opposizione come un grande risultato politico.

Innanzitutto perché ritengo che esso – e penso che al riguardo sia necessario un impegno del Governo – debba essere modificato in maniera radicale al Senato. In secondo luogo perché rappresenta un colpo grave per quelle comunità di intervento e di recupero delle tossicodipendenze che hanno lavorato insieme alla struttura pubblica, realizzando in questi anni un intervento positivo.

Il fatto che la maggioranza abbia votato in maniera compatta quell'emendamento credo non possa mettere in dubbio l'impegno assunto sia in Commissione sia in sede di esame in aula da parte nostra. Si tratta comunque di un autogol fatto da chi, da una parte, rivendica libertà terapeutica ed un maggiore spazio per il sociale ed il privato rispetto al pubblico mentre, dall'altra, con quell'emendamento limita alle USL l'uso del metadone.

Noi verdi siamo convinti che l'approvazione di questo emendamento cambi radicalmente la filosofia ed il contenuto di una legge pur importante perché dispone sostegni economici a favore delle comunità terapeutiche. È evidente che il testo complessivo della legge non potrà trovarci d'accordo, se non vi sarà un impegno forte e chiaro da parte del Governo e dell'intera maggioranza a modificare al Senato l'articolo 1, che così come risulta modificato dall'emendamento approvato, rappresenta un danno per le comunità terapeutiche.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

Onorevole Caccavari, la pregherei di cogliere l'occasione per dichiarare se acceda o meno all'invito che le è stato rivolto a ritirare il suo emendamento 3.1.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, poiché la Commissione ne ha recepito il contenuto, lo ritiro senz'altro.

Vorrei con pacatezza far rilevare ai colleghi che su questa materia diciamo tutti ripetutamente che non bisogna avere certezza, ma mi pare che qualcuna oggi sia stata espressa. Infatti, dalla lettura dell'emendamento si evince che rispetto alla legislazione vigente nulla cambia, perché esso conferma tutto ciò che fino ad oggi è stato attuato, cioè l'uso, come sostitutivo o agonista, solo del metadone, senza impiego di altri farmaci non iscritti nella farmacopea ufficiale. Non mi pare quindi che rispetto alla legislazione vigente l'emendamento abbia modificato molte cose.

Voglio invece ricordare che se questo emendamento venisse applicato si aprirebbe un contenzioso sul quale da lungo tempo nei servizi pubblici si dibatte: con questo emendamento l'utente potrebbe pretendere la consegna e non, come la legge fino ad oggi stabilisce, essere messo

nella condizione di assumere la dose nel luogo in cui viene consegnata. Questa è una partita che so essere sempre molto criticata, perché è molto difficile resistere alla richiesta del tossicodipendente, quindi in alcuni servizi viene anche consegnato. Ma questa pratica, fino ad oggi materia di contrattualità e alcune volte anche di qualche piccolo risultato da parte degli operatori, liberalizza il metadone, autorizza la consegna e quindi tutto quel mercato nero, tutto quel mercato indotto che se fino ad oggi non era stato possibile controllare per insufficienza operativa d'ora in poi non si potrà controllare perché lo stabilisce la legge *(Applausi dei deputati dei gruppi dei democratici di sinistra-l'Ulivo e dei popolari e democratici-l'Ulivo).*

LUIGI OLIVIERI. Facciamo il commercio del metadone, adesso!

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Fioroni. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE FIORONI. Credo che l'emendamento che è stato appena approvato (dispiacciono gli interventi dell'onorevole Cento da un lato e dell'onorevole Massidda dall'altro) nulla toglie alla sostanza del provvedimento nella parte inerente l'inserimento dell'eroina nella farmacopea; potrà togliere qualche dubbio a coloro i quali volevano prevenire le scelte che potevano essere fatte tra venti o trenta anni chissà da chi o come. Dispiace l'aver lasciato qualche notte insonne all'onorevole Taradash. Vi inviterei invece a riflettere sulla sottolineatura dell'onorevole Caccavari, secondo cui non è possibile utilizzare eroina; adesso smetterete di strumentalizzare il fatto che c'era qualcuno che la voleva utilizzare con questo provvedimento. Cominciate a porvi seriamente il problema che in questo modo avete aperto l'utilizzo del metadone a qualcosa di serio e di preoccupante.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 3.10 della Commissione, nel testo riformulato, accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Presenti 375
Votanti 373
Astenuti 2
Maggioranza 187
Hanno votato sì 372
Hanno votato no .. 1).

Passiamo alla votazione dell'articolo 3.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Carlesi. Ne ha facoltà.

NICOLA CARLESI. Dichiaro il voto favorevole del gruppo di alleanza nazionale sull'articolo 3. Contestualmente rispondo a quanto è stato detto in particolare dall'onorevole Saia. Capisco che possa dispiacere l'approvazione di un emendamento sul quale ieri si è svolta una discussione abbastanza concitata e che è stato approvato – ce ne rendiamo perfettamente conto – in relazione forse alla fretta con la quale è stato innescato il meccanismo delle votazioni, visto che fino a ieri (e non solo in aula, ma anche in Commissione) questa maggioranza aveva fatto un «muro contro muro» rispetto alle nostre argomentazioni; ma non capisco assolutamente che poi non si debba rispettare il valore di una votazione in un'aula che – si è detto anche poco fa – è libera e democratica.

La valenza dell'emendamento 1.41, che è stato approvato, non è solo ed unicamente (non mi ripeterò, l'ho già detto ieri abbondantemente) il riferimento al metadone. Noi abbiamo sempre premesso che non riteniamo che le varie sostanze, tanto meno il metadone, possano risolvere il problema della tossicodipendenza, ma abbiamo anche sostenuto chiaramente, e lo abbiamo scritto nei nostri emendamenti –

(...)

PRESIDENTE. Il suo tempo è finito, onorevole Saia.

ANTONIO SAIA. Questo è il problema fondamentale sul quale dovremo riflettere nei prossimi giorni, se davvero vorremo attuare una efficace strategia di lotta alle tossicodipendenze.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Taradash. Ne ha facoltà.

MARCO TARADASH. Intanto desidero ringraziare il collega Fioroni che si preoccupa delle mie notti: le assicuro che se sono insonne è per motivi piacevoli e non per altro... !

Detto questo, cari colleghi della maggioranza, non sottovalutate quello che è successo: non è vero che non cambia nulla. Vorrei pregare il relatore di rendersene conto; con quell'emendamento si limita esclusivamente al metadone la possibilità di intervento terapeutico e soprattutto lo si limita esclusivamente alle unità sanitarie locali, cioè ai centri pubblici.

Questo significa che decine e centinaia di comunità terapeutiche che oggi operano in questo paese verranno private di una loro libertà d'azione scientifica e terapeutica. Le cose allora non restano tali e quali; in realtà si sabota il lavoro di persone che da tempo si sono impegnate nel campo della lotta alla tossicodipendenza. Se hanno scelto il metadone non è stato certo per ragioni ideologiche ma perché hanno ritenuto che fosse uno strumento utile e magari, piuttosto che il metadone, avrebbero voluto avere la possibilità di sperimentare altro (magari non l'eroina perché si dice che la legge non lo consente) che oggi la legge impedisce di utilizzare.

Le cose allora sono cambiate, e gravemente. Il metadone potrà essere utilizzato soltanto « a scalare », in vista di altri interventi riabilitativi...

ROCCO CACCAVARI. Il tempo utile può essere anche 20 anni !

MARCO TARADASH. C'è scritto nell'emendamento, collega; soltanto le USL potranno far ricorso a questo strumento e le comunità si troveranno disarmate; potranno dire al tossicodipendente la frase rituale (« devi disintossicarti »), e se egli risponderà di no, le comunità diranno: « Allora torna sulla strada, al rischio di AIDS, di *overdose*; torna a fare il delinquente ». Questo è quanto significa quell'emendamento.

Poi – figuriamoci – non posso non rispettare un voto del Parlamento. Però se un Parlamento decide di fare quello che non rientra nel suo compito, cioè decide di sostituirsi ai medici, alle comunità di intervento, pretende non di gestire la politica sulla droga ma la medicina contro la droga, ritengo che esso sbagli gravemente e soprattutto, una volta che ha sbagliato, pretendo che se ne renda conto.

Se la maggioranza, che non credo l'abbia votato per distrazione, quella composta in questo caso dal centro-destra più una parte del centro-sinistra...

MAURO GUERRA. No, no, Taradash ! Guarda bene !

MARCO TARADASH. Benissimo: più una parte del centro-sinistra per difetto perché non era presente. Se la maggioranza, dicevo, non ha votato per distrazione (perché sicuramente la maggioranza che si è costituita in quel momento non ha votato per distrazione) e ha voluto questo, il relatore ne deve prendere atto: ha votato una cosa contrapposta a quello che era lo spirito del progetto di legge.

VASSILI CAMPATELLI. Dillo ai tuoi colleghi di gruppo !

MARCO TARADASH. Allora, che si faccia finta di poter andare avanti come se nulla fosse cambiato secondo me è un errore che, questo sì, non mi sento di rispettare.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

(...)

affermato l'onorevole Fioroni sia ben altra cosa. Allora, presentate un emendamento che noi accetteremo e voteremo unanimemente, perché all'ordine del giorno non ci crede più nessuno.

ROCCO CACCAVARI. Chiedo di parlare per una precisazione.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Presidente, mi rendo conto che siamo passati ad altra proposta emendativa. Vorrei però risultasse a verbale la mia risposta al collega Cè, il quale ha fatto affermazioni, contrastanti con le mie, documentate da una normativa abbastanza superata dalla consuetudine e dalla legislazione regionale.

PRESIDENTE. Colleghi, vi prego di prendere posto.

Passiamo ai voti.

DOMENICO BENEDETTI VALENTINI. Presidente, ritiro gli articoli aggiuntivi Lucchese 3.01 e 3.02, che avevo fatti miei, sul presupposto, peraltro, che ciò non comporti la preclusione dei successivi emendamenti Carlesi 4.13 e 4.12.

PRESIDENTE. Onorevole Benedetti Valentini, se un emendamento non viene votato certamente non comporta alcuna preclusione.

(Esame dell'articolo 4 – A.C. 2756-ter)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 4, nel testo della Commissione, e del complesso degli emendamenti ad esso presentati *(vedi l'allegato A – A.C. 2756-ter sezione 4)*.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore ad esprimere il parere della Commissione.

GIUSEPPE LUMIA, *Relatore*. La Commissione esprime parere contrario sugli emendamenti Cè 4.3 e 4.4, mentre il parere è favorevole sull'emendamento Cè 4.5.

Il parere è ancora contrario sugli emendamenti Cè 4.6, 4.8 e 4.7. La Commissione invita a ritirare l'emendamento Cento 4.9 ed esprime parere favorevole sul proprio emendamento 4.15.

La Commissione esprime altresì parere contrario sugli emendamenti Carlesi 4.11 e Cè 4.2 e 4.1, mentre invita i presentatori a ritirare gli emendamenti Carlesi 4.13, 4.12 e 4.10.

PRESIDENTE. Il Governo?

LIVIA TURCO, *Ministro per la solidarietà sociale*. Il parere del Governo è conforme a quello espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 4.3, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

(Presenti 385
Votanti 384
Astenuti 1
Maggioranza 193
Hanno votato sì 157
Hanno votato no . 227).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 4.4, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

(Presenti e votanti 390
Maggioranza 196
Hanno votato sì 162
Hanno votato no . 228).

(...)

SERT e all'utilizzo dei fondi da parte delle regioni. Risolto il nodo gordiano dell'emendamento che abbiamo approvato e che fa chiarezza su una certa ambiguità, siamo complessivamente favorevoli al provvedimento, sul quale esprimeremo pertanto un voto favorevole.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Desidero solo annunciare che i deputati del gruppo dei democratici di sinistra esprimeranno un voto favorevole su questo provvedimento. Certo, sia in Commissione sia in aula ci siamo dovuti confrontare con posizioni diverse, ma credo che l'univocità delle intenzioni abbia trovato un riscontro in questo risultato.

In base alla mia esperienza dico che forse dovremo tornare sull'argomento, ma sono anche convinto che il confronto che di giorno in giorno si svilupperà sulle tematiche aumenterà i punti di convergenza. D'altra parte abbiamo inteso rispondere ai servizi pubblici, sanare il precariato degli stessi e dare risposte alle comunità terapeutiche: credo che questo alla fine debba trovare tutti concordi *(Applausi dei deputati del gruppo dei democratici di sinistra-l'Ulivo)*.

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

Onorevoli colleghi, prima di passare alla votazione finale, vorrei richiamare per un istante la vostra attenzione. Il successivo punto all'ordine del giorno reca il seguito della discussione di una proposta di legge che si compone di un solo articolo e che richiede una sola votazione. Peraltro non mi risulta che vi siano richieste di intervento. Si tratta del provvedimento di proroga dei termini per i processi di strage.

Vi pregherei pertanto di avere la pazienza di concludere l'esame di quella proposta di legge.

(Coordinamento – A.C. 2756-ter)

PRESIDENTE. Prima di passare alla votazione finale, chiedo che la Presidenza sia autorizzata a procedere al coordinamento formale del testo approvato. Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

(Votazione finale e approvazione – A.C. 2756-ter)

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione finale.

Indìco la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sulla proposta di legge n. 2756-*ter*, di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni)*.

(« Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga » (già articoli 2 e 3, comma 2, del disegno di legge n. 2756, stralciati con deliberazione dell'Assemblea il 6 marzo 1997) (2756-ter):

Presenti *424*
Votanti *383*
Astenuti *41*
Maggioranza *192*
Hanno votato sì .. 383).

Seguito della discussione della proposta di legge: S. 3081 – Senatori Pellegrino e Pardini: Durata massima delle indagini preliminari riguardanti i delitti di strage commessi anteriormente all'entrata in vigore del codice di procedura penale (approvata dal Senato) (5033) *(ore 19,42)*.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione della proposta di legge, già approvata dal Senato, di

(...)

Atti Parlamentari — I — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 26 MAGGIO 2000

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

727.

SEDUTA DI VENERDÌ 26 MAGGIO 2000

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **CARLO GIOVANARDI**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... III-IV

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-23

PAG.

Proposte di legge: Riordino settore termale (A.C. 424-739-818-976-1501-1975-2225-2487-2877) (Discussione del testo unificato) 3

(Contingentamento tempi discussione generale – A.C. 424) 3

Presidente 3

(Discussione sulle linee generali – A.C. 424) ... 4

Presidente 4

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore per la XII Commissione* 7

Debiasio Calimani Luisa (DS-U) 12

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 10

Gramazio Domenico (AN) 10

Guidi Antonio (FI) 19

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

(...)

dalle indicazioni e dalle proposte formulate dai colleghi componenti delle due Commissioni. Il testo predisposto contiene quindi: il riconoscimento della rilevanza sociale ed economica del patrimonio idrotermale nel nostro paese e della validità terapeutica delle cure termali; un sistema di definizioni dei diversi elementi del sistema termale e di procedure per l'assunzione a carico del sistema sanitario nazionale dei cicli di cure termali, nonché per la rivalutazione dei rapporti di lavoro del personale medico operante presso le aziende termali; indirizzi, strumenti e procedure perché le autonomie regionali provvedano alla qualificazione ed alla salvaguardia dei territori termali e alla destinazione ad essi ed alle aziende ivi operanti di idonei sostegni finanziari; l'inserimento del termalismo nazionale nei piani e nei programmi di promozione all'estero della complessiva offerta turistica italiana, affidato all'ENIT con il supporto tecnico organizzativo dei consorzi termali; l'introduzione di un marchio di qualità ambientale termale, da promuovere sul mercato turistico europeo ed extraeuropeo, per quelle località termali che adottino efficaci misure di rispetto e tutela dell'ambiente.

Sotto quest'ultimo aspetto mi sembra che debba anche essere colta un'occasione, non ancora del tutto definita nel testo, per ricreare e valorizzare quel legame stretto che, come ho prima accennato, sembra essersi allentato negli ultimi decenni tra il territorio e le sue risorse termali, in una visione integrale e dinamica del rapporto che intercorre tra il territorio, la cultura e le terme, che determinano e qualificano l'identità del territorio stesso nel suo insieme.

In tale direzione presenterò pochissimi emendamenti, finalizzati a meglio valorizzare questo aspetto, in ordine al quale potrebbe anche essere letta positivamente la norma inserita nel testo di riforma della legislazione sul turismo, cui ho fatto riferimento, relativa all'istituzione dei sistemi turistici locali, ai quali, evidentemente, anche i territori termali potrebbero far riferimento, configurandosi come sistemi integrati nei quali riconoscere il ruolo strategico anche dell'impresa e della prestazione termale.

La logica di questi sistemi, basati sull'aggregazione e l'integrazione delle possibilità di sviluppo dei territori, intorno al prodotto termale e, quindi, al prodotto turistico complessivo ben può sposarsi proprio con queste aree termali, che possono essere viste come un sistema, lo ripeto, integrato di offerta, in grado anche di soddisfare le esigenze di recupero fisico, di cura e di benessere.

In questa direzione sono apprezzabili le iniziative, sorte in questi ultimi anni, che hanno visto protagoniste le aziende termali e i responsabili locali delle istituzioni, i quali hanno messo in campo (lo abbiamo potuto verificare durante le audizioni) una serie di progetti finalizzati a combinare ambiente, terme e turismo. L'esigenza di migliorare la parte relativa al marchio di qualità termale risponde proprio all'obiettivo di ottenere un marchio che sia riferito non esclusivamente alle concessioni minerarie per le attività termali, ma all'insieme dell'offerta, termale e turistica, del territorio, in un contesto di rete riconoscibile.

Invito quindi l'Assemblea ad un ulteriore approfondimento degli aspetti sui quali nel Comitato ristretto valuteremo gli emendamenti e, soprattutto, raccomando ai colleghi una sollecita approvazione del testo, perché da anni in questo paese il comparto aspetta una riforma ed è giunto il momento di approvarla.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il relatore per la XII Commissione, onorevole Caccavari.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione.* Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor sottosegretario, il testo predisposto dalle Commissioni X e XII sul riordino del settore termale arriva all'esame dell'Assemblea per avviare la discussione sulla definizione organica di questo settore, per quanto riguarda gli aspetti sia sanitari sia turistici e culturali.

Rivolgo innanzitutto un sentito ringraziamento all'onorevole Servodio e a tutti i

colleghi della maggioranza e dell'opposizione, alle forze sociali, alle associazioni di categoria (in particolare alla Federterme) per il contributo fornito ed anche per il loro sostegno nel portare avanti un lavoro che in un certo senso ha avuto una fase di freno, in quanto doveva essere risolta la questione delle terme ex EAGAT. Regolato l'aspetto proprietario e di gestione di quel settore, dobbiamo ora cercare di superare le difficoltà di questi anni ed è auspicabile che si possa produrre una legge che è molto attesa dagli addetti ai lavori e che potrà dare indirizzi di qualità per favorire lo sviluppo del settore stesso.

Le acque termali sono state sempre utilizzate sul territorio per le proprietà terapeutiche, scoperte e valorizzate dall'empirismo che è alla base della conoscenza umana. Nei tempi più remoti i luoghi segnati da fenomeni termali hanno affascinato, attirando frequentatori anche per usanze magiche e divinatorie, divenendo poi sedi raggiunte da visitatori che coglievano gli effetti positivi del bagno nell'acqua calda e dall'ingestione di altre acque.

I popoli dell'antichità greca e romana sfruttavano abbondantemente le terme, sia per igiene, sia per le proprietà sedative, antiflogistiche e depurative. La frequentazione era così assidua e diffusa che furono realizzate strutture e sistemi di distribuzione delle acque che sono ancora attuali. Le terme diventarono così luoghi di socializzazione e da allora cominciò a definirsi una cultura che ha fatto sì che l'uso delle acque arrivasse fino all'età contemporanea. Il nostro paese è caratterizzato da una diffusione capillare delle terme, tanto che può essere definito territorio termale. Il termalismo è, quindi, una ricchezza originaria che si colloca in modo importante tra le fortune che la natura ci ha dato; le risorse termali si pongono in forte relazione con le risorse dei luoghi nei quali si sviluppano, diventando in molte realtà un determinante, se non esclusivo, motore dell'economia locale.

Il fatturato complessivo per il 1999, riferito alle sole prestazioni sanitarie, è stato di 450 miliardi, dei quali circa 180 miliardi a carico del sistema sanitario nazionale, a fronte di circa 27 milioni di giornate di presenza. L'indotto è stimabile intorno ai 5 mila miliardi. Gli occupati del settore termale sono circa 15 mila; 45 mila unità sono impegnate nei servizi coinvolti.

Credo vada anche sottolineata la particolare condizione di molte di tali aziende termali, dove esiste una tradizione familiare ed un inserimento così profondo nella realtà di quei luoghi che la gestione si tramanda, come dire, di generazione in generazione; questo rappresenta un elemento culturale che ritengo vada salvaguardato.

Tornando agli aspetti strettamente sanitari, le cure termali sono idonee ad esplicare un'incisiva azione per la salute globale in ciascuna delle fasi della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Tale opportunità è stata colta dagli altri paesi europei, in particolare dalla Francia e dalla Germania, dove da tempo il Governo ed il Parlamento hanno ritenuto di dover adeguatamente sostenere il sistema termale, favorendo la conservazione e lo sviluppo di una cultura termale che si è profondamente radicata negli operatori sanitari e diffusa in maniera omogenea in vaste fasce della popolazione.

Penso che ormai il pensiero scientifico si sia posto un orizzonte senza limiti, in quanto una profonda trasformazione, che la ricerca sta affrontando con sorprendente rapidità, induce a non trascurare la riconsiderazione di risultati che sembravano definitivi. Intendo dire che l'ambito delle attività terapeutiche delle risorse termali può maggiormente ampliarsi con l'utilizzo mirato nel campo della prevenzione, che sempre di più, nella sua assoluta ed irrinunciabile applicazione, rappresenta la base della medicina moderna.

È noto che la biologia della materia vivente è sostenuta dalla straordinaria complessità delle combinazioni avvenute a partire da elementi semplici. Per questo, l'equilibrio biologico che mantiene il be-

nessere fisico e psichico del genere umano va cercato nelle forme più avanzate, a difesa di quella complessità e degli elementi semplici che l'hanno originata.

Ogni intervento orientato alla prevenzione, dal più sofisticato a quello empirico, prova la sua efficacia quando salvaguarda al massimo la funzione vitale alla quale è stato destinato e, contemporaneamente, non ne altera altre. Per avvicinarsi a tale risultato penso sia necessario controllare gli atti e i comportamenti che possono tutelare la salute (dal monitoraggio individuale allo *screening* di massa, dall'educazione sanitaria agli stili di vita), agendo in modo che ogni presidio terapeutico sia a scarsa o nulla invadenza. Per tale ragione, i trattamenti termali, praticati a seconda della specificità delle acque, attivano una mobilitazione organica che potenzia le risorse biologiche, favorendo la ripresa naturale delle funzioni vitali, anche sollecitata dalla distensiva ed accogliente atmosfera ambientale che caratterizza i luoghi delle terme, come ricordava la collega Servodio.

Sul versante della cura, le terapie termali sono efficaci per una pluralità di patologie invalidanti ed ampiamente diffuse nella popolazione, come le patologie artroreumatiche, broncospastiche o dermatologiche, i cui pesanti riflessi in termini di oneri sociali risultano evidenti. Sono terapie che hanno una limitata incidenza sulla spesa sanitaria del paese e che presentano una duttilità d'impiego ed un effetto prolungato.

Nella tradizione sanitaria stabilizzata nel nostro paese, la prescrizione delle cure termali ha sempre subito una svalutazione in quanto l'uso di farmaci di sintesi determina, nelle patologie affrontate anche con trattamenti termali, un risultato terapeutico più rapido. È dimostrato, però, che la rapidità di risposta non è seguita da una durata soddisfacente dell'effetto. Tale valutazione, insieme con altre, da prendere come contributo per una scelta sempre più responsabile nell'interesse dei pazienti, è stata resa possibile dalla realizzazione del « progetto Naiade ». Tale progetto è stato condotto da 291 aziende termali su circa 50 mila pazienti affetti da varie patologie suscettibili di essere trattate con cure termali ed è stato per la prima volta definito un quadro preciso sull'azione terapeutica esplicata dalle cure stesse. I risultati, esaminati dalla commissione ministeriale appositamente costituita, confermano il dato dell'efficacia delle cure testate con un deciso miglioramento dei pazienti sui quali è stato condotto lo studio riferito alle su menzionate patologie ed una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri e del ricorso ai farmaci.

Senza enfasi, ma con il conforto dei dati di questo studio, si può recuperare ed esaltare una pratica terapeutica che può essere confermata nella sua efficacia ed in prospettiva proposta per altre patologie, quando si potrà scientificamente provarlo. D'altra parte, è da prendere in considerazione la sempre più manifestata esigenza delle persone di poter concretizzare un progetto di salute sempre più compiuto, che vada oltre la cura di una malattia. Si cerca di guarire da una malattia, ma anche di raggiungere un benessere globale e in molti casi un soggiorno terapeutico ed ambientale in un luogo termale, pieno di stimoli positivi, può aiutare e favorire un esito soddisfacente.

Oltre un milione di cittadini – come veniva ricordato – ogni anno tendono a ricostruirsi fisicamente e psichicamente alle terme. È necessario che siano garantiti sapendo di ricorrere a strutture riconosciute e di affidarsi ad operatori esperti, come la presente legge vuole stabilire contro ogni avventurismo salutistico ed ogni miraggio salvifico.

I risultati sempre più soddisfacenti che la ricerca biomedica consente di realizzare con la personalizzazione della diagnostica strumentale e di laboratorio nella individuazione delle malattie e della loro eziologia devono essere strumento per arrivare al recupero della salute della persona.

Altra pratica di impiego delle cure termali è la riabilitazione: questa è una pratica sanitaria oggi di assoluta necessità,

in quanto la guarigione è tale quando il ripristino delle funzioni è avanzato o completato. Le cure termali rappresentano un intervento di notevole efficacia, in quanto si possono ottenere livelli di grande portata anche con la combinazione con altre pratiche quali la massoterapia e la mobilizzazione assistita. La ricostruzione integrale delle funzioni organiche, che è l'obiettivo di ogni intervento medico, che avvenga con farmaci o con altri interventi, trova nelle acque, nei fanghi e nell'attività di mobilizzazione assistita effettuata alle terme una moderna collocazione operativa, assieme ai sussidi tecnici, come le elettrostimolazioni e gli ultrasuoni, e alle altre metodiche che sono supporti utili per un continuo miglioramento delle prestazioni.

Nel corso del dibattito esamineremo l'articolato, di cui ha dato notizia precisa e puntuale la collega Servodio per entrare nel merito della normativa.

Voglio dire che una legge di indirizzo per il riordino del settore termale consente alle terme di stabilizzare la loro funzione e di predisporre un piano di rilancio e di sviluppo che rendano evidenti l'impostazione operativa ed il valore positivo del termalismo. Per questo mi auguro che durante il dibattito il contributo dei colleghi della maggioranza e dell'opposizione aiuti questo processo di ricerca per confermare l'interesse di tutto il Parlamento verso questa tematica.

Inoltre, nella moderna organizzazione aziendale che è prevista dalla normativa negli stabilimenti termali si stabiliranno anche gli organici professionali e tecnici, che saranno garanti della tutela della salute dei cittadini che si curano alle terme, che faranno della validazione scientifica a loro volta lo strumento essenziale per la loro attività. Quindi, senza improvvisazioni, ma con responsabilità tecnica e professionale!

Le cure termali, quando sono riconosciute e testate scientificamente, consentono di avere benefici reali e a basso costo; non sono invasive ed essendo le acque costituenti essenziali della natura, ritornano, dopo l'applicazione terapeutica, direttamente o trattate ancora alla natura, espletando i cicli biologici dell'ecosistema. Anche tale contributo alla sopravvivenza di un ambiente inquinato, quando è possibile, va tenuto presente.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo.

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, preferirei intervenire...

PRESIDENTE. A meno che non voglia riservarsi di intervenire in sede di replica.

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Se vi sono degli interventi nella discussione sulle linee generali, Presidente, preferirei intervenire in sede di replica, in modo da rispondere alle eventuali osservazioni che saranno formulate.

PRESIDENTE. Senatrice Fumagalli Carulli, può fare come vuole. A questo punto della discussione dovrebbe intervenire il Governo, se intende farlo; se il Governo intende farlo solo in sede di replica, possiamo passare agli interventi nella discussione sulle linee generali.

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, preferisco intervenire al termine della discussione generale.

PRESIDENTE. Il primo iscritto a parlare è l'onorevole Gramazio. Ne ha facoltà.

DOMENICO GRAMAZIO. Signor Presidente, onorevole sottosegretario, i relatori delle due Commissioni hanno sottolineato in modo ampio – a mio parere – la necessità che questa legge arrivi in porto. Finalmente, consentitemi l'espressione, questa legge è arrivata in porto! Vi era questa necessità.

Era una necessità, perché in Europa noi forse eravamo rimasti gli unici a non

(...)

riferisco, in particolare, al settore della cosmesi anche professionale). Viceversa, certe pratiche vengono applicate nei centri di cosmesi dove si applicano i fanghi o dove, comunque, si offrono prestazioni al confine tra il settore della cosmesi professionale e quello terapeutico.

Voglio ricordare – anche se non ve ne è certo bisogno – al sottosegretario, onorevole Fumagalli Carulli, che nel 1990 questo Parlamento licenziò la legge 4 gennaio 1990, n. 1, istitutiva della figura dell'estetista. Questa legge definiva esattamente la figura dell'estetista e ne distingueva le capacità e i limiti per quanto riguarda anche altri tipi di applicazione. Il confine tra medicina estetica e cosmesi professionale francamente non è ancora molto chiaro. Aggiungo che questa legge, all'articolo 10, delegava ad una concertazione di Ministeri l'aggiornamento degli strumenti, cioè delle macchine che avrebbero dovuto e potuto essere utilizzate nel settore della cosmesi professionale, in modo tale da non invadere il settore della medicina estetica. A distanza di dieci anni, quell'elenco di apparecchiature che fu allegato alla legge del 1990 non è mai stato sostanzialmente modificato.

Si è formata una giurisprudenza, come il sottosegretario e i colleghi sapranno; cito, ad esempio, la distinzione tra l'utilizzo del laser terapeutico e del laser cosmetologico e, per venire ad esempi che hanno pari attinenza, quella tra il massaggio estetico e rilassante e il massaggio terapeutico. Più volte gli estetisti sono stati imputati di esercizio abusivo della professione, poi si è venuta costruendo anche una giurisprudenza in questo senso. Quello che credo sia molto importante è distinguere esattamente i confini tra termalismo e pratiche di carattere estetico ed evitare che vi sia un'illecita concorrenza tra un settore e l'altro. Lo stesso deve valere evidentemente per le applicazioni degli strumenti e delle apparecchiature. Sappiamo perfettamente che vi sono aziende che costruiscono apparecchiature per il settore della cosmesi professionale che poi vendono, con una minimale modifica, anche al settore terapeutico. Credo che anche in questo caso debba essere fatta chiarezza: una macchina utilizzata per interventi sugli inestetismi cutanei non può avere, a mio avviso, le stesse caratteristiche di quella usata per finalità terapeutiche; è essenziale – lo ripeto – chiarire questo punto.

Seguendo questa mia linea di ragionamento, anche in merito alle figure professionali vorrei esprimere una mia personale riflessione e preoccupazione. Il comma 2 dell'articolo 7 sostiene che i medici dipendenti delle aziende termali hanno diritto di accedere anche in soprannumero alle scuole di specializzazione della facoltà di medicina e chirurgia che abbiano attinenza con la medicina termale. Temo che questo possa essere interpretato come un'iniziativa fortemente lobbystica in quanto non si capisce per quale motivo, considerata la quantità di medici che affollano le nostre università, si debbano privilegiare i medici dipendenti dalle aziende termali, ma spero di potere essere confutato dagli ulteriori interventi. Dovrebbe essere il medico stesso a decidere di prendere una specializzazione in medicina termale.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione.* Non esiste una specializzazione in medicina termale, dovrebbe essere istituita !

GIAMPAOLO LANDI di CHIAVENNA. Certamente, ma la mia critica è sul concetto di soprannumero.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione.* Non essendoci la specializzazione in medicina termale e dovendo fare i termalisti dovrebbero accedere...

GIAMPAOLO LANDI di CHIAVENNA. ... in soprannumero per potersi adeguare. Ne prendo atto.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione.* In attesa di...

(...)

tiva, attenta, anche conflittuale ma serve e servirà per migliorare il provvedimento in esame, credo che renderemo un servizio molto importante ad una cittadinanza ampia, ai piccoli, medi e grandi imprenditori. In tal modo, le voci dei singoli utenti e, ad esempio, l'ottima collaborazione con le Federterme farà sì che, dopo l'approvazione di questo provvedimento, ad usufruire del termalismo saranno moltissimi utenti – li definirei meglio cittadini – italiani e non solo italiani, perché è chiaro che molte persone arriveranno dall'estero e lo faranno volentieri; ciò, però, in un'ottica di pubblicità che veicoli qualità, perché non solo non è cosa degna gabellare sulla salute ma, dopo un po' di tempo, i frutti positivi inaridirebbero e si deteriorerebbero. Credo che potremmo veramente rendere un servizio importante ed utile, che darà soddisfazione a chi erogherà i servizi sia dal punto di vista tecnico-scientifico, sia da quello economico e manageriale.

La cosa importante è che ancora una volta non si scopra l'acqua calda, bensì le virtù terapeutiche, qualificate, importanti, scientifiche, affinché dalla prevenzione e dalla sensibilizzazione che si può fare partendo dalle cure termali si arrivi a quella riabilitazione che tutti, in tanti settori del nostro paese, auspichiamo; purtroppo, in questo settore, il nostro paese non ha dato risposte coerenti sia dal punto di vista della quantità sia da quello della qualità dei servizi, soprattutto in un'insopportabile sperequazione sud-nord che penalizza moltissimo il sud, dove spesso sono nati i migliori tecnici, scienziati e servizi di riabilitazione, poco utilizzati e penalizzati da uno Stato che non ha saputo dare a chi aveva più bisogno o a chi aveva più capacità.

Ripeto: tutta l'Italia può e deve diventare un paese termale, ma chiarendo meglio le singole competenze, le singole vocazioni e le singole capacità professionali. Credo che su questo saremo tutti d'accordo e tra poco potremo dire che finalmente ce l'abbiamo fatta. Grazie!

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Guidi.

Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

(Repliche dei relatori e del Governo – A.C. 424)

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il relatore per la X Commissione, onorevole Servodio.

GIUSEPPINA SERVODIO, *Relatore per la X Commissione*. Credo di interpretare anche il pensiero del collega Caccavari nel dire che ritengo molto costruttiva la discussione svoltasi questa mattina, che è risultata anche ricca di spunti di riflessioni successive, che speriamo di recepire in sede di Comitato ristretto all'interno di alcuni emendamenti da concordare per migliorare il testo. Vi è quindi questa disponibilità, credo anche da parte del collega Caccavari, a rivedere quelle parti della proposta di legge che riguardano soprattutto la professionalità degli operatori del settore, ma anche ad elevare l'obiettivo generale che abbiamo voluto perseguire della qualità e della professionalità di questo settore.

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Servodio.

Ha facoltà di replicare il relatore per la XII Commissione, onorevole Caccavari.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Intervengo solo per dire che la disponibilità ad accogliere i suggerimenti avanzati negli interventi dei colleghi era ciò che assieme alla collega Servodio cercavamo, proprio per continuare nella ricerca di un'unità di intenti che si concretizzasse in un testo di legge che ci potesse trovare non solo d'accordo, ma anche impegnati affinché esso venga poi applicato e rispettato su tutto il territorio nazionale, sia attraverso il meccanismo della centralità dello Stato sia e soprattutto attraverso un coinvolgimento

delle regioni, che credo che fino ad oggi non abbiano potuto intervenire compiutamente proprio per la mancanza di uno strumento legislativo.

Sul piano del riconoscimento della specificità dei trattamenti termali, ritengo che la parte segnalata dal collega Landi di Chiavenna relativa alla cosmetologia in generale debba essere acquisita come una materia non da escludere, ma da sottoporre all'esame di volta in volta, per valutare quali possano essere i punti di identità o di netta suddivisione tra le diverse componenti.

La ringrazio, signor Presidente.

PRESIDENTE. Grazie a lei, onorevole Caccavari.

Ha facoltà di replicare il rappresentante del Governo.

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Presidente, desidero anzitutto ringraziare i relatori, onorevole Servodio e onorevole Caccavari, per le loro relazioni molto complete sotto il profilo dei settori di competenza delle rispettive Commissioni, riferiti al problema sanitario e sociale, uno, e al problema economico, l'altro. Desidero inoltre ringraziare i deputati che, intervenendo nella discussione sulle linee generali, hanno evidenziato ed approfondito alcuni aspetti.

L'onorevole Gramazio ha giustamente sottolineato l'esigenza – poi ripresa anche dagli altri colleghi – di rigore, che deve essere propria di ogni regolamentazione. L'onorevole Debiasio Calimani in particolare ha evidenziato l'importanza dell'efficacia della normativa, ed ho molto apprezzato i suoi cenni all'ambiente come fattore di sviluppo del benessere.

Anche l'onorevole Landi di Chiavenna, sia pure nelle sue articolazioni più perplesse e più critiche, ha però messo in evidenza l'importanza non solo del comparto, ma anche dell'indotto ed ha chiesto anch'egli di seguire la linea del rigore. Non ho compreso bene, peraltro, come egli possa lamentare, da una parte, l'esistenza di un forte statalismo e, dall'altra parte, criticare il trasferimento alle regioni di determinate competenze; tanto più che appartiene ad uno schieramento che proprio di recente ha visto, in particolare nella regione Lombardia, addirittura un giuramento di fedeltà alla regione, che è un fatto abbastanza inconsueto...

GIAMPAOLO LANDI di CHIAVENNA. Fatto criticato da Alleanza nazionale!

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Mi pare quindi che debba essere rispettata l'autonomia delle regioni e sarà poi la stessa regione a disporre per quanto riguarda il patrimonio ex pubblico ed ex EAGAT (Ente autonomo gestione aziende termali), anche ai fini di un maggior coinvolgimento degli enti e delle iniziative private.

L'onorevole Landi di Chiavenna ha poi messo in evidenza alcune giuste esigenze di rigore, che condivido. Anche i relatori, dal loro punto di vista, hanno replicato in modo positivo. Definire meglio il confine tra estetica e medicina mi pare una esigenza che non si può non condividere. Comunque, le osservazioni svolte dall'onorevole Landi di Chiavenna saranno certamente valutate nell'ambito degli emendamenti, in quanto siano stati presentati in tempo utile, ai singoli articoli.

Desidero rivolgere il mio ringraziamento anche all'onorevole Guidi per avere giustamente sottolineato che il rapporto tra termalismo e turismo deve essere configurato in modo che le esigenze del turismo non cedano alle esigenze del termalismo, ma che la priorità sia proprio quella del rispetto della funzione del termalismo come obiettivo di una migliore salute. Mi fa piacere che l'onorevole Guidi abbia espresso – né potevo pensare diversamente conoscendolo da anni – il suo desiderio di collaborare per migliorare il testo a tutela dei diritti degli utenti, siano essi italiani o stranieri.

Certamente, il lavoro svolto dalla Commissione, come anche il dibattito che oggi si è sviluppato in quest'aula, è utile per una più precisa stesura del testo nella

(...)

Atti Parlamentari — I — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 31 MAGGIO 2000

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

730.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 31 MAGGIO 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XVIII

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-98

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

(...)

PAG.

Proposte di legge: Riordino settore termale (A.C. 424-739-818-976-1501-1975-2225-2487-2877) (Seguito della discussione del testo unificato) 83

(Contingentamento tempi seguito esame – A.C. 424) 83

Presidente 83

(Esame articoli – A.C. 424) 84

Presidente 84

(Esame articolo 1 – A.C. 424) 84

Presidente 84

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore per la XII Commissione* 84

Cuscunà Nicolò Antonio (AN) 85

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 84

Landi di Chiavenna Giampaolo (AN) 85

Massidda Piergiorgio (FI) 84

Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 85

(La seduta, sospesa alle 18, è ripresa alle 18,15) 85

Presidente 85

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore per la XII Commissione* 85

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 86

Guidi Antonio (FI) 87

Massidda Piergiorgio (FI) 86

(Esame articolo 2 – A.C. 424) 88

Presidente 88

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore per la XII Commissione* 88

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 88

(Esame articolo 3 – A.C. 424) 89

Presidente 89

Cè Alessandro (LNP) 92

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 90

PAG.

Guidi Antonio (FI) 90

Landi di Chiavenna Giampaolo (AN) 91

Massidda Piergiorgio (FI) 91

Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 89

Valpiana Tiziana (misto-RC-PRO) 92

Zeller Karl (misto Min. linguist.) 90

(Esame articolo 4 – A.C. 424) 93

Presidente 93

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore per la XII Commissione* 93

Cè Alessandro (LNP) 93

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 93

Massidda Piergiorgio (FI) 93

(Esame articolo 5 – A.C. 424) 94

Presidente 94

Boccia Antonio (PD-U) 96

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 94

Landi di Chiavenna Giampaolo (AN) 95

Scaltritti Gianluigi (FI) 95

Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 94

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

CDU: 4 minuti; Federalisti liberaldemocratici repubblicani: 3 minuti; Minoranze linguistiche: 3 minuti; Patto Segni-riformatori liberaldemocratici: 3 minuti.

(Esame degli articoli - A. C. 424)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli del testo unificato delle Commissioni.

(Esame dell'articolo 1 - A. C. 424)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 1, nel testo unificato delle Commissioni, e del complesso degli emendamenti ad esso presentati *(vedi l'allegato A - A. C. 424 sezione 1)*.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore per la XII Commissione, onorevole Caccavari, ad esprimere il parere.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Signor Presidente, le Commissioni esprimono parere favorevole sugli emendamenti 1.4 del Governo, Debiasio Calimani 1.5, 1.8 delle Commissioni, Detomas 1.1, Scaltritti 1.3 e 1.9 delle Commissioni. Invito al ritiro degli emendamenti Cè 1.7 e 1.6, perché assorbiti. Il parere è favorevole sull'emendamento Detomas 1.2.

PRESIDENTE. Il Governo?

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 1.4 del Governo, accettato dalle Commissioni.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni)*.

(Presenti	*286*
Votanti	*271*
Astenuti	*15*
Maggioranza	*136*
Hanno votato sì	*229*
Hanno votato no	*42*

Sono in missione 54 deputati).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Debiasio Calimani 1.5, accettato dalle Commissioni e dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni)*.

(Presenti	*298*
Votanti	*286*
Astenuti	*12*
Maggioranza	*144*
Hanno votato sì	*213*
Hanno votato no	*73*

Sono in missione 54 deputati).

Passiamo alla votazione dell'emendamento 1.8 delle Commissioni.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, capisco il desiderio di procedere velocemente su questo provvedimento che, peraltro, non è di minore rilievo rispetto ad altri, ma era nostra intenzione spiegare i motivi del nostro voto intervenendo sul complesso degli emendamenti.

PRESIDENTE. Bastava chiederlo, colleghi!

ANTONIO GUIDI. Io ho chiesto di parlare!

PIERGIORGIO MASSIDDA. Il problema è che solo in questo momento siamo venuti in possesso di un nuovo fascicolo di emendamenti di cui dobbiamo prendere visione, mentre lei ha già iniziato le votazioni. Ci permetta almeno di chiarirci le idee, altrimenti il nostro voto non ha alcun valore.

NICOLÒ ANTONIO CUSCUNÀ. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

NICOLÒ ANTONIO CUSCUNÀ. Intendo fare analoga osservazione perché ieri sera abbiamo concluso il lavoro del Comitato dei diciotto dopo aver discusso in modo organico e costruttivo sugli emendamenti che ora invece vediamo stravolti.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Sono gli stessi emendamenti!

NICOLÒ ANTONIO CUSCUNÀ. Ne veniamo in possesso solo in questo momento: consentiteci almeno la possibilità di verificarli! Vi era il consenso unanime...

PRESIDENTE. Onorevole Cuscunà, può rivolgersi al Presidente?

NICOLÒ ANTONIO CUSCUNÀ. Ieri sera abbiamo terminato i lavori in Commissione registrando l'unanimità del consenso ma in questo momento ci sembra di capire che le regole del gioco democratico non vengono accettate perché il parere espresso dal relatore sugli emendamenti non riflette il lavoro svolto. Per questo chiediamo al relatore cosa sia realmente accaduto.

PRESIDENTE. Credo che la cosa migliore sia dare la parola al relatore.

GIUSEPPINA SERVODIO, *Relatore per la X Commissione*. Forse il collega Cuscunà non ha fatto riferimento al fascicolo in fotocopia che si aggiunge a quello stampato che riporta tutti gli emendamenti presentati ed approvati ieri sera dal Comitato dei diciotto. Accanto al fascicolo stampato, onorevole Cuscunà, va considerato il fascicolo aggiuntivo che contiene tutti gli emendamenti approvati all'unanimità dal Comitato dei diciotto.

PRESIDENTE. Non metto in discussione nulla ma temo...

NICOLÒ ANTONIO CUSCUNÀ. Chiedo scusa, ma non avevo ricevuto il nuovo fascicolo. L'ho ricevuto adesso. Non fatemi passare per bugiardo!

GIAMPAOLO LANDI di CHIAVENNA. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIAMPAOLO LANDI di CHIAVENNA. Signor Presidente, le chiedo se sia possibile sospendere per dieci minuti la seduta per riordinare il quadro della situazione.

PRESIDENTE. Spero che poi non ci troviamo lei ed io soltanto in aula... sarà comunque un piacere!

Sospendo brevemente la seduta, che riprenderà alle 18,10, in modo che i colleghi possano valutare la situazione *(Commenti)*. Colleghi!

La seduta, sospesa alle 18, è ripresa alle 18,15.

PRESIDENTE. Riprendiamo la discussione del provvedimento. Prego i colleghi di prendere posto.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Signor Presidente, siamo riusciti a chiarire che vi è stato un disguido e non una espressione di cattiva volontà. Se me lo consente, ricomincerei con i pareri sull'articolo 1.

PRESIDENTE. Sta bene. Tuttavia, le ricordo che abbiamo già votato sugli emendamenti 1.4 del Governo e Debiasio Calimani 1.5. Pertanto, potrà cominciare dall'emendamento 1.8 delle Commissioni.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione.* Le Commissioni esprimono parere favorevole sugli emendamenti 1.8 delle Commissioni, Detomas 1.1, Scaltritti 1.3, 1.9 delle Commissioni e Cè 1.7. L'emendamento Cè 1.6 è assorbito. Infine, le Commissioni esprimono parere favorevole sull'emendamento Detomas 1.2.

PRESIDENTE. Il Governo?

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 1.8 delle Commissioni, accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Presenti e Votanti *273*
Maggioranza *137*
Hanno votato sì *273*

Sono in missione 54 deputati).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Detomas 1.1.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Massidda. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, eravamo contrari all'emendamento in esame finché non ci sono state chiarite le motivazioni che ne sono alla base: le province autonome di Trento e Bolzano hanno, in base ai propri statuti, una priorità sulle terme, il che creerebbe un conflitto con il provvedimento. Preannuncio, dunque, la presentazione di un ordine del giorno che, pur con grande rispetto dell'autonomia di quelle due province, chieda che esse tengano conto della legge per non dar luogo ad una concorrenza sleale.

Vorrei spiegarmi meglio. Con il provvedimento in esame, proprio per l'importanza che attribuiamo alle cure termali, chiediamo il riconoscimento della loro efficacia e che sia il servizio sanitario nazionale a pagare determinate prestazioni. Dal momento che, poco fa, il termine « cure termali » è stato sostituito con il termine dei « prestazioni termali », vorrei ora fare un semplice esempio: basterebbe che le due province, a proprie spese, aggiuntivamente o integrativamente, fornissero maschere facciali a base di fanghi o altre prestazioni che creino un incentivo, per cui vi sarebbe il dirottamento di gran parte degli utenti delle prestazioni termali verso quelle province, piuttosto che verso altre regioni. Pertanto, con l'apposito ordine del giorno chiederemo, confidando sulla sensibilità di quelle province, che non vi sia una concorrenza sleale.

Informo l'Assemblea – ritenendo di avere il consenso degli stessi presentatori dell'emendamento in esame – che presenteremo un ordine del giorno che spero sia accolto dal Governo, per dare un indirizzo alle suddette province, per le motivazioni che ho appena elencato.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Detomas 1.1, accettato dalle Commissioni e dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione. (...)

larsi. Da questo punto di vista, ripeto – e concludo –, lo spirito di collaborazione è stato grandissimo e spero sia di esempio nell'esame di altre leggi.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 1.7, accettato dalle Commissioni e dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Presenti *279*
Votanti *277*
Astenuti *2*
Maggioranza *139*
Hanno votato sì *275*
Hanno votato no *2*

Sono in missione 54 deputati).

L'emendamento Cè 1.6 risulta conseguentemente assorbito.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Detomas 1.2, accettato dalle Commissioni e dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Presenti e votanti *277*
Maggioranza *139*
Hanno votato sì *277*

Sono in missione 54 deputati).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'articolo 1, nel testo emendato.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Presenti e votanti *275*
Maggioranza *138*
Hanno votato sì *275*

Sono in missione 54 deputati).

(Esame dell'articolo 2 – A.C. 424)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 2, nel testo unificato delle Commissioni, e del complesso degli emendamenti ad esso presentati *(vedi l'allegato A – A.C. 424 sezione 2).*

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore per la XII Commissione ad esprimere il parere delle Commissioni.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione.* Signor Presidente, il parere è favorevole sugli emendamenti 2.1 e 2.2 del Governo, nonché sugli identici emendamenti Cè 2.5 e Debiasio Calimani 2.6.

Si invitano i presentatori di tutti i restanti emendamenti a ritirarli, perché il loro contenuto è già presente nell'emendamento 2.10 presentato dalle Commissioni.

PRESIDENTE. Il Governo?

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 2.1 del Governo, accettato dalle Commissioni.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione. (...)

(Esame dell'articolo 4 - A.C. 424)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 4, nel testo unificato delle Commissioni, e del complesso degli emendamenti ad esso presentati *(vedi l'allegato A - A.C. 424 sezione 4)*.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore per la XII Commissione ad esprimere il parere delle Commissioni.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Le Commissioni esprimono parere favorevole sugli identici emendamenti Cè 4.2 e Debiasio Calimani 4.3, sull'emendamento Cè 4.4 e sugli identici emendamenti Guidi 4.1 e Debiasio Calimani 4.5.

PRESIDENTE. Il Governo?

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione degli identici emendamenti Cè 4.2 e Debiasio Calimani 4.3.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Massidda. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Permettetemi di chiedere ai presentatori la *ratio* di questi emendamenti, in quanto - i medici capiranno la mia domanda - normalmente nelle terme si è sempre fatta una riabilitazione respiratoria volta a coadiuvare una riabilitazione cardiaca. Non vi è un intervento a livello cardiaco, ma vengono prescritte terapie riabilitatorie proprio per migliorare il circolo polmonare e per non sovraccaricare il cuore ed eventualmente il ventricolo. Vorrei capire perché si dovrebbe sostituire la parola « respiratoria » con « cardiorespiratoria ». Ci si pone il dubbio che si possa aprire la strada ad altre terapie che fino ad oggi non sono considerate termali. Questo è il nostro dubbio e, se avremo una risposta, il nostro voto sarà favorevole.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Stiamo assistendo ad una disputa tra medici! Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. Crediamo sia importante estendere ulteriormente il campo di applicazione delle cure termali anche a quei soggetti - siamo in molti colleghi a sostenerlo - che possono avere patologie latenti di insufficienza cardiaca quali edemi polmonari in fase iniziale; anche in termini di intervento preventivo, potrebbe essere importante utilizzare queste acque per inalazioni e insufflazioni per cercare di posticipare i pericoli dell'insufficienza cardiaca. Onorevole Massidda, è questa la ragione dell'emendamento.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sugli identici emendamenti Cè 4.2 e Debiasio Calimani 4.3, accettati dalle Commissioni e dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni)*.

(Presenti	*267*
Votanti	*260*
Astenuti	*7*
Maggioranza	*131*
Hanno votato sì	*256*
Hanno votato no	*4*

Sono in missione 54 deputati).

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 4.4, accettato dalle Commissioni e dal Governo.

(Segue la votazione).

PIETRO ARMANI. Presidente, da quella parte c'è chi vota doppio!

PRESIDENTE. Da tutte le parti! (...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

734.

SEDUTA DI MARTEDÌ 6 GIUGNO 2000

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **CARLO GIOVANARDI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

E DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XVI

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-91

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

PAG.

Proposte di legge: Riordino settore termale (A.C. 424-739-818-976-1501-1975-2225-2487-2877) (Seguito della discussione del testo unificato e approvazione) 31

(Ripresa esame articolo 5 – A.C. 424) 31

Presidente 31

Benedetti Valentini Domenico (AN) 31

Ripresa discussione – A.C. 424 31

(Ripresa esame articolo 5 – A.C. 424) 31

Presidente 31

Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 32

Landi di Chiavenna Giampaolo (AN) 32

(Esame articolo 6 – A.C. 424) 32

Presidente 32

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 33

Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 32

(Esame articolo 7 – A.C. 424) 34

Presidente 34

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore per la XII Commissione* 34

PAG.

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 34
Massidda Piergiorgio (FI) 34

(Esame articolo 8 – A.C. 424) 35
Presidente 35
Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 35
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 35

(Esame articolo 9 – A.C. 424) 36
Presidente 36
Battaglia Augusto (DS-U) 36
Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 36
Massidda Piergiorgio (FI) 37
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 36

(Esame articolo 10 – A.C. 424) 37
Presidente 37

(Esame articolo 11 – A.C. 424) 37
Presidente 37
Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 37
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 37

(Esame articolo 12 – A.C. 424) 38
Presidente 38
Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 38
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 38

(Esame articolo 13 – A.C. 424) 39
Presidente 39
Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 39
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 39

(Esame articolo 14 – A.C. 424) 40
Presidente 40
Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 40
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 40

(Ripresa esame articolo 9 – A.C. 424) 41
Presidente 41

PAG.

Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 41
Massidda Piergiorgio (FI) 41
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 41

(Esame ordini del giorno – A.C. 424) 42
Presidente 42
Caccavari Rocco (DS-U) 42
Fumagalli Carulli Ombretta, *Sottosegretario per la sanità* 42
Landi di Chiavenna Giampaolo (AN) 42
Massidda Piergiorgio (FI) 43

(Dichiarazioni di voto finale – A.C. 424) ... 44
Presidente 44
Barral Mario Lucio (misto) 52
Cè Alessandro (LNP) 53
Cuscunà Nicolò Antonio (AN) 49
Debiasio Calimani Luisa (DS-U) 46
Del Barone Giuseppe (misto-CCD) 44
Delfino Teresio (misto-CDU) 52
Fioroni Giuseppe (PD-U) 50
Guidi Antonio (FI) 44
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 46
Massidda Piergiorgio (FI) 51
Possa Guido (FI) 51
Saia Antonio (Comunista) 53
Valpiana Tiziana (misto-RC-PRO) 48

(Coordinamento – A.C. 424) 54
Presidente 54
Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore per la XII Commissione* 54
Servodio Giuseppina (PD-U), *Relatore per la X Commissione* 54

(Votazione finale e approvazione – A.C. 424) .. 55
Presidente 55

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni).*

(Presenti *402*
Votanti *401*
Astenuti *1*
Maggioranza *201*
Hanno votato sì *194*
Hanno votato no . *207).*

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'articolo 6, nel testo emendato.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Presenti *403*
Votanti *397*
Astenuti *6*
Maggioranza *199*
Hanno votato sì *388*
Hanno votato no .. *9).*

(Esame dell'articolo 7 - A.C. 424)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 7, nel testo unificato delle Commissioni, e del complesso degli emendamenti ad esso presentati *(vedi l'allegato A - A.C. 424 sezione 3).*

Avverto che l'emendamento 7.2 del Governo è stato ritirato.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore per la XII Commissione ad esprimere il parere delle Commissioni.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione.* Signor Presidente, le Commissioni esprimono parere contrario sugli identici emendamenti 7.1 del Governo e Cè 7.3 e sull'emendamento Cè 7.4. Esprimono inoltre parere favorevole sull'emendamento Cè 7.5.

PRESIDENTE. Il Governo?

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Il Governo concorda con il parere espresso dal relatore, ad eccezione di quello sugli identici subemendamenti 7.1 del Governo e Cè 7.3, sui quali esprime parere favorevole.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione degli identici emendamenti 7.1 del Governo e Cè 7.3.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Massidda. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, mi pare di aver capito che su questi identici subemendamenti sia stato espresso un differente parere dalle Commissioni e dal Governo.

È così?

PRESIDENTE. Sì, è così: il Governo ha espresso parere favorevole sul suo emendamento 7.1, identico all'emendamento Cè 7.3, mentre le Commissioni hanno espresso un parere contrario su di essi.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Ho chiesto tale chiarimento perché mi pare opportuno sottolineare l'anomalia di questa decisione in base alla quale il Governo si prende la libertà di poter spendere quanto crede, in modo esattamente contrario a quanto si è verificato per tutte le altre leggi, nell'esame delle quali l'esecutivo poneva dei limiti.

Ciò detto, dichiaro il nostro voto contrario su tali emendamenti.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sugli identici emendamenti 7.1 del Governo e Cè 7.3, non accettati dalle Commissioni e sui quali la V Commissione (Bilancio) ha espresso parere contrario.

(Segue la votazione). (...)

Voglio infatti far presente ai colleghi che noi non possiamo restringere enormemente le possibilità di lavorare presso le terme, richiedendo per l'operatore termale il diploma di scuola media superiore, più tre anni di corso. Credetemi: ciò è fuori luogo e, soprattutto, costituirebbe un danno per chi ha svolto per anni questo lavoro, senza la necessità di avere questa preparazione.

Abbiamo difeso le professioni ausiliarie, le professioni infermieristiche: ciò era opportuno, ma in questo caso stiamo eccedendo e stiamo riducendo enormemente le possibilità di lavorare presso le terme. Pertanto, il nostro parere sull'emendamento Battaglia 9.1 è favorevole.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Battaglia 9.1, interamente sostitutivo dell'articolo, sul quale le Commissioni e il Governo si rimettono all'Assemblea.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Presenti *413*
Votanti *382*
Astenuti *31*
Maggioranza *192*
Hanno votato sì *377*
Hanno votato no .. *5).*

(Esame degli ordini del giorno – A.C. 424)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli ordini del giorno presentati *(vedi l'allegato A – A.C. 424 sezione 11).*

Qual è il parere del Governo sugli stessi?

OMBRETTA FUMAGALLI CARULLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Signor Presidente, il Governo accoglie l'ordine del giorno Caccavari n. 9/424/1, mentre accoglie come raccomandazione gli ordini del giorno Landi di Chiavenna n. 9/424/2 e Massidda n. 9/424/3.

PRESIDENTE. Onorevole Caccavari, insiste per la votazione del suo ordine del giorno n. 9/424/1, accolto dal Governo?

ROCCO CACCAVARI. No, signor Presidente.

PRESIDENTE. Sta bene.

Onorevole Landi di Chiavenna, insiste per la votazione del suo ordine del giorno n. 9/424/2, accolto dal Governo come raccomandazione?

GIAMPAOLO LANDI di CHIAVENNA. Sì, signor Presidente. Mercoledì scorso abbiamo approvato un emendamento che definisce esattamente i limiti operativi del settore termale rispetto a quelli del settore estetico.

Questo ordine del giorno intende stabilire che gli strumenti e le apparecchiature che possono essere utilizzati nel settore termale debbano avere caratteristiche tecniche adeguate a tale settore e, quindi, non possano essere di fatto utilizzati nei centri estetici. Pertanto, esso ha una sua logica ed una sua consequenzialità. Lo avevo presentato come emendamento, ma poi l'ho ritirato, trasformandolo in ordine del giorno.

Insisto per la votazione del mio ordine del giorno, perché mi sembra che abbia una sua logica.

GIUSEPPE DEL BARONE. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. A che titolo?

GIUSEPPE DEL BARONE. Signor Presidente, vorrei intervenire molto brevemente sull'ordine del giorno Caccavari n. 9/424/1, che è stato accolto dal Governo.

PRESIDENTE. Onorevole Del Barone, tale questione è già chiusa, perché l'ordine del giorno è stato accolto.

(...)

per dare certezza ai pazienti, ai medici e agli stessi operatori termali; mi riferisco al fatto di rimandare a successivi decreti del Governo l'individuazione delle patologie che possono giovarsi di tale sistema terapeutico, nonché ai percorsi terapeutici.

È importante, inoltre, che si inserisca un altro concetto: la ricerca dello studio epidemiologico. Queste condizioni potranno dare in futuro al nostro paese l'esatta misura del valore, dell'efficacia e della diffusione di questo sistema terapeutico e consentiranno anche di correggere gli errori che sono stati fatti in passato e quelli che potranno essere fatti in futuro.

In sostanza, credo che questo progetto di legge dia finalmente ordine in un settore che in passato è stato malamente governato ed è stato lasciato troppo spesso all'arbitrio anche di coloro che hanno prescritto cure termali senza seguire criteri logici ed universalmente accettati. Esso introduce finalmente certezza del diritto nei confronti dei pazienti e degli assistiti e dà anche certezza agli operatori delle terme.

Viene istituito un corso di specializzazione universitaria in medicina termale e ciò ovviamente darà garanzie ulteriori a chi si sottopone a queste cure, ma anche alla parte pubblica che, autorizzando tali cure, sa di avere degli operatori qualificati in grado di dare risposte adeguate.

Queste sono le motivazioni per cui ribadisco il voto favorevole del gruppo dei Comunisti italiani a questa legge *(Applausi dei deputati del gruppo Comunista)*.

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

(Coordinamento - A.C. 424)

GIUSEPPINA SERVODIO, *Relatore per la X Commissione*. Chiedo di parlare ai sensi dell'articolo 90, comma 1, del regolamento.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIUSEPPINA SERVODIO, *Relatore per la X Commissione*. Signor Presidente, propongo le seguenti correzioni di forma: all'articolo 1, comma 4, le parole da « adeguamento » fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: « rispetto del termine, il Governo provvede ad attivare i poteri sostitutivi, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 ».

Agli identici emendamenti Guidi 8.2 e Debiasio Calimani 8.4, al comma 2, la parola « collaborazione » deve intendersi sostituita dalla seguente: « convenzione ».

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, le correzioni di forma proposte dal relatore si intendono approvate.

(Così rimane stabilito).

Prima di passare alla votazione finale, chiedo che la Presidenza sia autorizzata a procedere al coordinamento formale del testo approvato.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore per la XII Commissione*. Signor Presidente, seguo questo provvedimento dal 1992 e devo quindi esprimere davvero un ringraziamento sentito sia ai colleghi dell'opposizione, sia a quelli della maggioranza, sia alla collega Servodio che è stata con me durante questo cammino, perché mi pare che la legge che stiamo licenziando in materia di riordino del settore termale consenta anche di avviare ad un impegnativo, dinamico e – spero – produttivo rilancio delle terme.

Infatti, nel nostro paese, in cui la ricchezza originaria delle terme stesse deve essere opportunamente sfruttata, oc-

corre dare valore anche al significato di territorio termale, che il nostro paese può sicuramente assumere.

Sottolineo infine i passaggi che nella legge tendono a qualificare le prestazioni termali ed a rilanciare i luoghi in cui sono presenti le terme, in maniera tale che l'accoglienza in un luogo, che possa essere esso stesso capace di dare benessere, permetta che le terme completino il lavoro ai fini di una buona salute per i cittadini che andranno a soggiornarvi. Alle « città della salute » serviranno sicuramente tutti gli adempimenti che la legge chiede che vengano assolti.

(Votazione finale e approvazione - A.C. 424)

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sul testo unificato delle proposte di legge nn. 424-739-818-976-1501-1975-2225-2487-2877, di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(Riordino del settore termale) (424-739-818-976-1501-1975-2225-2487-2877):

(Presenti	*455*
Votanti	*449*
Astenuti	*6*
Maggioranza	*225*
Hanno votato sì ...	*449).*

Annunzio dello svolgimento di interrogazioni a risposta immediata.

PRESIDENTE. Ricordo che nella seduta di domani, mercoledì 7 giugno 2000, alle ore 15, avrà luogo lo svolgimento di interrogazioni a risposta immediata.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 135-*bis*, comma 3, del regolamento, sono stati invitati a rispondere i seguenti ministri:

ministro dell'interno, in relazione alla realizzazione del piano europeo per l'ordine e la sicurezza nell'area nord di Napoli (Tuccillo – Popolari e democratici l'Ulivo);

ministro della difesa, in relazione al ritiro del contingente di pace italiano dal Kosovo (Rizzi – Lega nord Padania);

ministro dei trasporti e della navigazione, in relazione ai seguenti temi: iniziative per la sicurezza nel settore dei trasporti e per il raddoppio della linea ferroviaria Parma-La Spezia (Palmizio – Forza Italia); iniziative per la sicurezza nel settore dei trasporti e per il raddoppio della linea ferroviaria Parma-La Spezia (Biricotti – Democratici di sinistra-l'Ulivo); iniziative per la sicurezza nel trasporto ferroviario (Eduardo Bruno – Comunisti);

ministro dell'ambiente, in relazione alle misure per contrastare l'abusivismo edilizio (Di Capua – I Democratici);

ministro dei lavori pubblici, in relazione all'ammodernamento del raccordo autostradale Mercato San Severino – Salerno (Manzione – UDEUR);

ministro della pubblica istruzione, in relazione alle iniziative per la formazione e la qualificazione nel sistema scolastico (Bastianoni – gruppo misto – Rinnovamento italiano).

I colleghi di Alleanza nazionale, che hanno presentato interrogazioni su argomento diversi da quelli indicati, possono presentare altro quesito ai ministri richiamati entro le ore 18 – 18,30 di oggi.

Sull'ordine dei lavori *(ore 17).*

GIAN FRANCO ANEDDA. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori. (...)

Atti Parlamentari — I — *Camera dei Deputati*

XIII LEGISLATURA — DISCUSSIONI — SEDUTA DEL 17 NOVEMBRE 2000

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

813.

SEDUTA DI VENERDÌ 17 NOVEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... VII-XXXIV

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-210

	PAG.
Disegno di legge: Legge finanziaria 2001 (A.C. 7328-bis) (Seguito della discussione e approvazione)	1
Presidente	1
Vito Elio (FI)	1
Ripresa discussione – A.C. 7328-bis	1
(Ripresa esame articolo 57 – A.C. 7328-bis) .	1
Presidente	1
Baiamonte Giacomo (FI)	16
Bertinotti Fausto (misto-RC-PRO)	15
Bianchi Giovanni (PD-U)	23

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

PAG.

Bono Nicola (AN) 7, 9
Buontempo Teodoro (AN) 18
Cè Alessandro (LNP) 4, 6, 11, 18
Conti Giulio (AN) 5, 16
Del Barone Giuseppe (misto-CCD) 5
Delfino Teresio (misto-CDU) 11
Di Capua Fabio (misto) 14
Fioroni Giuseppe (PD-U) 17
Follini Marco (misto-CCD) 18
Galletti Paolo (misto-Verdi-U) 16
Giarda Piero Dino, *Sottosegretario per il tesoro, il bilancio e la programmazione economica* 7
Liotta Silvio (misto-CCD) 11
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 11
Malavenda Mara (misto) 5, 15
Marzano Antonio (FI) 10
Massidda Piergiorgio (FI) 4, 17
Mussi Fabio (DS-U) 19
Possa Guido (FI) 2, 13
Saia Antonio (Comunista) 14
Solaroli Bruno, *Sottosegretario per il tesoro, il bilancio e la programmazione economica* 14
Taradash Marco (misto-P. Segni-RLD) 17
Tassone Mario (misto-CDU) 18
Veronesi Umberto, *Ministro della sanità* . 20
Villetti Roberto (misto-SDI) 19

(Esame articolo 58 – A.C. 7328-bis) 23
Presidente 23, 34
Bastianoni Stefano (misto-RI) 30, 31
Cè Alessandro (LNP) 25, 27, 32, 36, 37
Cherchi Salvatore (DS-U), *Relatore per la maggioranza* 23, 29
Conti Giulio (AN) 29, 30, 37
Cuccu Paolo (FI) 33
Delfino Teresio (misto-CDU) 39
Di Capua Fabio (misto) 36
Galletti Paolo (misto-Verdi-U) 24
Giacalone Salvatore (PD-U) 25
Giannotti Vasco (DS-U) 24
Izzo Domenico (PD-U) 38
Labate Grazia, *Sottosegretario per la sanità* . 23, 29, 30, 31
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 37
Massidda Piergiorgio (FI) 31, 35, 36, 39
Michielon Mauro (LNP) 38
Pace Carlo (AN) 34
Pisanu Beppe (FI) 34
Targetti Ferdinando (DS-U) 35
Valpiana Tiziana (misto-RC-PRO) 37

(Esame articolo 59 – A.C. 7328-bis) 40
Presidente 40

PAG.

Caccavari Rocco (DS-U) 40
Cè Alessandro (LNP) 43
Cherchi Salvatore (DS-U), *Relatore per la maggioranza* 40
Conte Gianfranco (FI) 44
Conti Giulio (AN) 41, 43
Galeazzi Alessandro (AN) 44
Giacalone Salvatore (PD-U) 41, 42
Giannotti Vasco (DS-U) 40
Labate Grazia, *Sottosegretario per la sanità* . 40
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 44
Malavenda Mara (misto) 44
Massidda Piergiorgio (FI) 43
Paolone Benito (AN) 44

(Esame articolo 10 – A.C. 7328-bis) 45
Presidente 45
Cambursano Renato (D-U) 54
Cherchi Salvatore (DS-U), *Relatore per la maggioranza* 45, 53
Frosio Roncalli Luciana (LNP) 52
Malavenda Mara (misto) 49
Manzini Paola (DS-U) 48
Manzione Roberto (UDEUR) 53
Pennacchi Laura Maria (DS-U) 54
Solaroli Bruno, *Sottosegretario per il tesoro, il bilancio e la programmazione economica* 46

(Ripresa esame articolo 47 – A.C. 7328-bis) . 54
Presidente 54
Benvenuto Giorgio (DS-U) 55
Cherchi Salvatore (DS-U), *Relatore per la maggioranza* 54

(Ripresa esame articolo 66 – A.C. 7328-bis) . 55
Presidente 55
Cherchi Salvatore (DS-U), *Relatore per la maggioranza* 55

(Ripresa esame articolo 71 – A.C. 7328-bis) . 55
Presidente 55
Cherchi Salvatore (DS-U), *Relatore per la maggioranza* 55

(Ripresa esame articolo 72 – A.C. 7328-bis) . 56
Presidente 56
Cherchi Salvatore (DS-U), *Relatore per la maggioranza* 56
Giorgetti Giancarlo (LNP) 57
Solaroli Bruno, *Sottosegretario per il tesoro, il bilancio e la programmazione economica* 56, 57

(La seduta, sospesa alle 13,05, è ripresa alle 14,15) 58

(...)

(Esame dell'articolo 59 – A.C. 7328-bis)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 59, nel testo della Commissione, e del complesso degli emendamenti ad esso presentati *(vedi l'allegato A – A.C. 7328-bis sezione 3)*.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore per la maggioranza ad esprimere il parere della Commissione.

SALVATORE CHERCHI, *Relatore per la maggioranza*. L'emendamento Maura Cossutta 59.1 è stato ritirato. Il parere della Commissione è contrario sugli emendamenti Cè 59.2, Bonato 59.3, Conti 59.4, Cuccu 59.5, sugli identici Malavenda 59.9, e Cè 59.10, sugli identici emendamenti Alessandro Rubino 59.7 e Teresio Delfino 59.8, nonché sugli emendamenti Cè 59.11, 59.12 e 59.13. Il parere è favorevole sull'emendamento Giannotti 59.14. La Commissione esprime parere contrario sugli identici emendamenti Malavenda 59.15 e Cè 59.16. Per quanto riguarda gli emendamenti Giacalone 59.38, Saia 59.6, Giannotti 59.18 e Caccavari 59.19, mi rimetto al Governo. Il parere è contrario sugli emendamenti soppressivi Malavenda 59.20, Cè 59.21, Malavenda 59.22, Cè 59.23 e Conti 59.24. Il parere è contrario anche sugli emendamenti Cè 59.25, Malavenda 59.26, Cè 59.27, Conti 59.28, Cè 59.29 e 59.30, Conti 59.31 e Giacalone 59.37. L'emendamento Saia 59.32 è stato ritirato. Per quanto riguarda l'emendamento Bonato 59.33, invito i presentatori a ritirarlo. Il parere è contrario sull'emendamento Conti 59.34. Anche per quanto riguarda l'emendamento Bonato 59.35, invito i presentatori a ritirarlo. Il parere è infine contrario sugli emendamenti Malavenda 59.36 e Cè 59.17.

PRESIDENTE. Il Governo?

GRAZIA LABATE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Per quanto riguarda gli emendamenti sui quali il relatore per la maggioranza si è rimesso al parere del Governo, invito i presentatori a ritirare l'emendamento Giacalone 59.38; il parere è favorevole sull'emendamento Saia 59.6. L'emendamento Giannotti 59.18 ritengo sia assorbito dall'emendamento Saia 59.6.

PRESIDENTE. Anche lei è d'accordo, onorevole Giannotti?

VASCO GIANNOTTI. Sì, signor Presidente.

GRAZIA LABATE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Invito i presentatori dell'emendamento Caccavari 59.19 a ritirarlo; il Governo si impegna infatti a dichiarare la propria disponibilità su un eventuale ordine del giorno di analogo contenuto. Per il resto il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Onorevole Caccavari, accoglie l'invito a ritirare il suo emendamento 59. 19?

ROCCO CACCAVARI. Va bene, Presidente, lo ritiro.

PRESIDENTE. Sta bene.

Passiamo ai voti.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sugli emendamenti Cè 59.2, Bonato 59.3 e Conti 59.4, di identico contenuto normativo, non accettati dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

(Presenti *454*
Votanti *449*
Astenuti *5*
Maggioranza *225*
Hanno votato sì *205*
Hanno votato no .... *244)*.

Indìco la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cuccu 59.5, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(Segue la votazione). (...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

817.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 30 NOVEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **CARLO GIOVANARDI**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XIV

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-69

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

PAG.

Votazione articoli e votazione finale della proposta di legge: Professione di odontoiatra *(approvata dalla Camera e modificata dal Senato) (testo formulato dalla XII Commissione in sede redigente)* (A.C. 72-427-1111-1362-1945/B) (Approvazione) 12

(Contingentamento tempi seguito esame – A.C. 72-B) 12
Presidente 12

(Votazione articoli – A.C. 72-B) 12
Presidente 12

(Esame ordini del giorno – A.C. 72-B) 13
Presidente 13
Cè Alessandro (LNP) 14
Rocchi Carla, *Sottosegretario per la sanità* . 13

(Dichiarazioni di voto finale – A.C. 72-B) . 14
Presidente 14
Caccavari Rocco (DS-U) 16
Cè Alessandro (LNP) 14
Conti Giulio (AN) 14
Cossutta Maura (Comunista) 15
Cuccu Paolo (FI) 15
Delfino Teresio (misto-CDU) 16
Giacalone Salvatore (PD-U) 15
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 15

(Coordinamento – A.C. 72-B) 16
Presidente 16

PAG.

(Votazione finale e approvazione – A.C. 72-B) . 16
Presidente 16

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Teresio Delfino. Ne ha facoltà.

TERESIO DELFINO. Signor Presidente, desidero esprimere il voto favorevole dei deputati del CDU, con l'auspicio che questo unanime e ampio consenso trovi riscontro nell'applicazione di questo importante provvedimento.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, arriva a conclusione – almeno per quanto riguarda questo ramo del Parlamento – l'esame di un provvedimento sul quale si è discusso, ci si è confrontati, si è ragionato e qualche volta ci si è scontrati per nove anni. Una mia proposta di legge del 1992 trova accoglimento in questo testo unificato e credo da questo punto di vista di dover ringraziare la Commissione, anche perché le questioni affrontate hanno permesso di conferire dignità e di dare riconoscimento giuridico completo ed attuativo ad una nuova professione, già accolta nel nostro ordinamento universitario da alcuni anni. Ciò consente di identificare professionalità che vanno rafforzate anche con un riconoscimento che qualifica maggiormente, nell'ambito della medicina, un'attività in precedenza considerata specialistica rispetto a una branca generale e che invece adesso viene riconosciuta a sé stante e, da questo punto di vista, quindi, ancora più disponibile professionalmente per la tutela della salute dei cittadini.

La normativa in esame ci consente anche di entrare in un rapporto più ampio con la legislazione europea: da questo punto di vista, la discussione in Commissione è stata davvero lunga ed approfondita. Il risanamento proposto per quanto riguarda i laureati in anni precedenti a quelli contemplati nella normativa consente inoltre di rendere giustizia a professionisti i quali per lungo tempo hanno esercitato la propria attività e che quindi non possono, dall'oggi al domani, essere defraudati di un diritto che era stato loro conferito da un diploma universitario e da una specializzazione in precedenza conseguita.

Voglio anch'io aggiungere che la questione dei laureati a Fiume ha interessato la Commissione nella sua unanimità. Speriamo quindi che l'impegno che richiediamo al Governo trovi attuazione per risolvere quel problema ed anche per rappresentare che tutti i cittadini sono uguali di fronte alla legge.

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto sul complesso del provvedimento.

(Coordinamento – A.C. 72-B)

PRESIDENTE. Prima di passare alla votazione finale, chiedo che la Presidenza sia autorizzata a procedere al coordinamento formale del testo approvato.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

(Votazione finale ed approvazione – A.C. 72-B)

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione finale.

Indìco la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sul testo unificato delle proposte di legge nn. 72-427-1111-1362-1945/B, di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni).*

(S. 2653 – Disciplina della professione di odontoiatra) (approvata dalla Camera e modificata dal Senato – Testo formulato

(...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

863.

SEDUTA DI MARTEDÌ 20 FEBBRAIO 2001

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XIV

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-102

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

(...)

PAG.

Votazione degli articoli e votazione finale del testo unificato delle proposte di legge: Prevenzione e cura dell'alcolismo *(testo formulato dalla XII Commissione in sede redigente)* **(A.C. 93-108-164-423-1025-1926-2835-3535-3542-3608)** (Approvazione) 48

(Contingentamento tempi seguito esame – A.C. 93) 49

Presidente 49

(Votazione articoli – A.C. 93) 49

Presidente 49

(Esame ordini del giorno – A.C. 93) 52

Presidente 52

Labate Grazia, *Sottosegretario per la sanità* . 52

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 52

(Dichiarazioni di voto finale – A.C. 93) 52

Presidente 52

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 64

Cè Alessandro (LNP) 59

Conti Giulio (AN) 63

Cuccu Paolo (FI) 53

Di Capua Fabio (misto) 54

Giacalone Salvatore (PD-U) 55

Giovanardi Carlo (misto-CCD) 54

Gramazio Domenico (AN) 59

Guidi Antonio (FI) 62

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 56

Massidda Piergiorgio (FI) 55

PAG.

Procacci Annamaria (misto-Verdi-U) 57

Trantino Enzo (AN) 58

Valpiana Tiziana (misto-RC-PRO) 52

(Coordinamento – A.C. 93) 65

Presidente 65

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 65

(Votazione finale e approvazione – A.C. 93) . 65

Presidente 65

Buontempo Teodoro (AN) 66

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

giovani e vecchi, di non bere gli alcolici, ma mi sembra che questo richiamo non basta. A mio avviso, si deve fare leva anche sulle patologie che possono essere provocate dall'alcolismo, quali le malattie epatiche. Quantità di alcolici superiori alla norma causano notevoli guai soprattutto in presenza di steatosi e di epatopatie di varia natura.

In Italia i morti per droga sono poco più di mille all'anno (sono quelli ufficialmente denunciati, tra i quali non si contano i morti in incidenti d'auto), ma per cirrosi epatica muoiono oltre 17 mila persone ogni anno. Si tratta, pertanto, di una malattia con una diffusione molto preoccupante, sicuramente connessa al consumo di alcol. Oltre a queste patologie, sono poco considerati i danni dell'alcol sul feto ed anche a questo riguardo si dovrebbe intervenire con l'educazione alla prevenzione, soprattutto nelle scuole e particolare attenzione dovrebbe essere dedicata ai danni derivanti dal *mixage* droga-alcol.

Un altro aspetto affrontato dal relatore, che per vari motivi non ha ricevuto risposta, è quello della pubblicità degli alcolici diffusa ovunque, dalle macchine da corsa alle tute dei giocatori, nonostante si predichi continuamente la loro dannosità. Ritengo che su questo aspetto si dovrebbe intervenire con intelligenza, pur nella consapevolezza che si va contro interessi notevoli; non abbiamo potuto affrontare compiutamente neanche questa tematica.

Vi è poi la questione della vendita degli alcolici in autostrada nelle serate del venerdì e del sabato. Molti venditori di alcolici e gestori di bar, in base ad una sorta di autoregolamentazione, dopo le 22, di loro iniziativa, non vendono alcolici ai giovani che si recano in discoteca; tuttavia, ritengo che questa misura sia insufficiente e che dovrebbe essere approvata una legge che imponga tali misure a tutti gli operatori del settore. I deputati di Alleanza nazionale auspicano una normativa del genere.

Vorrei, inoltre, proporre l'istituzione dell'insegnamento di alcologia nel corso di laurea in medicina per far capire ai giovani universitari le conseguenze dell'abuso di alcol; si tratta sicuramente di una misura non risolutiva, ma rappresenta un segnale di attenzione.

Quel che mi sembra completamente inutile, invece, è il numero esorbitante dei componenti la Consulta nazionale sull'alcol. Ogni Ministero nomina tre o quattro commissari: credo che ciò sia ridicolo. Continuiamo ad istituire per tutti i problemi commissioni nazionali di ventitrenta persone, certamente pagate e spesate completamente, che non si riuniranno mai o che, se si riuniranno, lo faranno solo per andare a pranzo con ottime libagioni. Ritengo, pertanto, che l'istituzione di commissioni in esubero sia completamente inutile, pleonastico e, soprattutto, frutto di una mal interpretata burocrazia.

Concludo dichiarando il voto favorevole dei deputati del gruppo di Alleanza nazionale sul provvedimento in esame *(Applausi dei deputati dei gruppi di Forza Italia e della Lega nord Padania)*.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà. Ne approfitto, onorevole Caccavari, per associarmi agli elogi che tutti le hanno rivolto.

Prego, onorevole Caccavari.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Signor Presidente, ho ragionato così a lungo su tale materia che in questa occasione mi riprometto di usare sobrietà di parola.

Anzitutto, intendo ringraziare davvero con un convinto e profondo sentimento i colleghi e le colleghe della Commissione e dell'Assemblea, che hanno permesso che il provvedimento in esame arrivasse alle conclusioni dell'*iter*. Un particolare ringraziamento va al sottosegretario Labate che, reperendo la copertura finanziaria, ha consentito nell'ultimo tratto del percorso di raggiungere questo punto di arrivo.

Il provvedimento, di per sé, è stato discusso per molti anni, con consensi e

dissensi trasversali, dentro e fuori il Parlamento. Tuttavia, possiamo essere tranquillamente convinti che, su tale argomento, si tratta del primo provvedimento nel nostro paese e del secondo in Europa, dopo quello francese del 1991.

Ringrazio davvero i colleghi perché questo provvedimento nasce dalla convinta – alcune volte interpretata – volontà di tutti i commissari di raggiungere un risultato; tale volontà si è cominciata a manifestare con la solidarietà dei colleghi di fronte ad alcune incomprensioni che mi ponevano al centro di una polemica che da solo non avrei potuto sostenere.

Il provvedimento tende ad incrementare l'informazione affinché vi sia una maggiore consapevolezza degli effetti prodotti sulla persona dall'abuso di alcol. L'aumento di tale consapevolezza ha consentito che essa potesse diventare materia di una decisione collettiva da parte di persone che si preoccupano di tutelare non solo la salute delle singole persone, che viene minacciata, ma anche la salute sociale, perché l'alcolismo cela altri disagi, difficoltà e gravi problemi.

Ringrazio davvero perché il provvedimento in esame fornisce risposte alle persone alcoliste, alle loro famiglie, al grande volontariato che in questi anni ha tenuto desta l'attenzione su un argomento altrimenti trascurato. Il ringraziamento va anche a quanti, in questi anni, si sono interessati del problema su diversi fronti. Tale interesse ha favorito l'avanzamento dell'iter del provvedimento; spero che al Senato si prenda atto rapidamente del dibattito che si è svolto nel paese, sia nei momenti più difficili, sia in quelli più semplici.

L'apprezzamento sociale che questo provvedimento potrebbe suscitare credo ci impegni a considerare il provvedimento stesso come un punto di partenza: sono d'accordo con i colleghi che chiedono che da qui si parta per migliorare, le norme arricchirle, renderle sempre più fruibili da parte di chi ha problema dell'alcolismo.

In conclusione, intendo sottolineare che l'impegno sociale è anche un risultato da conseguire attraverso una condivisione delle scelte fatte sul piano legislativo; penso che ragionare fino in fondo, con pacatezza e senza logiche di appartenenza, da una parte e dall'altra, ci consentirà di operare con più prudenza, con umiltà e discrezione quando saremo chiamati a passare dalle opinioni alle decisioni su materie riguardanti la sofferenza delle persone. È pensando queste sofferenze che mi sono adoperato perché si arrivasse a questo punto cioè all'approvazione del provvedimento *(Applausi – Congratulazioni)*.

PRESIDENTE. Mi associo agli applausi.

(Coordinamento - A.C. 93)

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Chiedo di parlare ai sensi dell'articolo 90, comma 1, del regolamento.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Signor Presidente, desidero proporre la seguente correzione di forma al testo: all'articolo 13, comma 3, dopo la parola « alcoliche », inserire le seguenti: « e superalcoliche ».

PRESIDENTE. Sta bene.

Se non vi sono obiezioni rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

(Votazione finale ed approvazione - A.C. 93)

PRESIDENTE. Indico la votazione nominale finale, mediante procedimento elettronico, sul testo unificato delle proposte di legge n. 93, di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

« Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati » *(testo approvato*

(...)

Torna all'indice

INTERVENTI SU PROGETTI DI LEGGE IN COMMISSIONE

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

3.

SEDUTA DI MARTEDÌ 11 MARZO 1997

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Disegno di legge (Seguito della discussione e approvazione):

Sanatoria degli effetti prodotti dai decreti-legge adottati in materia di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze e di funzionamento dei SERT (2756-*bis*) 49

Bolognesi Marida, *Presidente* 49, 51, 52, 53, 55, 57

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 57

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 56

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 52, 53, 54, 56

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) 50, 51, 54

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 52, 53

Giannotti Vasco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 50, 51

Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale) 52, 53, 55

PAG.

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD) ... 50, 55

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Relatore* 49, 51, 52, 57

Procacci Annamaria (gruppo misto-verdi-l'Ulivo) 55

Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 50, 52

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 56

anni con intelligenza e con risultati nella lotta alle tossicodipendenze. L'unico « bottino » di cui si può parlare, quindi, è costituito dai soldi che non sono stati utilizzati da parte di chi ha operato con capacità e con impegno nella lotta contro la tossicodipendenza.

Ribadendo la necessità di sbloccare questa situazione, preannuncio il voto favorevole del mio gruppo al disegno di legge in esame e la volontà di risolvere il problema dei dipendenti e delle qualifiche di quanti operano nei SERT. Il problema non può considerarsi risolto oggi con il provvedimento che ci accingiamo a votare, in quanto resta aperta la situazione non di questa o di quella regione ma, nel complesso, quella di chi ha operato nel settore ed ha il diritto di vedersi riconosciuta l'attività svolta o che sta svolgendo.

TIZIANA VALPIANA. Preannuncio che il gruppo di rifondazione comunista voterà a favore di questo disegno di legge soprattutto per togliere di mezzo un macigno che ci portiamo dietro da troppo tempo e che credo abbia impedito una discussione più serena, ragionevole ed approfondita su altri temi attinenti alle tossicodipendenze, a proposito dei quali ritengo che da giovedì potrà riprendere la discussione con serenità e, soprattutto, con la voglia fattiva di lavorare.

Credo che il voto su questo provvedimento sia dovuto soprattutto a chi è in primo piano nella lotta contro la droga, a chi ha operato in questi anni con responsabilità e capacità. Sono anche dell'avviso, però, che il discorso più complessivo di prevenzione, di decisione e, soprattutto, di assunzione di responsabilità sia possibile iniziarlo adesso con maggiore tranquillità avendo superato questo scoglio.

ROCCO CACCAVARI. Dichiaro il voto favorevole del gruppo della sinistra democratica sottolineando che il lungo dibattito di questi anni ha, quanto meno, portato ad una convergenza sulla necessità di accelerare il più possibile i finanziamenti per i servizi e per le iniziative pubbliche e private attuati nella lotta alle tossicodipendenze. E questo è senz'altro positivo perché il tempo perduto è irrimediabilmente perduto nella vita delle persone che hanno bisogno di questi interventi.

Ciò lo dico volendo anche riconoscere la necessità di rispettare fino in fondo quanto stabilito nell'ordine del giorno, perché è bene che sia riconosciuto il valore dell'impegno delle iniziative private ma è altrettanto bene sottolineare l'impegno dei servizi pubblici, dove le persone che vi operano possono andare avanti soprattutto contando sulla propria professionalità, estremamente legata alla volontà di operare che non sempre viene riconosciuta e che, qualche volta, viene addirittura derisa.

ALESSANDRO CÈ. Dichiaro l'astensione del gruppo della lega nord per l'indipendenza della Padania sul disegno legge in esame, in parte motivato dalle perplessità già manifestate in passato a proposito dell'utilizzo estensivo, a nostro avviso, della strategia della riduzione del danno, sulla quale in Commissione abbiamo avuto modo di avere un confronto acceso.

Ribadisco che il mio gruppo si era espresso favorevolmente a favore dell'assegnazione del provvedimento in sede legislativa, ma permangono i dubbi sull'articolo aggiuntivo 1.01, sul quale siamo sempre stati perplessi in quanto non abbiamo mai avuto la convinzione che rappresentasse veramente la soluzione ideale per il problema dei SERT. Siamo quindi rammaricati nel constatare come, di fatto, tale articolo abbia condizionato tutto l'iter e la discussione del provvedimento. Ancora oggi, con l'ordine del giorno poc'anzi approvato si impegna il Governo a tenere in considerazione, per il futuro, i contenuti di un articolo che, ripeto, non condividiamo pienamente.

Ci riserviamo quindi di avanzare proposte alternative e di approfondire tutti i temi riguardanti i SERT, a proposito dei quali spero di non essere stato frainteso: l'azione del partito al quale appartengo non vuole assicurare privilegi a nessuna zona del paese; vuole l'indipendenza della Padania, che anch'io rivendico sempre e

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

6.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 19 GIUGNO 1997

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Disegno e proposta di legge (Discussione e rinvio):

Modifiche ed integrazioni alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati *(Approvato dalla 12ª Commissione permanente del Senato)* (3684);

Lenti ed altri: Modifica all'articolo 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, concernente la erogazione di un assegno di superinvalidità ai soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (1599); della sentenza della Corte costituzionale n. 118 del 1966 e delle petizioni n. 51, n. 57, n. 63, n. 69, n. 70, n. 71, n. 72, n. 86 e n. 102 85

PAG.

Bolognesi Marida, *Presidente* 85, 89, 90

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 87, 90

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 86, 90

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 88

Ciani Fabio (gruppo popolari democratici-l'Ulivo), *Relatore* 85, 89, 90

Mangiacavallo Antonino (gruppo rinnovamento italiano) 88

Massidda Piergiorgio (gruppo Forza Italia) 87

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 86, 87

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 89

Ribadisco che accettiamo di proseguire l'esame del provvedimento in sede legislativa, ma aggiungo che saremo molto più vigili che in passato, anche a tutela e a supporto del sottosegretario Bettoni, la cui sensibilità non so se possa garantire in assoluto che nella prossima finanziaria sia coperto l'anno 1998. Comunque, in quella sede ricorderemo l'impegno assunto e mi auguro che i colleghi qui presenti abbiano la stessa grinta per rivendicare ciò che oggi stiamo accettando con un enorme atto di fiducia.

Per quanto riguarda le osservazioni del collega Saia, credo che abbia un po' forzato la verità facendo intendere che nella scorsa legislatura la Commissione aveva assunto una decisione all'unanimità. A me sembra che fosse una sua proposta onorevole Saia, per cui condivido anch'io le osservazioni poc'anzi espresse in maniera forte dal collega Baiamonte. Del resto, onorevole Saia, le sue osservazioni o quelle della sua parte politica suonano male se, contemporaneamente alla richiesta di una compartecipazione di tutti a certi oneri, poi vi schierate contro una compartecipazione dei magistrati, che credo non facciano meno danni dopo il referendum che c'è stato. Quindi, o la regola è uguale per tutti oppure – scusatemi – siete poco credibili su queste scelte. Comunque, in linea di massima crediamo che la strada del coinvolgimento delle ditte farmaceutiche non sia perseguibile perché in questo campo non mi risulta che ve ne sia una analoga in tutti i paesi del mondo, dove lo Stato, al pari che in Italia, pone riparo all'enorme numero di danni legato alle vaccinazioni obbligatorie. E se uno Stato assume decisioni di un certo tipo deve essere anche a conoscenza degli oneri a cui va incontro. Nel caso di danni derivanti da trasfusioni o da emoderivati, credo che lo Stato debba essere ancora più severo a proposito dei tanti problemi che abbiamo denunciato, perché ciò andrà a vantaggio non solo della tutela del cittadino ma dello Stato stesso, che non dovrà più pagare certi oneri.

ANTONINO MANGIACAVALLO. Manifesto il mio totale consenso a quanto detto dal relatore, perché ritengo che la strada da seguire sia quella da lui indicata. Senz'altro, il dibattito in aula sarebbe stato più edificante, più autorevole e prestigioso ma credo che il rispetto delle giuste esigenze degli interessati ci obblighi a fare in fretta, per cui è solo per questo che accogliamo, anche se *obtorto collo*, la proposta di proseguire in Commissione l'esame del provvedimento in sede legislativa.

Desiderei però sottolineare un'altra proposta del relatore, con il quale concordo, in merito alla presentazione di un progetto di legge per la definitiva modifica della legge n. 210 del 1992, in modo da evitare una politica legislativa fatta di sole sanatorie.

ROCCO CACCAVARI. Credo che responsabilmente abbiamo deciso assieme, anche con motivazioni diverse, di mantenere l'assenso alla sede legislativa in Commissione in quanto consapevoli del fatto di essere certamente in notevole ritardo nel rispondere alle legittime richieste delle persone che hanno subìto danni a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati. Considero sempre apprezzabile il contributo che si dà in certe circostanze, soprattutto se la finalità è comune. E in questo caso, al di là di qualche piccola polemica che è comparsa, credo che lo Stato debba anche riflettere sul fatto che se è costretto a pagare danni causati dai privati possa poi rivalersi su di loro. Quindi, ritengo che questa possibilità debba essere lasciata aperta, senza dimenticare che una tutela assicurativa ben organizzata potrebbe, in qualche modo, rappresentare anche una forma di tranquillità per quanto attiene alla risposta economica ai danni determinati dalle vaccinazioni, ai quali vanno aggiunti – da qui l'esigenza di procedere all'esame di questo provvedimento in sede legislativa – quelli causati da trasfusioni e da somministrazioni di emoderivati.

In entrambi i casi, infatti, nei soggetti danneggiati la patologia di base determina spesso anche complicanze nella vita di re-

lazione e nella vita sociale. I pazienti danneggiati dalle vaccinazioni e dalle trasfusioni sono infatti persone che conducono un tipo di vita per il quale hanno sicuramente bisogno di un riconoscimento economico, che consenta loro di far fronte alle esigenze conseguenti ai danni che hanno subìto.

Ritengo, quindi, che sia necessario procedere all'emanazione di un nuovo provvedimento legislativo che copra questo tipo di danni e che dia una risposta continuativa, di modo che non si debba di volta in volta, con decreti o altro, far fronte alle conseguenze di simili delitti (credo che il termine sia appropriato quando si viene meno alla tutela della salute del cittadino). Quindi, bisogna sì impegnarsi a riparare il danno ma soprattutto a fare in modo che non si ripeta.

TIZIANA VALPIANA. Volevo aggiungere alcune considerazioni a quelle svolte dal collega Saia, che ha espresso la posizione del gruppo di rifondazione comunista.

Ritengo anch'io che debba essere accettata la proposta del relatore, non foss'altro per evitare che il problema non venga affrontato per l'ennesima volta, evitando così di dare una risposta alle giustissime, sacrosante attese di chi ha subìto un danno così grave. Però credo che questo non basti, per cui, anche in considerazione degli impegni più volte assunti dal Governo, penso che dovremmo affrontare questa materia in maniera definitiva. Evidenzio quindi la necessità di un impegno comune per far sì che quest'anno nel disegno di legge finanziaria sia accontonato un apposito fondo – non irrisorio come quello della finanziaria del Governo Berlusconi – che rispetti la dignità di questa categoria di persone. Vi è inoltre un'altra necessità, peraltro più volte ribadita dalla sottosegretaria Bettoni: quella di porre mano ad una riflessione reale sul tema dell'obbligatorietà delle vaccinazioni partendo dai dati epidemiologici e da quelli che è possibile evincere anche dalle interpellanze dei cittadini che abbiamo ricevuto in Commissione. Ciò anche in considerazione del fatto che una recente circolare del Ministero della pubblica istruzione ha ammesso alla scuola anche i bambini non vaccinati. A me sembra che questa scelta ci ponga l'obbligo di una riflessione sull'opportunità di ridiscutere, confermandola o modificandola, la legislazione in materia. Comunque, credo che sia stato fatto un passo in avanti – altri potranno considerarlo un passo indietro – dal punto di vista legislativo e che la Commissione affari sociali e il Ministero della sanità debbano porre mano alla materia per affrontarla in modo complessivo.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

FABIO CIANI, *Relatore*. Desidero rivolgere un ringraziamento non formale ai colleghi intervenuti perché credo che in queste circostanze si misuri la sensibilità politica e personale e la disponibilità a superare i contrasti.

Ciò premesso, ritengo che adesso la cosa più opportuna da fare sia quella di preannunziare la presentazione di alcuni emendamenti per ripristinare l'originale testo del Governo e di predisporre, contemporaneamente, un provvedimento di legge che disciplini compiutamente la materia.

Ringraziando il Governo per la disponibilità dimostrata, devo dire che sono d'accordo con quanto detto da alcuni colleghi, cioè che bisogna vigilare perché nel disegno di legge finanziaria siano previsti fondi che consentano di risolvere il problema. Mi sembra assurdo, infatti, che ogni anno si debba rimettere mano a una questione su cui tutto è già stato detto e che, quindi, deve essere risolta una volta per tutte. Non mi sembra che possa esservi uno scontro ideologico sulla copertura finanziaria: se si verificano dei danni a causa dei farmaci, le imprese farmaceutiche devono risarcirli. Credo che su questo principio si possa trovare un punto di equilibrio senza intenti persecutori, senza che nessuno venga criminalizzato.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

8.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 2 LUGLIO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDI

DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Disegno e proposta di legge (Discussione e approvazione):

Modifiche ed integrazioni alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, in materia di indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati *(Approvato dalla 12ª Commissione permanente del Senato)* (3684); Lenti ed altri: Modifica all'articolo 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210, concernente la erogazione di un assegno di superinvalidità ai soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati (1599); della sentenza della Corte costituzionale n. 118 del 1966 e delle petizioni n. 51, n. 57, n. 63, n. 69, n. 70, n. 71, n. 72, n. 86 e n.102 120

Bolognesi Marida, *Presidente* 120, 121, 123

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 121

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 120

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 122

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 121

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) . 121

Di Nardo Aniello (gruppo CCD) 123

Procacci Annamaria (gruppo misto-verdi-l'Ulivo) 123

Scantamburlo Dino (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 123

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 122

Proposta di legge (Discussione e rinvio):

Senatori Valletta ed altri: Norme per la prevenzione della cecità ed iniziative per la riabilitazione visiva (Approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato) (3609) 123

Bolognesi Marida, *Presidente* 123, 125, 126, 127, 128

PAG.

Battaglia Augusto (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 128

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 126

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 126

Giacco Luigi (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Relatore* 124, 126 127, 128

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 125 127

Porcu Carmelo (gruppo alleanza nazionale) .. 126 127

Scantamburlo Dino (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 125

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 124, 126, 127

Viserta Costantini Bruno *Sottosegretario di Stato per la sanità* 124, 127, 128

sciti una volta per tutte a far fronte alle esigenze anche per gli anni a venire.

Un altro aspetto negativo è rappresentato dal fatto che non venga consentita una riapertura dei termini, ed a poco vale l'accettazione, da parte del rappresentante del Governo, di un ordine del giorno, che sappiamo quale valore e quale capacità d'incidere sull'azione di Governo abbia realmente (l'anno prossimo si riproporrà la medesima situazione).

Avevamo anche proposto di modificare in senso migliorativo il provvedimento prevedendo una rivalutazione dell'indennizzo sulla base dell'inflazione reale e non di quella programmata nonché di ampliare i termini per presentare la richiesta per tutte le patologie indicate fino a dieci anni, o, in subordine, almeno per le patologie derivanti da HCV. Ma queste proposte non sono state recepite nonostante le numerose sollecitazioni che abbiamo ricevuto, perché non sono pochi i casi di patologie da HCV che non vengono indennizzate. Avevamo altresì proposto per tutte le patologie derivanti e per tutti i procedimenti di diagnosi collegati allo stato di infermità di questi pazienti che le esenzioni non fossero limitate alle patologie direttamente correlate, anche perché si tratta di un concetto difficilmente precisabile: sono tali e tanti i disagi cui vanno incontro questi pazienti che risulta difficile delimitare le patologie davvero direttamente correlate.

Associandomi a quanto ha rilevato l'onorevole Conti, esprimo anch'io perplessità sul modo in cui si certifica che il danno è derivato da vaccini o trasfusioni, una previsione che non è stata inserita in questo provvedimento.

Per tutti questi motivi, pur condividendo l'importanza del progetto di legge in esame, a nome del gruppo della lega nord per l'indipendenza della Padania dichiaro un voto di astensione.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Nell'esprimere la soddisfazione del gruppo della sinistra democratica per il fatto che il provvedimento in esame sia giunto finalmente a conclusione, debbo avanzare anch'io qualche riserva sia per la mancata approvazione delle disposizioni riguardanti la riapertura dei termini per la presentazione delle domande sia per la copertura finanziaria limitata solo al 1997. Spero che in futuro la materia possa essere normata definitivamente e ribadisco il voto favorevole del gruppo della sinistra democratica.

TIZIANA VALPIANA. Annuncio il voto favorevole di rifondazione comunista su questo provvedimento, anche se, come i colleghi che mi hanno preceduta, debbo esprimere il mio rammarico per non aver potuto impostare le cose come tutti avremmo voluto, cioè in maniera più ampia.

Comprendo benissimo le difficoltà di bilancio in cui il nostro paese si trova ma, allo stesso tempo, ritengo importante ribadire che dovremmo cercare tutti di lavorare perché la salute sia collocata al di fuori degli angusti limiti di bilancio; si pensi soprattutto alla salute dei cittadini, in particolare quando, come in questo caso, sono stati danneggiati gravemente e in maniera colposa dallo Stato, da chi non ha operato i controlli sufficienti. Soprattutto in questo caso, quindi, avrebbero diritto ad un risarcimento, anche se tutti ci rendiamo conto che parlare di risarcimento rispetto ad un danno enorme riportato alla propria salute significa, di fatto, confondere il valore della salute con il prezzo della stessa, cosa che nessuno di noi vorrebbe fare.

Anch'io mi rammarico molto per la mancata previsione della riapertura dei termini, che credo sarebbe necessaria, perché sappiamo tutti che la legge n. 210 del 1992 non era stata sufficientemente pubblicizzata e quindi i danneggiati non ne sono venuti a conoscenza.

Esprimo inoltre la soddisfazione del mio gruppo per il fatto che gli ordini del giorno da noi presentati abbiano trovato accoglienza ed auspico che essi trovino an-

(...)

emendamenti che ho appena ritirato, il cui principio informatore affido prima ai lavori della Commissione e poi agli impegni del Governo.

PRESIDENTE. Essendo stato ritirato l'emendamento 2.3, credo che l'onorevole Valpiana ritiri il uso identico emendamento 2.4.

TIZIANA VALPIANA. Non sono stata invitata a ritirarlo e su di esso il relatore ha espresso soltanto parere contrario.

PRESIDENTE. Pensavo che l'invito a ritirare l'emendamento 2.3 valesse anche per l'identico emendamento 2.4, onorevole Valpiana.

TIZIANA VALPIANA. Non intendo ritirare l'emendamento perché, da quanto ho rilevato precedentemente e da ciò che ha detto poc'anzi il collega Massidda, risulta che la Commissione ha già compiuto un notevole sforzo per assicurare un finanziamento di un miliardo alla sezione italiana dell'Agenzia internazionale per la prevenzione della cecità. Il fatto che i 5 miliardi assegnati alle regioni vengano poi redistribuiti in particolare ...

LUIGI GIACCO, *Relatore*. Non è più così perché con l'emendamento 2.13 da me presentato la norma verrebbe modificata.

TIZIANA VALPIANA. In effetti, il fatto di sostituire le parole « in particolare » con la parola « nonché » comporterebbe già un addolcimento, però credo che comunque sia eccessivo redistribuire i fondi tramite l'agenzia, nei confronti della quale esprimo la massima stima, ma del cui lavoro non abbiamo prova. Pertanto, ribadisco di mantenere l'emendamento 2.4.

PRESIDENTE. Chiedo al relatore se, sulla base degli interventi, modifichi il suo parere sull'emendamento Valpiana 2.4.

LUIGI GIACCO, *Relatore*. No.

ALESSANDRO CÈ. Per onore di verità, debbo dire che, avendo preso appunti mentre il relatore esprimeva il proprio parere sugli emendamenti, sia sull'emendamento 2.3 sia sul 2.4 egli si è limitato ad esprimere parere contrario, senza rivolgere alcun invito al ritiro al presentatore del primo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Valpiana 2.4, non accettato dal relatore, né dal Governo.

(È approvato).

Risulta pertanto precluso l'emendamento del relatore 2.13.

Essendo stato ritirato l'emendamento Paroli 2.5, pongo in votazione l'emendamento del relatore 2.14, accettato dal Governo.

(È approvato).

Ricordo che gli emendamenti Scantamburlo 2.6 e Paroli 2.7 e 2.8 sono stati ritirati.

Passiamo all'emendamento Cé 2.9, sottoscritto anche dall'onorevole Valpiana e dal gruppo di forza Italia.

ROCCO CACCAVARI. Lo sottoscrivo anch'io a nome di tutto il gruppo della sinistra democratica.

CARMELO PORCU. Voterò a favore di quest'emendamento che mi sembra superfluo sottoscrivere, vista la chilometrica adesione che ha avuto.

Approfitto dell'occasione per fare due brevissime chiose a quanto è stato detto finora. Secondo me, bisogna distinguere in maniera netta le attività svolte dalle agenzie di carattere scientifico o comunque dagli enti che operano nel campo della ricerca scientifica da quelle che svolgono le cosiddette associazioni e gli enti di promozione sociale, cui appartengono l'Unione italiana cechi ed altre associazioni che meritoriamente operano nella trincea della disabilità da moltissimo tempo.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

9.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 9 LUGLIO 1997

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Testo unificato delle proposte di legge (Seguito della discussione e approvazione):

Calderoli: Disciplina della professione di odontoiatra (72); Caccavari ed altri: Modifiche alle legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria di odontoiatra (427); Mussolini: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409, recante istituzione della professione sanitaria di odontoiatra (1111); Gambale: Modifiche alla legge 24 luglio 1985, n. 409 concernenti l'istituzione dell'ordine degli odontoiatri (1362); Saia ed altri: Disciplina della professione di odontoiatra (1945) . 135

Bolognesi Marida, *Presidente* 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 140, 152

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 136, 137, 139, 142, 145, 146, 148, 149, 150

PAG.

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 144, 150

Calderoli Roberto (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania), *Relatore* . 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 147, 148

Gambale Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 136, 138, 139, 141, 143, 145

Giacalone Salvatore (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 145, 147, 148, 152

Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale) 151

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD) . 136, 144, 145, 147, 151

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 137, 138, 140, 142, 143, 144, 145, 147, 149, 151

Scantamburlo Dino (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 149

della Commissione Politiche dell'Unione europea riguardava questo punto specifico, qualora la Commissione decida di approvare l'emendamento nella sua attuale formulazione non potrei fare altro che trasmetterlo nuovamente per il parere.

ROCCO CACCAVARI. Trattandosi di una prova attitudinale, in effetti è possibile che il soggetto che non riesca una volta possa prepararsi ed affinare la propria attitudine per tentare una seconda. La definitiva, automatica esclusione elimina la possibilità di una seconda opportunità, mentre la formazione si acquisisce anche studiando. Stiamo infatti parlando di un laureato in medicina e chirurgia che debba dimostrare la propria attitudine a fare l'odontoiatra ed il fatto che fallisca una volta non esclude che possa superare la prova successivamente. Il « definitiva » è eccessivamente vincolante; se poi si vuole lasciare quell'aggettivo per creare un ulteriore deterrente all'accesso alla professione odontoiatrica, allora il discorso è diverso.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Forse stiamo discutendo a proposito di una terminologia che non è appropriata. Non è, cioè, appropriato parlare di prova attitudinale, poiché quella descritta dall'articolo 4 più che prova attitudinale è una prova d'esame scientifica: in questo senso, mi sembra dunque fondato l'emendamento dell'onorevole Saia. Non si tratta di attitudine ma di preparazione, che si deve acquisire con lo studio, che può quindi essere ulteriormente approfondita e sottoposta ad un successivo esame.

ROBERTO CALDEROLI, *Relatore*. Le chiedo, presidente, una breve sospensione della seduta per valutare una serie di questioni connesse al mio emendamento 4.5.

PRESIDENTE. Accogliendo la richiesta del relatore, sospendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 10,55, è ripresa alle 11.

PRESIDENTE. Riprendiamo i lavori.

ROBERTO CALDEROLI, *Relatore*. Onorevole Saia, ho proposto la modifica del primo periodo per consentire l'esercizio della professione a chi già era iscritto all'albo e per evitare che vi fosse un periodo in cui i laureati in medicina e chirurgia non potessero esercitare la professione.

Propongo pertanto una nuova formulazione del mio emendamento 4.5, stralciando l'ultimo periodo, di modo che non vi è più la necessità di richiedere il parere della Commissione di merito.

ANTONIO SAIA. Concordo con la nuova formulazione dell'emendamento 4.5 del relatore.

PRESIDENTE. Quindi, il mancato superamento della prova comporta la cancellazione dall'albo per i soggetti indicati dal presente comma.

S'intende pertanto decaduto il subemendamento Saia 0.4.5.1, in quanto non può più essere riferito al testo.

Pongo in votazione, nella nuova formulazione, l'emendamento 4.5 del relatore.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 4 nel testo modificato dagli emendamenti approvati.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 5 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, chiedo quale sia il parere del relatore e del Governo sugli emendamenti Valpiana 5.1 e Gambale 5.2, che saranno posti in votazione in linea di principio per l'espressione del parere da parte della VII Commissione.

ROBERTO CALDEROLI, *Relatore*. Esprimo parere contrario su entrambi gli emendamenti in quanto ripropongono disposizioni già bocciate dalla Commissione cultura perché lesive dell'autonomia dell'università.

(...)

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Esprimo parere favorevole.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore 25.1, accettato dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 25 nel testo modificato dall'emendamento approvato.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 26, dell'emendamento e dell'articolo aggiuntivo ad esso riferiti.

Poiché l'onorevole Gambale è assente, si intende che abbia rinunciato al suo emendamento 26.1.

Poiché l'onorevole Zeller è assente, si intende che abbia rinunciato al suo articolo aggiuntivo 26.01.

Pongo in votazione l'articolo 26.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 27 al quale non sono stati presentati emendamenti.

Nessuno chiedendo di parlare, lo pongo in votazione.

(È approvato).

Avverto che sono stati presentati gli ordini del giorno Saia n. 0/72 e abb./XII/1 e Valpiana n. 0/72 e abb./XII/2, che saranno pubblicati in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

Qual è il parere del Governo?

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Li accolgo.

PRESIDENTE. I presentatori non insistono per la votazione degli ordini del giorno accolti dal Governo.

Do la parola al relatore affinché indichi le correzioni di forma che intende proporre ai sensi dell'articolo 90 del regolamento.

ROBERTO CALDEROLI, *Relatore*. Come il presidente ha anticipato, ai sensi dell'articolo 90, comma 1, del regolamento, propongo le seguenti correzioni di forma.

All'articolo 3, comma 2 e comma 4, lettera *d)* dopo le parole « articolo 26 » inserire le seguenti: « comma 1, lettera *b)* ». All'articolo 4 denominare la rubrica come segue: « Prova attitudinale e tirocinio professionale ». All'articolo 4, comma 1, sostituire le parole « dal comma 2 » con le seguenti: « dal presente articolo ». All'articolo 17, comma 2, lettera *g)*, sostituire le parole da « e sul decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica » fino alla fine della lettera con le seguenti: « e sui decreti del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica di cui, rispettivamente, agli articoli 2, comma 2, e 4, comma 4, della presente legge ». All'articolo 21 inserire la seguente rubrica: « Funzioni della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie ».

PRESIDENTE. Pongo in votazione la proposta del relatore.

(*È approvata*).

Passiamo alle dichiarazioni di voto.

ROCCO CACCAVARI. Desidero esprimere il compiacimento del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo per la conclusione dell'esame di questo provvedimento, al quale preannuncio il nostro voto positivo. Mi pare, infatti, che siano così rispettate se non tutte, sicuramente molte aspettative di una categoria di professionisti, che con questo albo troveranno confermata la ragione giuridica della loro professione.

Ritengo, inoltre, che questo provvedimento consenta di equilibrare, nell'ambito dell'attività sanitaria, il rapporto tra laureati in medicina e chirurgia e laureati in odontoiatria, pensando ad un futuro nel quale si ridurrà sempre più il numero dei medici chirurghi che esercitano la professione di odontoiatra sulla base di regole del passato rispetto a quanti la esercite-

ranno avendo conseguito la laurea in odontoiatria.

DOMENICO GRAMAZIO. Finalmente siamo arrivati alla conclusione dell'iter di questo provvedimento. Il gruppo di alleanza nazionale ha dato il suo assenso all'esame in Commissione in sede legislativa proprio ritenendo che si potesse arrivare nel miglior modo possibile alla definizione di una legge che garantisca quanti operano e quanti vorranno operare nel settore e non sia in contrasto con quanto stabilito in materia dalla Comunità europea.

Per questi motivi, preannuncio il voto favorevole del gruppo di alleanza nazionale.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Preannuncio anch'io il voto favorevole del gruppo CCD su questa proposta di legge, per giungere all'approvazione della quale i tempi erano ormai maturi. Ritengo che tale provvedimento consentirà finalmente di mettere ordine nel settore, eliminando le discrasie che possono esserci state finora rispetto alla legge n. 409 del 1985, disciplinando il rapporto con la Comunità europea e dando, in definitiva, frutti benefici per quanto riguarda la professione di odontoiatra.

ANTONIO SAIA. Preannuncio il voto favorevole del gruppo rifondazione comunista a questo testo unificato, anche se dalla discussione svoltasi oggi sugli articoli e sugli emendamenti potrebbe sembrare che la nostra posizione fosse abbastanza radicale ed anche il voto finale potesse assumere una diversa connotazione.

Osservo, infatti, che il testo-base predisposto dal relatore, che io ringrazio per il lavoro svolto, aveva già accolto alcune indicazioni da noi avanzate, soprattutto con riferimento all'esigenza di prevedere una via d'accesso per i laureati in medicina e chirurgia precedentemente al 1985. L'articolo 5 chiarisce che questa possibilità esiste e noi abbiamo cercato di renderla ancora più esplicita con l'ordine del giorno n. 0/72 e abb./XII/2, accolto dal Governo, precisando che è possibile anche l'inverso, cioè anche ai laureati in odontoiatria deve essere data la possibilità di iscriversi con abbreviazione di corso alla facoltà di medicina e chirurgia, con una riserva di posti adeguata.

Siamo anche soddisfatti per il fatto che siano stati riconosciuti i diritti di coloro che si sono iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia entro l'anno accademico 1984-85, cioè prima che entrasse in vigore la legge n. 409, e quindi pensavano di poter svolgere anche la professione di odontoiatra. Avremmo preferito, come proposto con un nostro emendamento, che tale possibilità fosse estesa anche agli iscritti nell'anno accademico 1985-86, ma ci rendiamo conto delle difficoltà che ciò avrebbe creato e del fatto che le posizioni al riguardo sono contrastanti.

Desidero chiarire anche un ultimo aspetto, perché non vorrei che si determinassero ambiguità interpretative. In tutta una serie di articoli è stato previsto che per i titolari di diritti acquisiti, cioè per coloro che si siano laureati in medicina entro una certa data, sia conservata la possibilità della doppia iscrizione, sia nell'albo dei medici sia in quello degli odontoiatri. Questo, a nostro avviso, è necessario per tutelare quelle decine di migliaia di medici i quali, non avendo trovato collocazione stabile nel servizio sanitario nazionale, nella medicina generale, in ospedale o nella guardia medica, hanno intrapreso l'attività di odontoiatra ma conservano comunque la speranza di raggiungere l'obiettivo di poter svolgere un giorno la professione di medico in convenzione, di pediatra o quant'altro. Dal 1985 in poi, invece, tale doppia iscrizione non è più possibile.

Desidero che risulti chiara la nostra posizione: nel momento in cui venga raggiunta una stabilità definitiva nel posto di lavoro, deve essere inibita la possibilità di svolgere contemporaneamente la professione di medico e quella di odontoiatra. L'ordine del giorno n. 0/72 e abb./XII/1 tende proprio ad impegnare il Governo ad assumere le iniziative necessarie affinché, una volta ottenuta definitivamente la convenzione o si diventi titolari di guardia medica, non possa più essere esercitata la professione di odontoiatra.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

15.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 19 FEBBRAIO 1998

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Disegno e proposta di legge (Seguito della discussione e approvazione);

Norme di sostegno in favore di persone adulte con *handicap* grave (4049);

Guidi: Agevolazioni a favore delle persone con *handicap* grave e dei soggetti che le assistono (188) 247

Bolognesi Marida, *Presidente* 247, 248, 249, 250, 252

Battaglia Augusto (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Relatore* 247, 248, 249, 250

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 252

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 248, 250, 251

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 251

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD) . 251

PAG.

Polenta Paolo (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 252

Porcu Carmelo (gruppo alleanza nazionale)..... 249, 250

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 251

Viserta Costantini Bruno, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 247, 248, 250

dita per valutare le necessità anche dal punto di vista statistico, per definire poi la quota di risorse per settore.

Tutto sommato, non mi è assolutamente piaciuto il modo in cui si è proceduto in sede legislativa. Il Presidente ripete di frequente che dovremo ricorrervi spesso, proprio in conseguenza di un vero e proprio intasamento dell'Assemblea; ritengo che se si continua ad operare in siffatto modo il mio gruppo non aderirà più alle richieste di sede legislativa.

Ciò detto, siccome ritengo estremamente importante ed improcrastinabile l'approvazione del provvedimento in esame, pur con le negative osservazioni fatte non potrò votare contro e quindi mi asterrò.

PRESIDENTE. Onorevole Cè, non è solo un problema d'intasamento: nella sede legislativa è più agevole conseguire l'apporto di tutti i gruppi, giustamente anche di quelli d'opposizione; in Assemblea, questo non sempre avviene. Sono favorevole alla sede legislativa non solo per una questione di tempi, ma anche per un problema di contenuti.

ROCCO CACCAVARI. Il gruppo della sisnistra democratica voterà a favore di questo provvedimento, vivamente atteso dai destinatari, che trasmette un primo, consistente segnale d'interessamento, da parte della società verso tutti i suoi componenti, compresi – in questo caso – proprio gli handicappati e le loro famiglie.

PAOLO POLENTA. Preanuncio il voto favorevole del mio gruppo, per tutte le considerazioni espresse nel corso della discussione e successivamente.

PRESIDENTE. Il disegno di legge sara subito votato per appello nominale.

Chiedo che, in caso d'approvazione, la presidenza sia autorizzata, se non vi sono obiezioni, al coordinamento formale del testo.

(Così rimane stabilito).

Votazione nominale.

PRESIDENTE. Indico la votazione nominale sul disegno di legge di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Disegno di legge: « Norme di sostegno in favore di persone adulte con *handicap* grave », *con il seguente nuovo titolo:* « Modifiche ed integrazioni alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, per prevedere norme di sostegno in favore di persone con handicap grave » (4049):

Presenti	28
Votanti	27
Astenuti	1
Maggioranza	14
Hanno votato *sì*	27

(La Commissione approva).

Risulta pertanto assorbita la proposta di legge n. 188.

Hanno votato sì: Baiamonte, Battaglia, Bolognesi, Burani Procaccini, Caccavari, Carlesi, Chiavacci, Cossutta Maura, Dedoni, Di Capua, Fioroni, Gatto, Giacalone, Giacco, Giannotti, Gramazio, Guidi, Lucchese, Lumia, Massidda, Polenta, Porcu, Saia, Scantamburlo, Sciacca, Signorino e Valpiana.

Si è astenuto: Cè.

La seduta termina alle 13.15.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

DOTT. VINCENZO LIPPOLIS

Licenziato per la stampa dal Servizio Stenografia il 23 febbraio 1998.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

18.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 LUGLIO 1998

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Testo unificato delle proposte di legge (Seguito della discussione e approvazione):

Calderoli; Battaglia ed altri; Mussolini: Ordinamento della professione di sociologo (92-397-1103) 303

Bolognesi Marida, *Presidente* 303, 304, 305

Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 304

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale), *Relatore* 303, 304

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 304

PAG.

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 304

Mirone Antonino, *Sottosegretario di Stato per la grazia e la giustizia* 303

Porcu Carmelo (gruppo alleanza nazionale) 304

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 304

Scantamburlo Dino (gruppo popolari democratici-l'Ulivo) 305

in scienze economiche e sociali di accedere all'esame di Stato per un periodo non superiore a tre anni dall'entrata in vigore della legge quadro, quando essi siano già iscritti alla facoltà di scienze economiche e sociali ma non abbiano di fatto avuto la possibilità di modificare il proprio piano di studi così come è stato formulato nel provvedimento in discussione, inserendo cioè gli esami che danno la possibilità a regime di accedere all'iscrizione all'albo e agli esami di Stato.

ANTONIO SAIA. Ritengo che la riduzione a tre anni, prevista dall'emendamento 21.20, del periodo in cui si possono sostenere gli esami possa pregiudicare coloro che si laureano in ritardo non per negligenza ma, per esempio, per maternità o servizio militare. Nel periodo in cui la legge non è ancora entrata a regime si prevede infatti una sessione speciale di esame di Stato riservata a coloro che non hanno la laurea in sociologia ma che si trovano nelle condizioni indicate poc'anzi dal relatore. Chiedo pertanto al relatore di mantenere l'originaria previsione di cinque anni.

ROCCO CACCAVARI. Mi associo alla richiesta avanzata dal collega Saia perché mi pare che la sessione speciale debba essere prevista almeno per il periodo di un intero corso di laurea.

NICOLA CARLESI, *Relatore*. Preciso che ero addivenuto alla riduzione perché ritenevo che il periodo di tre anni fosse congruo. Se tuttavia si manifestano perplessità al riguardo, sono pronto a presentare una nuova formulazione del mio emendamento 21.20 nel senso indicato dal collega Saia.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento 21.20, nella nuova formulazione proposta dal relatore, il cui testo sarà pubblicato in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 21 come modificato dall'emendamento testé approvato.

(È approvato).

Pongo in votazione la proposta di coordinamento formale ai sensi dell'articolo 90, comma 1, del regolamento, che sarà pubblicata in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

(È approvata).

Passiamo alle dichiarazioni di voto finale.

NICOLA CARLESI, *Relatore*. Prendo la parola solo per ringraziare i componenti del Comitato ristretto e della Commissione per aver portato finalmente a termine la discussione della proposta di legge all'ordine del giorno, peraltro in un momento piuttosto difficile per la riorganizzazione degli ordini professionali. Ritengo che il provvedimento sia adeguato alle aspettative dei sociologi e conforme agli indirizzi attuali in materia di riordino delle professioni sanitarie.

ROCCO CACCAVARI. Preannuncio il voto favorevole del gruppo dei democratici di sinistra dichiarando che aver portato a termine un iter così complicato e nello stesso tempo significativo consente di riconoscere e definire una professionalità che in futuro sarà sempre più necessario utilizzare per dare alle dinamiche sociali interpretazione e spazi di ricerca e di sperimentazione.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Preannuncio il voto favorevole del gruppo di forza Italia e ringrazio anche a nome dei miei colleghi il relatore e i colleghi del Comitato ristretto che hanno saputo superare le difficoltà e concludere l'esame di un provvedimento che si trascina dalla XII legislatura. Il testo elaborato rende soprattutto giustizia ad una professione che intendiamo valorizzare e tutelare con questa legge.

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

19.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 24 SETTEMBRE 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PAOLO POLENTA

INDICE

PAG.

Proposte di legge (Discussione e rinvio):

Senatori Meduri ed altri: Norme transitorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali (*Approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato*) (4285);

Berselli: Norme in materia di sanatoria delle gestioni provvisorie delle farmacie (1970);

Bova e Mangiacavallo: Norme transitorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali (3455);

Cerulli Irelli: Disposizioni concernenti la sanatoria delle gestioni provvisorie di farmacie rurali e urbane (4094);

Giannotti ed altri: Disposizioni per l'assegnazione ai privati di sedi farmaceutiche vacanti (4404) 311

PAG.

Polenta Paolo, *Presidente* 311, 321, 324

Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 321

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 318, 320

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) . 314

Giacco Luigi (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 320

Mangiacavallo Antonino (gruppo rinnovamento italiano), *Relatore* 312, 318, 319 320, 321, 324

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia). 313

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 316

Viserta Costantini Bruno, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 313, 323, 324

anche le più disagiate. Si tratterebbe comunque dell'occasione per una considerazione di carattere generale sia sulla istituzione delle farmacie, sia sulle modalità attraverso cui espletare i concorsi.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Caccavari, ma devo far presente che per il suo gruppo ha già preso la parola l'onorevole Giacco e che in sede di discussione generale abbiamo previsto un intervento per gruppo, a meno che non si tratti di interventi a titolo personale.

ROCCO CACCAVARI. Proprio parlando a titolo personale vorrei raccomandare che si tenesse conto, in questa situazione come in tante altre, della necessità di non perdere di vista il problema della disoccupazione professionale. Credo che tutti i provvedimenti che si portano avanti debbano tener conto della necessità di utilizzare la disponibilità dei posti, in questo caso delle farmacie, per effettuare quel ricambio necessario per dare ai giovani laureati la possibilità di espletare la loro professione. Meccanismi come quello di affidare la propria farmacia ad altri per poi presentarsi al concorso per altre farmacie non fanno altro che aggravare questa disoccupazione intellettuale, che mantiene in piedi le *lobbies* e grava pesantemente sul ricambio generazionale, che invece è necessario per la salute sociale del paese.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Relatore*. Ringrazio sentitamente i colleghi che hanno rivitalizzato la discussione sul provvedimento. Li ringrazio anche per il contributo fornito durante il travagliato iter, in termini di proposte e di integrazioni. Li ringrazio, infine, per aver spostato l'attenzione dal fatto particolare oggetto del testo in esame ad una valutazione più generale sul mondo, per così dire, delle farmacie. Sono così state sottolineate, ancora una volta, le due linee di tendenza che caratterizzano la valutazione del settore farmaceutico in Italia: qualcuno ha parlato di *lobby*, qualche altro, più propriamente, di categoria professionale ma, al di là della denominazione, è stata messa in risalto la tendenza da parte della categoria a mantenere lo *statu quo*, cosa inaccettabile non solo in termini di giustizia sociale ma anche di apertura occupazionale.

A fronte di questa tendenza alla chiusura e al mantenimento della situazione attuale vi è, come è stato ripetutamente detto, quella alla liberalizzazione. Dal momento che sono stati espressi autorevoli e prestigiosi pareri circa questa tendenza, spogliandomi momentaneamente del ruolo del relatore e parlando a nome del gruppo che rappresento in questa Commissione, mi dichiaro anch'io motivatamente contrario alla liberalizzazione, esprimendo un giudizio negativo sulle proposte di legge attualmente depositate presso i due rami del Parlamento. Questo non per esprimere un giudizio politico sui gruppi o sui parlamentari che di quelle proposte sono firmatari, ma perché si parte dalla valutazione che non si può liberalizzare un presidio socio-sanitario quale è la farmacia. Certo, per chi volesse intendere la farmacia come esercizio commerciale, nulla osta a che si possa andare verso una qualsiasi forma di liberalizzazione; ma per le motivazioni ripetutamente espresse riguardo al significato che la farmacia assume oggi nel contesto territoriale evidentemente bisogna andare verso una posizione mediana tra le due estreme, che tenga conto anche principalmente della normativa europea emanata su questa materia. Quindi, cercando di contemperare le esigenze occupazionali con le attribuzioni fondamentali del settore farmaceutico, nonché nel rispetto delle direttive europee, credo si debba trovare una soluzione che rappresenti la via intermedia fra queste due tendenze.

Riguardo ai fatti particolari emersi, sottolineo ancora una volta il significato dell'emergenza e dell'urgenza del provvedimento. Emergenza perché, come è stato più volte osservato, mille e più farmacie

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

30.

SEDUTA DI MARTEDÌ 5 OTTOBRE 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposta di legge (*Discussione e rinvio*):

Senatori Meduri ed altri: Norme derogatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali (*Approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato, modificata dalla XII Commissione permanente della Camera e nuovamente modificata dalla 12ª Commissione permanente del Senato*) (4285-B) 3

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 6

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 4, 6

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 5

Mangiacavallo Antonino, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 5, 6

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega forza nord per l'indipendenza della Padania: LFNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; misto: misto; misto-UDEUR - Unione democratica per l'Europa: misto UDEUR; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano popolari d'Europa: misto-RIPE; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

gatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali », già approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato nella seduta del 28 ottobre 1997, modificata dalla XII Commissione permanente della Camera nella seduta del 16 dicembre 1998 e nuovamente modificata dalla 12ª Commissione permanente del Senato nella seduta del 17 giugno 1999.

Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali delle modifiche apportate dalla 12ª Commissione permanente del Senato.

L'onorevole Caccavari ha facoltà di svolgere la relazione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Ringrazio i colleghi per aver dato il loro assenso al trasferimento in sede legislativa della proposta di legge in esame, che torna nuovamente all'attenzione della Commissione dopo che la stessa, nella seduta del 16 dicembre 1998, aveva modificato, sempre in sede legislativa, il testo già approvato dal Senato. Successivamente, al Senato sono state apportate numerose ulteriori modificazioni che hanno comportato la soppressione di interi articoli. È quindi ora necessario, come ho già detto nella relazione che ho svolto in sede referente, valutare l'opportunità di procedere all'approvazione di questo provvedimento senza ulteriori modificazioni, data l'urgenza di far entrare in vigore al più presto le norme in essa previste.

La proposta di legge in esame prevede una disciplina derogatoria per l'assegnazione delle farmacie a favore dei gestori provvisori delle medesime che si trovino in determinate condizioni giuridiche. Il Senato in seconda lettura è in pratica tornato, per quanto riguarda la parte essenziale della proposta di legge, all'impostazione originaria.

Il comma 1 dell'articolo 1 attribuisce il diritto al conseguimento della titolarità della farmacia a quei soggetti che, alla data di entrata in vigore della legge, risultino essere gestori provvisori della medesima secondo le modalità previste dall'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie. Tale diritto attribuito *ex lege* è subordinato però al possesso di determinati requisiti. Innanzitutto, la durata minima della gestione provvisoria deve essere di almeno tre anni; in secondo luogo, si deve essere in possesso di un titolo acquisito ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 16 marzo 1990, n. 48.

Condizione necessaria per far valere il diritto è che alla data di entrata in vigore della legge non sia stata pubblicata la graduatoria definitiva del concorso per l'assegnazione della relativa sede farmaceutica. La mancata convocazione dei concorsi e conseguentemente la mancata stesura delle graduatorie è infatti una delle ragioni per cui si procede con il provvedimento in esame a sanare situazioni che sono da lungo tempo in attesa di soluzione.

Il comma 2 dell'articolo 1 stabilisce un'ulteriore deroga rispetto alla norma vigente in favore di quei soggetti che, alla data di entrata in vigore della legge, si trovino anche in una sola delle seguenti condizioni: abbiano un'età superiore a 60 anni; abbiano un titolo per la gestione provvisoria diverso da quello di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 16 marzo 1990, n. 48. A proposito del primo requisito, quello secondo cui occorre avere più di 60 anni, voglio però ricordare che tale previsione è stata superata alla luce della legge n. 127 del 1997, che al comma 6 dell'articolo 3 stabilisce che la partecipazione ai concorsi indetti da pubbliche amministrazioni non è soggetta a limiti di età.

Il comma 4 dell'articolo 1 prevede che le domande, debitamente documentate, debbano pervenire, a pena di decadenza, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

Il comma 5, infine, stabilisce che l'accertamento dei requisiti e delle condizioni previsti dai commi precedenti debba essere effettuato entro un mese dalla presentazione delle domande. I tempi e le modalità previsti tendono quindi a fare in modo che la sanatoria possa essere rapidamente applicata.

L'articolo 2 recupera in parte le disposizioni introdotte in sede di prima lettura dalla Camera relative alla semplificazione delle procedure per l'assegnazione delle farmacie assegnate per concorso anche al fine di evitare il fenomeno delle sedi vacanti (del resto, questo è uno dei problemi che si vuole affrontare con questa sanatoria).

Il comma 1 dell'articolo 2 prevede in particolare che per l'assegnazione delle farmacie nei concorsi a sedi farmaceutiche, anche se banditi anteriormente all'entrata in vigore del presente provvedimento, i candidati che risultino idonei siano interpellati, entro sessanta giorni, contemporaneamente e secondo l'ordine di graduatuoria. L'indicazione espressa da ciascun candidato non può essere modificata. Il candidato che non indica, entro il quinto giorno successivo a quello dell'interpello, la farmacia prescelta è escluso dall'assegnazione. Il provvedimento in esame dispone quindi una sanatoria per le situazioni pregresse, ma detta disposizioni precise perché non si verifichino disordini nell'assegnazione.

L'assegnazione delle sedi avviene comunque secondo l'ordine previsto dalla graduatoria.

Il comma 2 dell'articolo 2 stabilisce che le sedi farmaceutiche eventualmente resesi disponibili vengano assegnate secondo l'ordine di graduatoria agli altri candidati cui non è stata assegnata una delle farmacie messe a concorso.

Da quanto è emerso anche durante la discussione in sede referente, mi è sembrato di cogliere la disponibilità da parte dei commissari ad arrivare rapidamente all'approvazione di questa proposta di legge. Invito pertanto i colleghi a valutare l'opportunità di non presentare emendamenti, per procedere ad una rapida approvazione del provvedimento senza ulteriori modificazioni.

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Ringrazio il relatore per l'attenta e dettagliata relazione sul provvedimento, che ormai si trascina da molto tempo all'esame della Camera e del Senato. Concordo con l'onorevole Caccavari sulla necessità di procedere rapidamente all'approvazione della proposta di legge in esame, non solo perché si tratta di un provvedimento atteso da molto tempo ma perché in effetti questa disciplina derogatoria sancisce un principio di equità e di giustizia nei confronti di coloro i quali sono da tanto tempo gestori provvisori di una farmacia pur essendo in possesso di un titolo di idoneità acquisito attraverso un pubblico concorso.

Occorre procedere in fretta anche perché nel frattempo sono stati banditi concorsi da parte di molte regioni e conseguentemente chi ha gestito meritoriamente questo servizio sul territorio come presidio del servizio sanitario nazionale in zone disagiate e in zone rurali si troverebbe paradossalmente a non poter più mantenere la farmacia che ha gestito per lungo tempo. Il provvedimento in esame prevede al riguardo che in tempi brevi possano essere assegnate e riconosciute tali sedi.

Per le ragioni esposte mi associo all'appello rivolto dal relatore, auspicando che si proceda quanto più in fretta possibile all'approvazione della proposta di legge al nostro esame.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Dopo aver ascoltato la dettagliata relazione dell'onorevole Caccavari, che ha illustrato ampiamente i motivi dell'urgenza del provvedimento in esame, e dopo aver sentito il parere del Governo, che condivido, non posso che sottolineare (come ho già avuto modo di dire in altre occasioni) la necessità di procedere rapidamente all'approvazione di questa proposta di legge. Verrebbe altrimenti vanificato l'obiettivo che ci siamo prefissati dal momento che l'efficacia delle disposizioni al nostro esame finirebbe per essere cancellata e stravolta dal sopraggiungere

di ulteriori provvedimenti. Concordo quindi con quanto detto dal relatore e dal rappresentante del Governo.

PRESIDENTE. Poiché non vi sono altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali delle modifiche apportate dalla 12ª Commissione permanente del Senato.

Hanno facoltà di replicare il relatore e il rappresentante del Governo.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Rinuncio alla replica.

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Anch'io rinuncio alla replica.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione alla seduta di domani.

La seduta termina alle 12.45.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

DOTT. VINCENZO LIPPOLIS

Licenziato per la stampa dal Servizio Stenografia il 28 ottobre 1999.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

31.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 OTTOBRE 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Proposta di legge *(Seguito della discussione e approvazione)*:

Senatori Meduri ed altri: Norme derogatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali *(Approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato, modificata dalla XII Commissione permanente della Camera e nuovamente modificata dalla 12ª Commissione permanente del Senato)* (4285-B) 4

Bolognesi Marida, *Presidente* 4, 5, 6, 9 13, 14, 15, 16

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega forza nord per l'indipendenza della Padania: LFNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; misto: misto; misto-UDEUR - Unione democratica per l'Europa: misto UDEUR; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano popolari d'Europa: misto-RIPE; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

PAG.

Polenta Paolo, *Presidente* 12
Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 4, 5, 11, 13
Cè Alessandro (LFNIP) 5, 6, 7, 9, 10 11, 12, 13, 14, 15
Conti Giulio (AN) 8, 10, 15
Cossutta Maura (comunista) 15
Cuccu Paolo (FI) 15
Del Barone Giuseppe (misto-CCD) 15
Filocamo Giovanni (FI) 16
Gramazio Domenico (AN) 6, 16
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 8, 16
Mangiacavallo Antonino, *Sottosegretario di Stato per la sanità* ... 5, 9, 10, 12, 13, 14, 15
Massidda Piergiorgio (FI) 8
Saia Antonio (comunista) 7, 9, 11, 12, 15
Stagno d'Alcontres Francesco (FI) 5
Valpiana Tiziana (misto-RC-PRO) 5

senza di un donatore disposto ad effettuare la donazione a titolo gratuito, solo perché quest'ultimo non è un consanguineo.

PRESIDENTE. La proposta di legge sarà subito votata per appello nominale.

Votazione nominale.

PRESIDENTE. Indìco la votazione nominale sulla proposta di legge di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.
Comunico il risultato della votazione.

Proposta di legge Baiamonte: « Norme per consentire il trapianto parziale di fegato » (4308):

Presenti	34
Votanti	33
Astenuti	1
Maggioranza	17
Hanno votato *sì*	33

(La Commissione approva).

Hanno votato sì:

Baiamonte, Battaglia, Bolognesi, Burani Procaccini, Caccavari, Chiavacci, Ciani, Corvino, Maura Cossutta, Cuccu, Dameri, Del Barone, Divella, Filocamo, Fioroni, Galletti, Giacalone, Giacco, Giannotti, Gramazio, Guidi, Jannelli, Lucchese, Lumia, Massidda, Oliviero, Polenta, Porcu, Procacci, Saia, Scantamburlo, Stagno d'Alcontres e Valpiana.

Si è astenuto:

Cè.

Sospendo brevemente la seduta in attesa del nuovo parere della Commissione bilancio sulla proposta di legge n. 4285-B.

La seduta, sospesa alle 15.35, è ripresa alle 15.45.

Sostituzioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del regolamento, i deputati Gambale, Gatto e Signorino sono sostituiti rispettivamente dai deputati Pozza Tasca, Oliverio e Corvino.

Seguito della discussione della proposta di legge senatori Meduri ed altri: Norme derogatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali (Approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato, modificata dalla XII Commissione permanente della Camera e nuovamente modificata dalla 12ª Commissione permanente del Senato) (4285-B).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione della proposta di legge d'iniziativa dei senatori Meduri ed altri: « Norme derogatorie in materia di gestione delle farmacie urbane e rurali », già approvata dalla 12ª Commissione permanente del Senato nella seduta del 28 ottobre 1997, modificata dalla XII Commissione permanente della Camera nella seduta del 16 dicembre 1998 e nuovamente modificata dalla 12ª Commissione permanente del Senato nella seduta del 17 giugno 1999.

Ricordo che la discussione sulle linee generali delle modifiche apportate dalla 12ª Commissione permanente del Senato ha avuto luogo nella seduta di ieri.

Avverto che la V Commissione (Bilancio) ha espresso parere favorevole sul provvedimento alla luce dei nuovi documenti di bilancio per il triennio 2000-2002.

Passiamo all'esame degli articoli e degli emendamenti ed articoli aggiuntivi ad essi riferiti *(vedi allegato)*.

Passiamo all'esame dell'articolo 1 e degli emendamenti e dell'articolo aggiuntivo ad esso presentati.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore ed il rappresentante del Governo ad esprimere il loro parere.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Invito i presentatori a ritirare gli identici emen-

damenti Stagno d'Alcontres 1.1 e Valpiana 1.2, nonché gli emendamenti Cè 1.3, 1.4 e 1.5, altrimenti il parere è contrario. Anche per quanto riguarda l'articolo aggiuntivo Cè 1.01, invito i presentatori a ritirarlo, altrimenti il parere è contrario.

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo si associa ai pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. I presentatori degli identici emendamenti Stagno d'Alcontres 1.1 e Valpiana 1.2 accolgono l'invito al ritiro formulato dal relatore ?

FRANCESCO STAGNO D'ALCONTRES. Prima di ritirare l'emendamento vorrei spiegarne la *ratio*. Vi sono infatti alcuni casi che devono essere considerati. Vi sono alcune farmacie, situate in zone montane o rurali, come si preferisce definirle (si tratta comunque di pochissimi casi), che non avendo una grande produttività sono state oggetto di rinuncia da parte degli assegnatari in graduatoria. Conseguentemente, con delibera sindacale o del consiglio comunale tali farmacie sono state assegnate ad altri farmacisti, che hanno investito molte risorse per rilanciarle e renderle produttive. Con il provvedimento in esame, queste persone che hanno impegnato le loro risorse per rendere produttiva una farmacia rurale in grosse difficoltà, svolgendo quindi un servizio anche a favore della comunità, improvvisamente vengono ad essere private del diritto alla titolarità della farmacia pur avendo appunto compiuto con grossi rischi un investimento per rilanciarle.

Richiamo pertanto l'attenzione dei colleghi su questo problema: si tratta di applicare un principio di equità e di giustizia sociale. Non dobbiamo consentire che si perpetri un'ingiustizia. Chiedo al relatore di riflettere su tale questione. Accetto comunque il suo invito a ritirare l'emendamento preannunciando fin da adesso la sua trasformazione in ordine del giorno, pur sapendo che l'ordine del giorno non è vincolante nei confronti del Governo. Si tratta di garantire i più deboli. Per questo ritengo opportuno richiamare l'attenzione della Commissione sul problema.

TIZIANA VALPIANA. Mi associo a quanto detto dall'onorevole Stagno d'Alcontres e ritiro il mio emendamento 1.2.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Ho ampiamente esaminato la questione sollevata dall'onorevole Stagno d'Alcontres, anche perché coinvolge persone di mia conoscenza. Ho già parlato, del resto, con il sottosegretario Mangiacavallo e con lui abbiamo convenuto che la norma va interpretata nel senso che le situazioni in cui si ha una gestione provvisoria, comunque essa sia stata attivata, rientrano sicuramente nella sanatoria disposta dal provvedimento in esame. Nella fattispecie ciò vale anche per i casi segnalati dall'onorevole Stagno d'Alcontres.

ALESSANDRO CÈ. Intervengo sull'ordine dei lavori per sollecitare un chiarimento da parte del sottosegretario Mangiacavallo. Ritengo sia fondamentale, per la prosecuzione dei lavori, che il sottosegretario Mangiacavallo chiarisca la questione sollevata dal collega Stagno d'Alcontres, anche perché io stesso potrei decidere di fare miei gli emendamenti ritirati dagli onorevoli Stagno d'Alcontres e Valpiana. La risposta del sottosegretario potrebbe essere determinante anche per il mio comportamento successivo. Mi sembra che da questo punto di vista quello cui stiamo assistendo sia un teatrino pietoso !

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Per quanto riguarda le farmacie urbane e rurali, devo confermare quanto già detto in precedenza e cioè che esse rientrano già nell'ambito di applicazione della proposta di legge che ci accingiamo ad approvare. Per quanto concerne invece le altre realtà, quelle delle farmacie comunali, ad esse non sono applicabili le norme derogatorie in oggetto, dal momento che esse sono soggette ad un'altra

(...)

Per quanto riguarda la legge Bassanini, la diatriba sarà infinita: a me risulta che non possa essere applicabile il limite dei sessantacinque anni per la partecipazione ai concorsi. Anche con riferimento a questo punto, a mio avviso non era necessario il comma 2 dell'articolo 1.

Dopodiché, come dice giustamente il collega Conti, che io personalmente stimo, si voti: credo che il principio della democrazia sia quello non di chiedere continuamente di ritirare gli emendamenti per non votarli ma appunto quello di votare, di prendersi la responsabilità di assumere una posizione chiara.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. A me pare che l'andamento della discussione sia tale da far dimenticare come in sede referente e nella discussione generale svoltasi in sede legislativa la stragrande maggioranza dei commissari avesse convenuto sul fatto che la presente proposta di legge andava approvata per risolvere i casi indicati. Che in questo settore vi siano situazioni molto particolari, che, dopo un'attenta analisi, occorre individuare e valutare lo sapevamo tutti. Per esigenze di chiarezza credo non sia opportuno affrontare in questa sede questioni pur meritevoli di attenzione ma che devono appunto essere esaminate in un altro momento. Quando si discuterà della riforma di tutto il sistema farmaceutico emergeranno sicuramente altri aspetti sui quali dovremo necessariamente aprire un dibattito molto acceso. Ad esempio, la questione degli ordini professionali, che fino ad ora hanno fatto pressione affinché i concorsi non fossero banditi, va sicuramente approfondita anche perché a sostenere quella posizione non sono solo gli ordini professionali ma anche varie forze politiche ed altri soggetti. Molte questioni si potranno esaminare in modo più approfondito in altra sede, compresa l'accusa di clientelismo lanciata dall'onorevole Cè (rispetto alla quale lascio a lui l'onere di indagare, dal momento che personalmente non mi tocca).

Adesso stiamo discutendo una proposta di legge che regola delle situazioni precarie, con riferimento alle quali tutti eravamo convinti della necessità di trovare rapidamente una soluzione.

ANTONIO SAIA. Voglio che rimanga a verbale che c'è un'inesattezza in quello che ha detto il collega Cè. L'onorevole Cè sostiene che le farmacie sono state assegnate agli idonei per chiamata nominativa, laddove il comma 1 dell'articolo 1 si riferisce alle assegnazioni avvenute ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 16 marzo 1990, n. 48.

ALESSANDRO CÈ. Ma io mi riferisco al comma 2 dell'articolo 1!

ANTONIO SAIA. Ebbene, il comma 2 dell'articolo 1 della legge n. 48 non parla di assegnazioni casuali, esso infatti recita: « Successivamente all'applicazione delle disposizioni di cui al comma 1, ove si verificassero gestioni provvisorie di farmacie urbane o rurali, le stesse devono essere attribuite a coloro che sono risultati idonei all'ultimo concorso per l'assegnazione di farmacie vacanti o di nuova istituzione, secondo l'ordine della graduatoria ».

ALESSANDRO CÈ. Ma stai leggendo la legge del 90!

ANTONIO SAIA. Non mi interrompere, perché io non l'ho fatto quando parlavi tu. L'onorevole Cè ha sostenuto in questa Commissione che le farmacie di cui stiamo discutendo sono state assegnate agli idonei ma per chiamata diretta. Il comma 1 dell'articolo 1 del provvedimento in esame specifica invece che la sanatoria si applica a coloro i quali è stata affidata la gestione provvisoria in base a quanto scritto – ripeto – nel comma 2 dell'articolo 1 della legge n. 48 del 90. Secondo tale disposizione, per l'assegnazione della gestione provvisoria si sono seguiti due criteri: in primo luogo, era necessaria l'idoneità in un concorso pubblico; in secondo luogo, si doveva seguire l'ordine della graduatoria.

(...)

non sono contrario in linea di principio a quello che è stato sostenuto. Riconducendo il dibattito a quello che era lo spirito originario della proposta di legge in esame, ho sostenuto che è giusto, opportuno, utile e razionale che tutte le proposte che riguardano le modalità di assegnazione delle farmacie che dovranno essere assegnate con nuovi bandi di concorso vengano prese in esame nell'ambito di un provvedimento che è attualmente all'esame della 12ª Commissione del Senato. Non ha senso, a mio modestissimo avviso, inserire simili previsioni nel presente progetto di legge il cui obiettivo è quello di sanare quelle situazioni anomale cui abbiamo più volte fatto riferimento.

Circa l'impossibilità di partecipare ai concorsi indetti dalla pubblica amministrazione da parte degli ultrasessantenni (contrariamente a quanto previsto dalla legge Bassanini), questa non è una mia opinione personale, onorevole Cè.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIDA BOLOGNESI

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Gli ultrasessantenni non hanno potuto partecipare ai concorsi o perché le amministrazioni che bandivano i concorsi non hanno accolto la loro domanda o perché in tal senso si sono pronunciati i TAR. Desidero ribadirle, onorevole Cè, che questa non è una mia opinione personale, come lei ha sostenuto, ciò discende direttamente dai bandi dei concorsi o dalle decisioni dei TAR.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Pongo in votazione, in linea di principio, l'articolo aggiuntivo Cè 1.01.

(È respinto).

Passiamo all'esame dell'articolo 2 e degli emendamenti e dell'articolo aggiuntivo ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore ed il rappresentante del Governo ad esprimere il loro parere.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Invito i presentatori a ritirare gli emendamenti Cè 2.1 e 2.2, altrimenti il parere è contrario. Anche per quanto riguarda l'articolo aggiuntivo Cè 2.01, il cui comma 1 deve intendersi precluso a seguito della reiezione dell'emendamento Cè 1.5, invito i presentatori a ritirarlo, altrimenti il parere è contrario.

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con i pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. Onorevole Cè, ritira il suo emendamento 2.1 ?

ALESSANDRO CÈ. Insisto per la votazione del mio emendamento 2.1 e approfitto dell'occasione per replicare al sottosegretario in ordine alla possibilità di applicare alla fattispecie prevista dal provvedimento all'ordine del giorno le disposizioni della legge « Bassanini 2 ». Conosco perfettamente la posizione che è stata assunta da alcuni TAR, ma si tratta comunque di pronunce di primo grado, alle quali deve seguire il giudizio di livello superiore da parte del Consiglio di Stato. Alcune volte le interpretazioni possono anche non essere corrette. La legge « Bassanini 2 », di fatto, mi sembra una legge abbastanza chiara, che non può dare adito a molti dubbi.

Per quanto riguarda comunque il mio emendamento 2.1, esso prevede semplicemente una correzione formale del testo, che però è importante se si vogliono valutare le disposizioni anche da un punto di vista semantico. Dire « sono contemporaneamente interpellati secondo l'ordine di graduatoria » è a mio avviso una contraddizione in termini; io propongo una formulazione alternativa: « sono interpellati secondo l'ordine di graduatoria, in un periodo di tempo non superiore a sette giorni ». Si tratta – ripeto – di una questione formale, lessicale.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Cè 2.1, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto). (...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

20.

SEDUTA DI MARTEDÌ 29 SETTEMBRE 1998

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Disegno di legge (Discussione e approvazione):

Disposizioni in materia di incarichi di medicina generale *(Approvato dalla Camera e modificato dalla 12ª Commissione permanente del Senato)* (3229-*ter*-B) 327

Bolognesi Marida, *Presidente* . 327, 332, 333, 334

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 328, 332, 333

Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 334

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) 329, 331, 333

Del Barone Giuseppe (gruppo UDR) 331, 334

Filocamo Giovanni (gruppo forza Italia) . 333

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) . 328

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti), *Relatore* 328, 332, 333

di natura scandalosamente sindacale, è un sindacato a gestire le sorti di medici che vogliono diventare medici di medicina generale. Bene ha fatto l'onorevole Saia a predisporre quest'ordine del giorno; dobbiamo tutti impegnarci affinché ciò non accada più. È assurdo che si ribadisca l'esigenza della specializzazione in medicina generale di due anni quando esiste la specialistica in medicina che ne dura cinque. Desidero capire cosa vuole questo sindacato: vuole addirittura che ci sia un medico specialista in medicina generale con soli due anni di corso, mentre gli altri debbono farne cinque? Poi, come grande concessione, se ne propongono tre, quasi fosse una conquista. Mi pare che questo sia un modo di trattare male la sanità.

Visto che il problema è stato affrontato in questo modo, saniamo ancora una volta chi ne ha bisogno; tuttavia ci deve essere una presa di coscienza da parte di tutta la Commissione e si deve procedere allo stesso modo nei confronti di tutti i medici. Ritengo che ci si possa iscrivere al corso quando si è in possesso della laurea e si è superato l'esame di Stato e che ci si possa iscrivere alle specializzazioni quando si ha la laurea e l'esame di Stato; credo altresì che debba essere aumentato il numero delle possibilità di accesso alla specializzazione. Ciò significa anche che questo non deve essere riservato all'università, perché altrimenti permangono i numeri chiusi con dei privilegi assurdi.

Se vogliamo procedere con un minimo di rispetto per l'equità, ritengo che questa sia una strada percorribile. Se invece vogliamo mantenere i privilegi e poi piangere sulle lacrime di coloro i quali piangono sul serio, non potremo essere credibili.

Nel ribadire il voto favorevole, esprimo quindi l'auspicio che si intervenga in materia con un progetto di legge, del Governo o di tutta la Commissione. Oggi saniamo la situazione di alcuni che hanno una possibilità di lavoro, certamente non saniamo quella di coloro i quali non potranno lavorare.

ROCCO CACCAVARI. Preannuncio il voto favorevole del gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo.

GIUSEPPE DEL BARONE. Nel preannunciare il voto favorevole del mio gruppo, ringrazio per il fatto che non si sia posto in votazione l'ordine del giorno accettato dal Governo e faccio presente al collega Conti che questi concorsi vengono gestiti dal Governo e non dal sindacato. Aggiungo che nel momento in cui si dovesse parlare di specializzazione in medicina generale e non lo chiedessimo per il corso, considereremmo opportuno prevedere la durata di cinque anni come una normale specializzazione.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione per appello nominale.

Votazione nominale.

PRESIDENTE. Indìco la votazione nominale sul disegno di legge di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.
Comunico il risultato della votazione:

Disegno di legge: « Disposizioni in materia di incarichi di medicina generale » (*Approvato dalla Camera e modificato dalla 12ª Commissione permanente del Senato)* (3229-*ter*-B):

Presenti e votanti 30
Maggioranza 16
Hanno votato *sì* 30

(La Commissione approva).

Hanno votato sì:

Baiamonte, Battaglia, Bolognesi, Burani Procaccini, Caccavari, Carlesi, Conti, Cossutta, Cuccu, Del Barone, Di Capua, Divella, Filocamo, Fioroni, Gambale, Gatto, Giacalone, Giacco, Giannotti, Jan-

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

28.

SEDUTA DI MARTEDÌ 27 LUGLIO 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Disegno di legge: Proroghe di termini e disposizioni urgenti in materia sanitaria e di personale *(Approvato dalla 12ª Commissione permanente del Senato)* **(5402);**

Sentenza della Corte costituzionale n. 27 del 1998;

Petizioni nn. 109, 116, 122, 127, 128, 129, da 176 a 187, 200, 256, 387, 388, da 391 a 414, da 459 a 505, da 609 a 673, da 872 a 967 su indennizzi vaccinazioni obbligatorie 3

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 4, 5

PAG.

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 3, 4, 5, 7

Caccavari Rocco (DS-U) 4, 6

Cuccu Paolo (FI) 6

Di Capua Fabio (D-U) 6

Giacco Luigi (DS-U), *Relatore* 3, 4, 5, 7

Gramazio Domenico (AN) 6

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 7

Massidda Piergiorgio (FI) 4

Nardini Maria Celeste (misto-RC-PRO) ... 7

Polenta Paolo (PD-U) 6

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; misto: misto; misto-UDEUR-Unione democratica per l'Europa: misto-UDEUR; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano popolari d'Europa: misto-RIPE; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

PRESIDENTE. Pongo in votazione in linea di principio l'emendamento Cè 3.1, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Pongo in votazione l'articolo 3.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 4 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore ed il rappresentante del Governo ad esprimere il loro parere.

LUIGI GIACCO, *Relatore*. Esprimo parere contrario sugli emendamenti Cè 4.1 e 4.2.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Constato l'assenza dell'onorevole Cè, presentatore degli emendamenti 4.1 e 4.2: si intende che vi abbia rinunciato.

Pongo in votazione l'articolo 4.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 5, al quale non sono stati presentati emendamenti.

Nessuno chiedendo di parlare, lo pongo in votazione.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 6 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore ed il rappresentante del Governo ad esprimere il loro parere.

LUIGI GIACCO, *Relatore*. Per quanto riguarda l'emendamento Caccavari 6.1, invito il presentatore a ritirarlo, altrimenti il parere è contrario. Il parere è favorevole sugli identici emendamenti Giacalone 6.2, Gatto 6.3 e Conti 6.4. Invito i presentatori degli identici emendamenti Conti 6.6 e Massidda 6.7 a ritirarli, altrimenti il parere è contrario. Esprimo infine parere favorevole sull'emendamento Caccavari 6.5.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

ROCCO CACCAVARI. Ritiro il mio emendamento 6.1.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Caccavari.

Pongo congiuntamente in votazione gli identici emendamenti Giacalone 6.2, Gatto 6.3 e Conti 6.4, accettati dal relatore e dal Governo.

(Sono approvati).

Constato l'assenza dei presentatori dell'emendamento Conti 6.6: si intende che vi abbiano rinunciato.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Ritiro il mio emendamento 6.7.

PRESIDENTE. Sta bene, onorevole Massidda.

Pongo in votazione l'emendamento Caccavari 6.5, accettato dal relatore e dal Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 6, come modificato dagli emendamenti approvati.

(È approvato).

Passiamo all'articolo 7, al quale non sono stati presentati emendamenti.

Nessuno chiedendo di parlare, lo pongo in votazione.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 8 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, invito il relatore ed il rappresentante del Governo ad esprimere il loro parere.

(...)

PAOLO POLENTA. Dichiaro il voto favorevole del gruppo dei popolari e democratici-l'Ulivo.

PAOLO CUCCU. Il gruppo di forza Italia, sensibile al contenuto di questo provvedimento, ha contribuito in maniera determinante ad accelerare i tempi del suo iter, superando difficoltà momentanee dovute anche a fattori interni alla stessa Commissione. La qualità e l'importanza del provvedimento ci hanno spinto, in via eccezionale, a dare il nostro assenso all'esame in sede legislativa per contribuire in maniera fattiva e determinante all'approvazione dello stesso. Ne siamo felici. Siamo sicuri di aver fatto una cosa saggia nell'interesse di tutti i cittadini italiani.

DOMENICO GRAMAZIO. Sicuramente un po' di travaglio nell'iter di questo provvedimento vi è stato. In ogni caso, anche la pressione delle associazioni di categoria e di quanti operano nel settore ad ogni livello ha convinto alleanza nazionale ad esprimersi favorevolmente su questo disegno di legge. Ciò non vuole essere un regalo al Governo: lungi da noi fare regali di qualsiasi genere al Governo! Le esigenze avvertite nel comparto della sanità ci hanno spinto a far sì che questo provvedimento sia licenziato al più presto, anche per spegnere una conflittualità all'interno del settore che danneggia, a nostro avviso, quelli che vengono definiti pazienti ma che, più che pazienti, sono gli utenti della sanità. Da qui il nostro voto favorevole su questo disegno di legge, augurandoci che da parte di tutte le forze politiche vi sia una valutazione attenta anche su altri provvedimenti che dovremo esaminare in futuro e sui quali è opportuno che la Commissione dia una risposta unitaria, anche per andare incontro alle esigenze delle categorie che operano nel servizio sanitario.

FABIO DI CAPUA. Rapidamente preannuncio il voto favorevole su questo provvedimento. L'unico rilievo che mi permetto di ribadire, e che mi aveva spinto anche a presentare un emendamento (che è stato dichiarato decaduto in quanto sono arrivato con un po' di ritardo), riguarda l'articolo 8. Non è un rilievo specifico, ma un riferimento generale al modo di procedere. Ritengo che l'utilizzo del concorso riservato vada sostanzialmente abbandonato: non ne comprendo ancora oggi le ragioni e le motivazioni. Non capisco cosa impedisca ad un ente pubblico che ha posti in organico di procedere alla copertura di quei posti con un concorso pubblico, secondo le regole e le norme vigenti. Durante tutto l'iter di questo provvedimento ho ricevuto sistematicamente, come risposta, affermazioni un po' generiche del tipo « così è se vi pare », ma in realtà non ho capito — ripeto — perché si debba procedere a coprire posti con un concorso riservato quando il concorso di per sé è un momento di verifica del possesso dei requisiti richiesti, quindi consente di fare una sorta di graduatoria di merito in relazione alla capacità delle persone di ricoprire un determinato posto. Questa ombra leggera, che mi riprometto di criticare nuovamente quando arriveranno al nostro esame i provvedimenti sulle forme di sanatoria per il personale sanitario ed altro, è uno degli aspetti che mi hanno lasciato un po' insoddisfatto, ma ovviamente non è tale da determinare un condizionamento del voto finale che, stante l'importanza di alcune questioni affrontate e risolte con questo disegno di legge, sarà favorevole.

ROCCO CACCAVARI. Nell'annunciare il voto favorevole del gruppo dei democratici di sinistra, sottolineo alcuni aspetti del provvedimento che sono a mio avviso fortemente qualificanti. Innanzitutto, il monitoraggio delle acque di balneazione, con le scadenze previste, garantisce che durante la stagione estiva queste acque siano sotto controllo. L'articolo 3 reca invece interventi per la cura e la prevenzione della fibrosi cistica, nonché per gli indennizzi delle persone danneggiate da vaccinazioni, trasfusioni ed emoderivati.

Va altresì rilevata l'importanza della disposizione contenuta nell'articolo 6, secondo cui l'erogazione dei medicinali da parte dei farmacisti può avvenire in con-

dizioni di assoluta urgenza o di manifesta necessità; non solo, ma in carenza del farmaco richiesto il farmacista, sotto la propria responsabilità, provvede alla sua sostituzione dandone informazione al medico prescrittore, facendo così salva una deontologia professionale che in questi casi va sempre ricercata e rispettata.

Considero inoltre rilevante l'introduzione delle disposizioni in materia di profilassi, così come la messa a norma di una pratica di informazione sulla pubblicità dei medicinali che consente adesso una divulgazione maggiore ma comporta anche una responsabilità più grande da parte di chi questa divulgazione promuove.

In conclusione il provvedimento, pur disciplinando aspetti diversi, rappresenta una giusta e dovuta risposta alle esigenze di tanti cittadini che da anni attendono una soluzione a problemi che per molto tempo sono rimasti invece sospesi.

MARIA CELESTE NARDINI. Annuncio il voto favorevole del gruppo di rifondazione comunista.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Annuncio il voto favorevole del gruppo del CCD sul provvedimento.

LUIGI GIACCO, *Relatore*. A conclusione dell'iter, ringrazio tutti i colleghi che hanno contribuito alla definizione e — spero — all'approvazione in sede legislativa del disegno di legge, soprattutto per un aspetto in particolare: mi riferisco all'articolo 3, concernente interventi per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica e per gli indennizzi ai soggetti danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni ed emoderivati. Il problema riguarda un numero considerevole di cittadini ed in proposito sono state presentate moltissime petizioni al Parlamento.

Rivolgo nuovamente un ringraziamento a tutti, dai funzionari ai colleghi parlamentari, per la conclusione, mi auguro positiva, dell'iter del provvedimento.

PRESIDENTE. Prima di procedere alla votazione finale, chiedo che la presidenza sia autorizzata a procedere al coordinamento formale del testo approvato.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Passiamo alla votazione per appello nominale.

Votazione nominale.

PRESIDENTE. Indìco la votazione nominale sul disegno di legge di cui si è testé concluso l'esame.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.
Comunico il risultato della votazione:

Disegno di legge: « Proroghe di termini e disposizioni urgenti in materia sanitaria e di personale » (*Approvato dalla 12ª Commissione permanente del Senato*) *(nuovo testo)* (5402):

Presenti e votanti	24
Maggioranza	13
Hanno votato *sì*	24

(La Commissione approva).

Hanno votato *sì:*

Baiamonte, Barbieri, Battaglia, Bolognesi, Caccavari, Chiavacci, Cuccu, Di Capua, Divella, Giacalone, Giacco, Giannotti, Gramazio, Guerzoni, Lucchese, Lumia, Mariani, Massidda, Nardini, Polenta, Porcu, Procacci, Signorino e Stanisci.

La seduta termina alle 14.50.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

DOTT. VINCENZO LIPPOLIS

Licenziato per la stampa dal Servizio Stenografia il 2 agosto 1999.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

29.

SEDUTA DI MARTEDÌ 21 SETTEMBRE 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposta di legge *(Discussione e rinvio)*:

Senatori Di Orio ed altri; Carcarino ed altri; Lavagnini; Servello ed altri; Di Orio ed altri; Tomassini ed altri: Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della vigilanza e dell'ispezione nonché della professione ostetrica *(Approvata, in un testo unificato, dal Senato)* (4980) .. 3

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 4, 5, 12, 14

Battaglia Augusto (DS-U), *Relatore* 5, 13

PAG.

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 6, 14

Caccavari Rocco (DS-U) 11

Carlesi Nicola (AN) 4, 11

Cuccu Paolo (FI) 3, 7, 8, 10

Di Capua Fabio (DS-U) 9

Fioroni Giuseppe (PD-U) 12

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 10

Massidda Piergiorgio (FI) 6, 7, 8

Valpiana Tiziana (misto-RC-PRO) 9

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega forza nord per l'indipendenza della Padania: LFNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; misto: misto; misto-UDEUR - Unione democratica per l'Europa: misto UDEUR; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano popolari d'Europa: misto-RIPE; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

per iscritto l'iter, avremmo potuto benissimo convocare una riunione dell'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi per giungere ad un chiarimento. Non sarebbe successo nulla, anzi sarebbe successo qualcosa di buono, perché saggiamente ed intelligentemente avremmo raggiunto un accordo per superare queste nefandezze, ferma restando la possibilità da parte del singolo di adottare a livello personale le decisioni a suo avviso più opportune. Però saremmo arrivati alla conclusione dell'esame del provvedimento verosimilmente di comune accordo. Penso che ciò non potrà verificarsi — e non solo per il provvedimento in questione ma anche per quelli che verranno — se questo sarà l'atteggiamento della maggioranza e della presidenza della Commissione.

NICOLA CARLESI. Preannuncio che anche il gruppo di alleanza nazionale presenterà alcuni emendamenti riferiti al testo in esame.

Interverrò ora brevemente sul problema sollevato questa mattina. Nessuno chiedeva di paralizzare il lavoro della Commissione: ci mancherebbe altro ! Né si può ritenere che nel momento in cui non un gruppo, ma più gruppi chiedono una sospensione, questi lo facciano per rinviare il provvedimento, come qualcuno ha sostenuto. Esiste invece un'esigenza da parte di parlamentari che si sentono offesi. Il discorso relativo alla sensibilità del parlamentare non può essere assolutamente messo in discussione, perché chissà quanti altri parlamentari sono soggetti a minacce o a lettere di questo tipo ma non le hanno mai portate in questa Commissione. È quindi la sensibilità del parlamentare che in questo momento viene offesa. E a fronte di ciò l'onorevole Battaglia, prima ancora degli altri, avrebbe dovuto rispondere con altrettanta sensibilità chiedendo egli stesso, in qualità di relatore, di sospendere la seduta al fine di poter esprimere unanime solidarietà a colleghi che si sono sentiti lesi nelle loro funzioni di commissari. È una questione di *savoir faire*, di correttezza tra colleghi, che certamente non avrebbe compromesso l'iter del provvedimento, ma che in questo modo minaccia di inficiarlo perché evidentemente a una richiesta di correttezza si è risposto in maniera scorretta.

ROCCO CACCAVARI. Credo che questa nota apparsa su Internet richieda una forte sottolineatura da parte mia, anche se, come sapete, sono testimone di una grande campagna che ha utilizzato tutti i mezzi di informazione. Vorrei esprimere non soltanto un sentimento di solidarietà verso i colleghi, ma anche l'impegno da parte di tutti noi ad una maggiore attenzione quando, anche inavvertitamente, con una frase, una parola, un giudizio o un commento, sia pure confidenziale, facciamo trapelare dissensi o non concordanze che possono dare adito a queste vicende.

Credo che il valore politico dei colleghi Cuccu e Massidda non sia messo in discussione dalla nota di un'associazione, nei riguardi della quale, come per tutte le altre, ognuno di noi può avere atteggiamenti positivi o negativi (ma questo non importa). Le associazioni, infatti, si rivolgono a tutti noi o per un motivo o per un altro esattamente opposto; forse la concitazione che ci prende nel momento in cui andiamo a discutere provvedimenti che da lungo tempo attendono di essere esaminati, interessano larghe categorie di lavoratori, vedono tutti noi impegnati nel tentativo di trovare una buona soluzione, ci impedisce di valutare con attenzione alcuni passaggi su cui invece bisognerebbe meditare.

Anch'io considero opportuna la richiesta di fermarci un attimo a riflettere sulla vicenda, ragionando tra noi, forse senza neppure portarla al di fuori della Commissione, al cui interno mi sembra possa riconoscersi un metodo di lavoro per il quale tutti quanti, al di là dell'incarico, abbiamo la capacità di farci ascoltare e di ascoltare. Credo che l'espressione della solidarietà debba essere seguita da un gesto, da un atto che dia concretezza al sentimento manifestato da tutti. Si potrebbe benissimo mettere per iscritto — su iniziativa della Commissione o del relatore

— il nostro dissenso, per superare la faccenda e cercare di andare avanti nell'interesse della legge, fatta salva ovviamente la libertà e l'autonomia di ognuno di decidere altrimenti.

GIUSEPPE FIORONI. Credo sia sicuramente fastidioso, tale da suscitare indignazione, ricevere attacchi gratuiti, ma ognuno di noi è temprato rispetto a strumentalizzazioni di questo tipo. Personalmente, dopo l'approvazione della legge delega sulla razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale e il successivo decreto, pur essendo istituzionalmente molto meno rappresentativo dell'onorevole Massidda, sono stato oggetto di una serie di insulti che ho considerato gratuiti da parte di organizzazioni professionali ed altri soggetti che non condividevano lo spirito della legge e si trovavano su posizioni portate avanti da autorevoli colleghi del Polo. Questo meccanismo, purtroppo, ci vede spesso coinvolti, ma il disappunto in merito alla nota trasmessa su Internet nasce dal voler insinuare gratuitamente un aspetto del tutto estraneo alla realtà. L'atto è grave sotto questo profilo; il fatto che un'associazione esprima una critica alla posizione assunta di non consentire l'esame di un provvedimento in sede legislativa o nei tempi ritenuti più opportuni rientra nella normale dialettica tra politica e società civile; la dietrologia, invece, disturba ed è veramente intollerabile.

Ciò detto, l'atteggiamento riparatore consiste nell'arrivare ad un chiarimento con i vertici di quell'associazione nei modi e nelle forme che si riterranno utili da parte della forza politica e non del singolo soggetto. Non credo sia di qualche utilità procrastinare l'approvazione di un provvedimento che riguarda anche l'AITR, ma interessa ben altri soggetti: penso, a fronte dei mille fisioterapisti (sicuramente significativi), ai 300 mila infermieri, che non possono certo pagare di persona. Non si può creare un nesso di causalità tra la lesione di un diritto (quello di non essere insultato) e il ritardo nell'approvazione di un provvedimento legislativo che riguarda 300 mila operatori, la generalità dei cittadini malati, la nostra coscienza, il nostro dovere morale di votarlo. In tal modo favoriremmo un'ulteriore dietrologia.

Inviterei quindi a sollecitare un chiarimento con i vertici dell'associazione su quanto è avvenuto rispetto alla capziosità di quell'affermazione. Per il resto, rispetto alla legge dovremo fare la nostra parte perché altrimenti si potrebbe pensare che l'interesse personale sia il motivo per cui si ostacola l'iter del provvedimento; e dalla sacrosanta ragione si passerebbe al torto.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

Dopo l'intervento dei colleghi credo di dover precisare alcuni punti.

Esprimo la mia solidarietà nei confronti degli onorevoli Cuccu e Massidda e il mio dispiacere, come sempre avviene quando i colleghi esercitando la loro attività vengono fatti oggetto di attacchi nelle diverse forme; in questo caso non si tratta di uno scritto anonimo, trattandosi del sito di un'associazione con nome e cognome. Questa situazione purtroppo si presenta molto spesso attraverso varie forme di comunicazione; i deputati, oltre a tutelarsi sotto il profilo della diffamazione laddove fosse da rinvenire, a mio avviso devono resistere rispetto a forme di pressione che in qualche modo possono inficiare l'autonomia del lavoro dei singoli e dei gruppi.

Nel caso particolare, ho ritenuto opportuno chiamare la Commissione a decidere sull'ordine dei lavori secondo quanto stabilito dall'articolo 41, comma 1, del regolamento in considerazione della particolarità della situazione. Non ho partecipato alla votazione ritenendo che la Commissione dovesse decidere nella pienezza della sua autonomia.

Credo comunque che la discussione di questa mattina sia servita ai colleghi per uno scambio ed un approfondimento. Valuterò l'opportunità di rivolgermi io stessa all'associazione, anche perché, in particolare in questa fase, l'onorevole

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE REDIGENTE

26.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 20 SETTEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Testo unificato delle proposte di legge e petizione *(Discussione e rinvio)*:

Calderoli; Procacci; Corleone; Caccavari; Nardini e Schmid; Sica ed altri; Ruzzante; Errigo; Trantino; Alborghetti ed altri: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (93-108-164-423-1025-1926-2835-3535-3542-3608);

PAG.

Petizione n. 230 sulla prevenzione e la cura dell'alcolismo 3

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 6, 8

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 3

Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) .. 6

Procacci Annamaria (Misto-Verdi-U) 5

Valpiana Tiziana (Misto-RC-PRO) 4

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

La seduta comincia alle 8.55.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Discussione del testo unificato delle proposte di legge Calderoli; Procacci; Corleone; Caccavari; Nardini e Schmid; Sica ed altri; Ruzzante; Errigo; Trantino; Alborghetti ed altri: Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (93-108-164-423-1025-1926-2835-3535-3542-3608); e della petizione n. 230 sulla prevenzione e la cura dell'alcolismo.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione in sede redigente del testo unificato delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati Calderoli; Procacci; Corleone; Caccavari; Nardini e Schmid; Sica ed altri; Ruzzante; Errigo; Trantino; Alborghetti ed altri: « Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati », e dell'abbinata petizione n. 230 sulla prevenzione e la cura dell'alcolismo.

Tale discussione si svolgerà sul testo elaborato dalla nostra Commissione nel corso dell'esame in sede referente.

Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

L'onorevole Caccavari ha facoltà di svolgere la relazione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Iniziamo oggi l'esame in sede redigente del progetto di legge relativo al trattamento degli alcoldipendenti e delle patologie collegate alla dipendenza alcolica. Come ho riferito sia nell'esame in sede referente sia nella relazione allegata al testo presentato all'Assemblea, ricordo che della questione si è discusso in questa legislatura già a partire dal 1996 e che personalmente avevo sottoposto il problema alla Commissione anche nelle due legislature precedenti. Ritengo dunque di poter esprimere soddisfazione perché si è finalmente riusciti, grazie al contributo di tutti i gruppi ed all'attenzione che i colleghi commissari hanno riservato ad una problematica così importante, a raggiungere questo primo risultato.

La trattazione dell'argomento in Commissione ha registrato fasi abbastanza difficili in quanto ha largamente coinvolto l'opinione pubblica, sia quella rappresentata dagli addetti ai lavori sia quella costituita dai comuni cittadini. In molte occasioni ho avuto l'opportunità, in quasi tutto il territorio del paese, di confrontarmi con tante persone, direttamente o indirettamente interessate a che questa proposta diventi legge dello Stato, in quanto vi è l'esigenza di fondo di ottenere una legislazione che consenta di lavorare sulla prevenzione, la cura e la riabilitazione.

Per quanto riguarda la legislazione vigente, conformemente a quanto era avvenuto anche nel passato, l'atteggiamento sociale ha portato a valutare questa dipendenza evidenziando soprattutto il disturbo che poteva determinare sia sotto il profilo strettamente legale sia dal punto di vista della tolleranza all'interno della società.

Il lavoro che abbiamo condotto in Commissione tende invece a costruire un percorso al quale ricondurre le persone alcoldipendenti, dopo aver lavorato molto,

a tutti i livelli, perché di alcoldipendenti ve ne siano sempre di meno. Il punto focale del progetto è dunque quello della prevenzione, che vogliamo venga presentata alla società italiana attraverso le istituzioni pubbliche e l'iniziativa privata come la centralità di un'azione contro gli stati di intossicazione alcolica. Non vi è dunque alcuna intenzione né proibizionista né permessivista, bensì l'intento di pervenire ad un controllo dei consumi, in modo tale che la moderazione e la capacità di autocontrollo siano legate alla consapevolezza delle conseguenze di un eccessivo consumo alcolico.

Sicuramente avremo modo, nel prosieguo della discussione, di confrontare altre opinioni; credo che ciò sia importante per definire al meglio il testo che vogliamo trasformare in legge. Aggiungo che nel 1998 si è verificato qualche problema rispetto all'interpretazione data ad un articolo della legge che faceva riferimento alla possibilità di richiamare l'attenzione dei consumatori sui possibili danni alla salute: ripeto, si trattò di un'interpretazione un po' spinta, che portò a forti contrapposizioni tra i diversi gruppi interessati, dai produttori alle persone che operano nella società per prevenire o recuperare il danno alcolico. A proposito di queste ultime, una volta approvata la legge penso che verrà dato il giusto riconoscimento a tutto il mondo del volontariato che, attraverso le associazioni degli alcolisti anonimi e degli alcolisti in trattamento, si è occupato in maniera determinante e continuativa delle problematiche dell'alcoldipendenza e delle patologie correlate.

Rinvio infine alla lettura della relazione che ho presentato per l'esame in Assemblea ed alla cospicua mole di atti parlamentari costituita dalle numerose discussioni in Commissione, oltre a quanto è stato prodotto nel corso delle audizioni, sottolineando con forza che è necessario dotare il paese di un provvedimento di legge che consenta di aprire una rete, diffusa su tutto il territorio, a cui le persone danneggiate dall'alcol possano rivolgersi per essere recuperate e reinserite nella società, nonché creare un tessuto dai cui nodi essenziali parta il messaggio della prevenzione. Occorre infatti – insisto su questo punto – rendere molto alto il livello di consapevolezza, in maniera tale che le persone vengano messe a conoscenza di ciò che l'abuso può determinare ai loro danni.

TIZIANA VALPIANA. Desidero esprimere la mia soddisfazione per il punto in cui è arrivata la discussione di questa proposta di legge, che ha subito vicende alterne che ne hanno dilatato i tempi dell'iter. Credo che chiunque legga attentamente l'articolato si possa rendere conto di quanto in realtà siano state strumentali tutte le polemiche che vi sono state negli anni passati: non si tratta, nel modo più assoluto, di una legge proibizionista, bensì di un progetto che finalmente affronta in maniera istituzionale, seguendo il lavoro pionieristico compiuto dalle associazioni degli alcolisti anonimi, tutti i problemi della prevenzione dell'alcolismo, che nel nostro paese è una questione estremamente seria, nonché della cura e della riabilitazione.

Provengo da una regione, il Veneto, notoriamente problematica da questo punto di vista e, poiché mi sono occupata della questione delle donne maltrattate, ho raggiunto la consapevolezza di quanto i maltrattamenti e la distruzione delle famiglie spesso derivino dall'abuso dell'alcol e da situazioni sociali che forse non si conoscono tanto perché rimangono nel chiuso delle case, ma che ugualmente rendono invivibile la vita a molte donne, ma soprattutto a molti bambini. Nella mia regione vi è una tradizione di utilizzo del vino e delle grappe anche nei confronti dei bambini, ma non ci si rende conto di quanti danni possano essere arrecati dal punto di vista neurologico e cerebrale, nonché da quello dell'inserimento sociale. Ritengo dunque che sia necessario istituire in tutto il territorio servizi che lavorino nel senso della pre-

(...)

Camera dei Deputati — 1 — *Commissione in sede legislativa* — **33**

XIII LEGISLATURA — XII COMMISSIONE — SEDUTA DEL 9 NOVEMBRE 2000

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

33.

SEDUTA NOTTURNA DI GIOVEDÌ 9 NOVEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposte di legge *(Seguito della discussione e rinvio)*:

Bolognesi ed altri: Norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7386);

Cè: Disposizioni per la semplificazione della normativa relativa all'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7398) ... 3

PAG.

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 5, 9, 10, 11

Caccavari Rocco (DS-U) 5, 8

Cè Alessandro (LNP) 8, 10

Giacalone Salvatore (PD-U), *Relatore* 10

Labate Grazia, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 9, 10

Massidda Piergiorgio (FI) 3

Saia Antonio (Comunista) 7

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

innanzitutto dal fatto di non aver ascoltato chi da esperto aveva suggerito in Commissione l'altra soluzione e in secondo luogo dal non essersi voluti uniformare ad una direttiva europea che parlava già di trenta giorni (e non si trattava di un'ipotesi assurda, in quanto si teneva appunto conto del particolare tipo di patologia trattato). Proprio perché qualche volta si commettono degli errori in buona fede, ritengo pertanto che in questo momento così delicato e a fronte di una comune volontà sia opportuno non irrigidire i rapporti tra maggioranza ed opposizione, soprattutto tenuto conto che alcuni dei suggerimenti provenienti dall'opposizione possono essere costruttivi. Meglio ritardare di qualche ora il varo di un provvedimento che abbiamo ritardato di mesi (uso il plurale per cercare di essere onesto con tutti), piuttosto che approvare una legge in sede legislativa che elimina alcuni difetti della precedente disciplina introducendone magari degli altri. La mia è semplicemente un'esortazione alla Commissione a non impedire lo svolgimento di un'adeguata discussione, perché questa può senz'altro essere utile.

Per esempio, alcune delle osservazioni dell'onorevole Conti (che per la spigolosità del suo carattere molto spesso ha un modo di esporre le proprie posizioni che può anche risultare discutibile) devono far riflettere, soprattutto chi, non essendo medico, non sa che la morfina può creare dei problemi. Ne parlavamo anche con il collega Saia: forse il collega Conti ha esagerato ma, onorevole Saia, lei sa benissimo che la morfina può creare dei problemi nel paziente, e può creare anche dei problemi organizzativi. È brutto ricordarlo, ma noi stiamo parlando della somministrazione di morfina nell'ambito di un'assistenza domiciliare, e quando si dà la morfina al paziente l'assistenza domiciliare da parte dell'infermiere deve essere completa, perché sicuramente nell'arco di pochi giorni il paziente in questione non riesce più a defecare: molto spesso, l'eliminazione delle feci non può essere più indotta farmacologicamente ma deve avvenire per via meccanica. L'assistenza a domicilio, insomma, deve essere completa. Scusate se ho introdotto questo argomento, ma si tratta di una questione molto delicata ed è solo uno dei problemi che può creare la morfina.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola agli altri colleghi, onorevole Massidda, volevo precisare che il Governo ha per il momento semplicemente avviato l'iter per la predisposizione di un disegno di legge. Il sottosegretario Grazia Labate potrà comunque fornire ulteriori chiarimenti intervenendo in sede di replica.

ROCCO CACCAVARI. Ritengo che la delicatezza dell'argomento e la necessità di approfondire molti aspetti tra quelli che sono stati evidenziati nella discussione odierna richiederebbero la presenza di tutti i colleghi intervenuti nel dibattito. Mi pare infatti vi sia una grossa confusione tra le ragioni che inducono ad esprimere dissenso rispetto al provvedimento al nostro esame e tutte quelle che possono essere le reali o a volte immaginarie conseguenze di una simile scelta.

Il provvedimento in esame tende a semplificare alcune modalità stabilite da leggi precedenti relative alla prescrizione, alla detenzione e alla distribuzione dei farmaci analgesico-narcotici. Quando si semplifica un capitolo così importante di farmaci facendo riferimento esclusivamente alla morfina si fa pertanto un'operazione non solo riduttiva ma anche culturalmente negativa, in quanto alla morfina, non da oggi ma da sempre, si associa strettamente il discorso della dipendenza che la stessa determina. La legislazione restrittiva è nata proprio perché la morfina, che è un farmaco dagli straordinari effetti analgesico-narcotici, è stata usata a scopo eufomanico da quando è stata scoperta nell'Ottocento. Ma la madre, o meglio il padre, di tutte le sostanze in questione è l'oppio, da cui derivano tutte le altre sostanze similari. Tutti i rischi rispetto ai quali ho oggi sentito fare accorata denuncia sono stati già sperimentati da molti popoli e da milioni di consumatori e sono centinaia di

anni che si sperimentano gli effetti e le conseguenze di tali consumi. Certo, poiché la sostanza di partenza, cioè l'oppio, e tutti i suoi derivati, compresi quelli di sintesi, sono farmaci che possono essere utilizzati a scopi eufomanici, mi pare sia giusto che la società si preoccupi e si difenda da questi rischi con alcune normative. Mi scuso se mi dilungo sull'argomento ma vorrei chiarire questo punto.

Le nostre esperienze recenti in fatto di tossicodipendenza diffusa nel sociale ci hanno dimostrato che l'uso delle sostanze stupefacenti ha preso il via da un farmaco molto più potente della morfina stessa, qual è l'eroina. Mentre la morfina è un prodotto naturale, che viene ricavato dal papavero, l'eroina è un prodotto semisintetico in quanto si tratta di morfina diacetilata, il che la rende molto più potente. È chiaro per chiunque abbia un minimo di conoscenza del meccanismo della dipendenza che per ottenere con la sostanza meno potente gli stessi effetti ottenuti con una sostanza più potente si deve usare un quantitativo molto maggiore. Questo è lapalissiano. È però anche vero che, nel consumo diffuso delle sostanze stupefacenti, chi ha questa abitudine gradisce qualsiasi cosa gli possa determinare un certo effetto. La cautela di inserire nella norma elementi che possano consentire il controllo sulla prescrizione, la distribuzione e la consegna di tali sostanze credo quindi sia degna di rispetto. Non si deve però confondere l'eccezionale effetto analgesico-narcotico delle sostanze cosiddette stupefacenti con i rischi « drogastici » determinati dal loro uso, in quanto vorrei che ognuno di noi tenesse presente che qualunque sostanza può diventare una droga (nell'accezione negativa che diamo a tale termine, che poi deriva dall'inglese *drug* che vuol dire farmaco) se impiegata con modalità di somministrazione, dosi e frequenza di assunzione differenti. Vorrei far presente, banalmente, che esiste una forma di dipendenza, nota come salicismo, determinata dall'aspirina che, pur avendo effetti collaterali, è un farmaco di elezione nella terapia del dolore.

Comunque, se pure riusciamo a superare la limitazione culturale che fa guardare alla morfina come ad una specie di diavolo al quale ricorrere solo in certi casi, non ammettiamo nel contempo la necessità di adoperare per le finalità terapeutiche di cui ci stiamo occupando anche altri farmaci che finora sono stati invece utilizzati in altri casi. Mi riferisco, per esempio, ad un farmaco di sintesi, il metadone, usato nelle disintossicazioni da stati di dipendenza, un farmaco che sotto un profilo analgesico, e riducendo la parte narcotica, è molto più potente della morfina. La potenza si misura nei quantitativi assunti e nella frequenza delle assunzioni. In sostanza, essendo l'emivita della morfina purtroppo molto breve, in un paziente che abbia un dolore incontenibile essa va somministrata in continuazione per via venosa; basterebbe il corrispettivo di potenza condensato nel metadone per poter ricorrere ad una somministrazione unica per via orale con un effetto analgesico sicuramente maggiore di quello indotto dalla morfina.

Il dolore è di per sé uno sconvolgimento delle sensazioni e rispetto al dolore non si possono distinguere cause più o meno nobili. Sicuramente siamo in coscienza chiamati a provvedere al dolore del paziente terminale affetto da cancro, quando purtroppo è scontato che l'esito sarà letale e che quindi non si avrà nessun risultato duraturo di questo pseudobeneficio, ma non dobbiamo dimenticare che vi sono sindromi dolorose gravissime, che nel corso della vita di ognuno di noi possono rappresentare momenti di grande sconvolgimento, anche psichico: vi sono dolori che fanno veramente impazzire. L'uso dei farmaci analgesico-narcotici va quindi diffuso, e non deve essere un uso compassionevole, destinato solo ai casi ineluttabili: questi farmaci devono essere usati in tutti i casi caratterizzati dall'intensità del dolore e dall'impossibilità di contenerlo con altri sistemi.

Esiste certamente una graduatoria degli analgesici, ma siccome ci occupiamo di quelli di derivazione morfinica o per lo meno di analgesico-narcotici in generale,

vorrei che la proposta di legge in esame avesse un'impostazione più consona alle esigenze. Si tratta di rendere più agevole l'uso di tali sostanze ed al contempo di renderne più controllabile l'abuso. Non si può pensare, del resto, che la disfunzione nell'uso dei prodotti morfinici si possa verificare solo nella fase della prescrizione, della consegna o della somministrazione. Ho sentito parlare di centinaia di migliaia di fiale ! Ma siamo matti ? Le dosi terapeutiche sono protocollari; diversamente si incorre nei rischi che sono stati denunciati.

D'altra parte, non si può con terapia « morale » correggere gli effetti collaterali di un farmaco eccellente come la morfina. La stipsi, per esempio, cui si faceva cenno, è una conseguenza inevitabile, però vi sono anche modalità per potervi far fronte. Voglio anche ricordare che la morfina è un forte depressore del centro del respiro e quindi, manovrata da persone non competenti, può determinare dei rischi. Ma anche l'aspirina, se presa in dosi eccessive, buca lo stomaco ! Dobbiamo quindi parlare di un farmaco che va somministrato da persone competenti per finalità giustificate e tra i cui effetti eccellenti vi sono anche effetti collaterali, ai quali si fa poi fronte come si può. Eliminiamo dal ragionamento tutto ciò che non serve !

Rinvio all'esame degli articoli e degli emendamenti l'approfondimento di alcuni punti specifici. Vorrei da ultimo ricordare che la morfina è una sostanza che ha una serie di effetti positivi; per esempio, è il più potente antitosse che esista, più della stessa codeina. Deve quindi essere usata da chi ne conosce gli effetti diretti e collaterali, ma dobbiamo fare in modo che il medico ne possa disporre tutte le volte che lo ritiene necessario. C'è un caso classico in cui l'uso della morfina è insostituibile: è lo scompenso acuto del cuore sinistro, l'edema polmonare, in cui non c'è dolore; si ha anzi uno stato di incoscienza e si può arrivare anche al coma. Ebbene, in questi casi l'uso della morfina, naturalmente associata ad altri farmaci, è determinante. È dunque necessario riconoscere gli effetti positivi della morfina e la sua insostituibilità in certi casi nei riguardi del dolore, senza altre specificazioni Questo ci consentirebbe di essere obiettivi quando si tratta di autorizzarne l'uso. Al contempo, pur favorendone l'uso, bisogna prestare maggiore attenzione ai controlli volti ad evitarne l'abuso.

ANTONIO SAIA. Condivido quasi totalmente l'intervento dell'onorevole Caccavari. Il primo obiettivo di questa normativa è quello che si pone chiunque si trovi di fronte ad un essere umano che soffra: sedare il dolore; è il primo obiettivo di ogni medico e va sempre tenuto ben presente. Considero questa legge quanto mai opportuna e a mio avviso i rischi paventati sono inesistenti; non si tratta infatti di liberalizzare il commercio di morfina ma di lasciarla nelle mani di professionisti, i quali ne rispondono personalmente. Questa legge si pone solo l'obiettivo di eliminare un'anomalia gravissima della nostra legislazione, che ha reso talmente farraginose le procedure per la prescrizione della morfina da renderne difficile la somministrazione. Basti pensare che il ricettario va ritirato presso l'ordine dei medici provinciale – immaginiamo le difficoltà di chi abiti a 200 chilometri di distanza – e ne viene distribuito uno per volta. La prescrizione va poi fatta secondo uno schema ben preciso e molte volte le farmacie si rifiutano di consegnare il medicinale (nel ricettario non c'è nemmeno lo spazio per scrivere in lettere, come prescritto, il numero delle dosi e la posologia). Un medico che debba somministrare al proprio paziente la morfina per un mese dopo pochi giorni vedrebbe esaurito il ricettario e dovrebbe recarsi nuovamente all'ordine dei medici per ritirarne un altro. Questa procedura è tanto incredibile che nel nostro paese la morfina, un grandissimo farmaco, è uscita dall'utilizzo dei medici; si condannano così alla sofferenza migliaia di uomini e donne !

Un'altra anomalia cui ha fatto riferimento l'onorevole Caccavari riguarda al-

cune patologie, come l'edema polmonare acuto, per le quali senza la morfina si muore. Il medico non potrebbe tenere la morfina nella propria borsa: mi autodenuncio per il fatto di averla con me!

Farmaci diversi dalla morfina si sono rivelati inefficaci o addirittura dannosi. Tutti gli ostacoli burocratici che sono stati frapposti alla prescrizione della morfina hanno peraltro fatto dilagare la consuetudine di usare farmaci ben più tossici con effetti ben più dannosi senza garantire la stessa efficacia come antidolorifici. L'effetto antidolorifico della morfina è infatti trentacinque volte inferiore all'effetto antidolorifico di altre sostanze negli animali, ma nell'uomo accade il contrario, a parità di dosaggio, perché la morfina agisce anche sulla sensibilità, sull'angoscia che nell'uomo si accompagna al dolore e che porta spesso a desiderare la morte. Anche questi sono effetti importanti della morfina. Come l'effetto antitosse nel tumore del polmone o quello antiedema. Non intendo tuttavia fare una disquisizione di carattere scientifico.

Per tutti questi motivi ci dobbiamo spogliare da una certa ideologia. Nessuno vuole distribuire la morfina ai tossicodipendenti né facilitarne l'uso; vi sono ben altre sostanze che molto più facilmente possono essere assunte dai tossicodipendenti. Nella mia vita non ho mai conosciuto nessuno diventato morfinomane per la prescrizione del medico; né si possono agitare come spettri effetti collaterali come la stipsi, che certo esistono ma che attraverso una serie di rimedi possono essere combattuti. Dobbiamo chiederci se vogliamo rispondere all'esigenza primaria esistente nel nostro paese di eliminare la condanna alla sofferenza per persone che nel prontuario farmaceutico non possono trovare sostanze alternative alla morfina, in grado di garantire lo stesso risultato nell'alleviare le loro sofferenze, soprattutto nella fase finale della loro vita. Questo è l'obiettivo di questa legge. Se non la approveremo vorrà dire che vogliamo mantenere la situazione attuale. Ritengo tuttavia che vi sia in Commissione un'ampia maggioranza di consensi. Quello che ha notato il ministro Veronesi è che il nostro paese è indietro di vent'anni. Ci sono colleghi che non hanno mai usato la morfina; questo significa che non hanno avuto modo di conoscere i suoi effetti benefici.

Dobbiamo andare rapidamente avanti. Se vogliamo introdurre correttivi sono d'accordo, ma non rendiamo ancora più complicate le procedure. Ho letto per esempio la norma prevista dal collega Cè per la quale i medici devono tenere per tre mesi il registro; sarebbe per loro un altro chiaro disincentivo all'uso della morfina. I medici hanno la copia del ricettario, saranno i farmacisti che distribuiscono il farmaco che dovranno tenere il registro di carico e scarico. Il medico deve rispondere di fronte all'autorità giudiziaria e al controllo della USL delle motivazioni per le quali ha prescritto la morfina in certe dosi. Questo è l'aspetto che va chiarito per evitare abusi.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei aggiungere, a sostegno della possibilità di un trattamento domiciliare nei casi prescritti (per esempio le neoplasie terminali), che vi è la possibilità di controllare ed evitare tutte le conseguenze della morfina disponendo di un antidoto specifico, conosciuto come Narcan. Si tratta di un farmaco che, somministrato nella fase di coma determinato dagli stupefacenti, nel giro di pochi secondi è in grado di far passare il paziente dallo stato di coma a quello di vigilanza; tanto che, nel caso dei tossicodipendenti, si alzano e se ne vanno. L'utilizzo di questo farmaco, naturalmente da parte di professionisti, può favorire una maggiore disponibilità degli analgesico-narcotici a domicilio.

ALESSANDRO CÈ. Mi pare che sulla legge si sia sviluppata una conflittualità non opportuna. Come ha già detto l'onorevole Saia, in questa Commissione sono tutti assolutamente d'accordo nell'approvare questa legge. Altro è concordare su un testo che sembrava quasi immodificabile. Per questo si è chiesto di valutare la possibilità di un altro percorso, ma se

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

35.

SEDUTA POMERIDIANA DI MERCOLEDÌ 29 NOVEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposte di legge *(Segito della discussione e rinvio)*:

Bolognesi ed altri: Norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7386);

Cè: Disposizioni per la semplificazione della normativa relativa all'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7398) ... 2

Bolognesi Marida, *Presidente* 2, 5, 6, 7 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Caccavari Rocco (DS-U) .. 9, 10, 19, 20, 21, 27

Cè Alessandro (LNP) 2, 5, 6, 10, 12, 13, 15 16, 17, 18, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 33

Conti Giulio (AN) 6, 7, 10, 13, 14, 15, 16 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32

PAG.

Cossutta Maura (Comunista) 6, 7, 15, 17 20, 23, 28, 29

Cuccu Paolo (FI) 6, 12

Di Capua Fabio (Misto) 29, 30, 31

Giacalone Salvatore (PD-U), *Relatore* 2, 5, 6 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 31

Gramazio Domenico (AN) 11, 12, 16, 25 26, 30, 31, 33

Labate Grazia, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 4

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 13, 22

Massidda Piergiorgio (FI) 14, 15, 21, 22

Polenta Paolo (PD-U) 17

Scantamburlo Dino (PD-U) 25

ALLEGATO: Emendamento del relatore e subemendamenti agli emendamenti del relatore 35

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

che terapia del dolore! Vorrei che l'elenco che avete fatto venisse discusso farmaco per farmaco. Non è possibile fare quello che state facendo, è un errore pauroso! Oppure siamo a favore della liberalizzazione della droga: allora, si voti su questo! Ma non fate passare come terapia del dolore quella che in sostanza equivale a una liberalizzazione di tutte le droghe. Vorrei sapere cosa c'entrino con la terapia delle sintomatologie dolorose gravi le sostanze di cui alle tabelle I, II e III: me lo dovete spiegare tecnicamente. Altrimenti, a che gioco giochiamo?

Leggetevi la legge! Ho parlato del problema della terapia del dolore con il presidente di una società toscana, che mi ha detto: « Lo hai letto il testo Bolognesi? Lo sai che anche il veterinario può prescrivere cento fiale di morfina per curare il cane? ». Gli ho risposto che non avevo letto il testo: non lo ha letto nessuno, caro presidente! Penso che non l'abbia letto nemmeno lei, perché altrimenti avrebbe tolto il riferimento al veterinario. A lei questa leggina l'hanno data, lei l'ha firmata insieme ad altri colleghi senza nemmeno leggere il testo! Non è possibile che il veterinario venga incluso tra coloro i quali possono alleviare con la terapia del dolore le sofferenze del malato terminale. Ma come si fa a dire questo?

Vorrei allora che nella votazione che si svolgerà fra poco venisse verificato se la Commissione è o meno in numero legale per deliberare.

ROCCO CACCAVARI. Presidente, intervengo non con pacatezza, come si suole, ma con una certa tensione dal momento che sento mettere in discussione dal collega Conti principi fondamentali della terapia in generale, sui quali mi voglio soffermare brevemente. Parto dalla considerazione che credo debba costituire la base di tutto il ragionamento: questa proposta di legge, come recita testualmente il suo titolo, reca norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore. Suo obiettivo non è quindi entrare nel merito delle patologie ma cercare di ridurre, contenere, superare e, se possibile, sconfiggere un sintomo, qual è appunto il dolore. Tutto ciò che è collegato agli effetti diretti o collaterali di un farmaco deve quindi essere certamente tenuto presente, senza però dimenticare che la finalità è appunto quella di intervenire su un sintomo: non bisogna pensare che scopo dell'intervento sia la risoluzione della patologia. Ciò vuol dire che si deve allora fare riferimento a tutti i farmaci che contengono principi analgesico-narcotici. A mio avviso è pertanto estremamente riduttivo parlare solo di morfina o specificamente di singoli farmaci. Credo che ad ogni sintomo corrisponda una terapia diretta. E qui parliamo di dolore incoercibile con gli altri interventi terapeutici, che possono essere di ordine farmacologico (per esempio, gli analgesici non steroidei) oppure di ordine chirurgico (per eliminare il dolore si può ricorrere alla resezione di una terminazione nervosa oppure, come avviene frequentemente nei centri del dolore, si può ricorrere alla novocaizzazione, si può cioè addormentare la terminazione nervosa interessata). L'obiettivo è ridurre o eliminare il dolore: gli altri aspetti, che vanno senz'altro tenuti presenti, devono essere collegati a questa finalità. L'obiettivo è poter disporre di uno strumento legislativo che consenta (l'ho già detto nella discussione sulle linee generali) la diffusione dell'uso di tali sostanze ma al tempo stesso un controllo ancora più accentuato dell'eventuale abuso.

Discutere poi di come debba essere fatta una terapia a domicilio con sostanze analgesico-narcotiche credo sia non solo legittimo ma doveroso. Io non sono d'accordo, per esempio, ad eliminare l'obbligo per il farmacista di accertarsi dell'identità dell'acquirente, perché la responsabilità è di chi ritira il farmaco. Starei molto attento ad individuare atteggiamenti repressivi e in qualche modo di controllo immorale sui pazienti, i quali hanno diritto addirittura all'anonimato visto il tipo di patologia da cui sono affetti, considerato che, soprattutto quando la

malattia è in fase terminale, si possono scatenare situazioni sociali, personali e professionali incontrollabili.

Il nostro scopo è agevolare, quando ve ne sia bisogno, l'impiego dei medicinali in questione per alleviare il dolore e al contempo – insisto su questo punto – prevedere un aumento dei controlli. In quest'aula sono presenti colleghi con i quali da anni stiamo cercando di ottenere l'apertura dei centri del dolore. Io e il collega Massidda abbiamo al riguardo fatto convegni a Rimini e un po' ovunque. Ma quella strada, che va sicuramente percorsa, non ha niente a che fare con la terapia domiciliare. La terapia del dolore in quel caso deve essere effettuata in appositi centri dedicati a questa funzione. Né credo, caro collega Conti, che nei confronti dell'infermiere la prescrizione fatta dal terapista del dolore possa essere, per così dire, più liberatoria riguardo ai rischi dell'uso improprio di una data sostanza rispetto a quella fatta dal medico curante o da altro specialista. Dobbiamo stare molto attenti (ritengo sia questo il nostro compito) a non pensare che la disponibilità del farmaco debba necessariamente implicare lo spaccio (perché appunto di reato di spaccio si tratterebbe) e quindi il consumo drogastico.

ALESSANDRO CÈ. È ancora un reato lo spaccio?

ROCCO CACCAVARI. Sì, è un reato. Nelle carceri vi sono 15 mila tossicodipendenti che sono dentro per spaccio, anche di modiche quantità.

GIULIO CONTI. Non è vero!

ALESSANDRO CÈ. Ancora per due giorni!

ROCCO CACCAVARI. Come non è vero? Si tratta di 15 mila detenuti! Non lo dico mica io: leggete i dati! Ma non è di questo che stiamo parlando. Nel testo, comunque, è prevista anche una sanzione al riguardo.

Questa legge è stata firmata trasversalmente da quasi tutti i rappresentanti dei gruppi in Commissione. Allora, se così è, partiamo da un dato di fatto, che vi è cioè la volontà comune di agevolare l'impiego di un farmaco che consenta di eliminare più velocemente e più sicuramente il dolore nelle persone affette da gravi sintomatologie dolorose. È giusto ricorrere agli stupefacenti, cioè agli analgesico-narcotici, quando il ricorso ad altri farmaci o ad altre metodiche di intervento si sia rivelato inutile. Aumentiamo i controlli, ma cerchiamo di evitare che i rischi paventati possano frenare la volontà, che mi pare comune, di intervenire nei casi di dolore incoercibile! Comprendo le preoccupazioni di alcuni colleghi, perché sono anche le mie: ho lavorato vent'anni in questi centri; sono uno di quelli che dichiara da sempre di essere contrario alla legalizzazione dell'eroina, perché sono sicuro che non sia quella la soluzione. Però dobbiamo parlare delle sostanze rispettandone la loro neutralità: il metadone è cinque volte più potente dell'eroina; c'è poco da fare: toglie il dolore! Posso testimoniare di persone in fase terminale che erano costantemente sotto flebo di morfina e che, con la somministrazione di 40 milligrammi al giorno di metadone per via orale, sono morti lucidi, purtroppo – ripeto – sono morti, ma mantenendo la loro piena dignità, non legati ad una flebo, non buttati in un letto, né addormentati fino al punto di perdere ogni capacità di relazione, perché il metadone, essendo un farmaco più potente, ha determinato con dosi minori la scomparsa del dolore e un recupero, sia pur minimo, della dignità della persona anche di fronte alla morte.

Voglio allora rivolgere un invito a tutti i colleghi. I rischi che ci sono li conosciamo e dobbiamo evitarli, aggiungiamo semmai altre previsioni per consentire un controllo più efficace, però, per favore, non confondiamo la finalità terapeutica con l'uso improprio che di una sostanza si può fare! Altrimenti si potrebbe giungere a sostenere che lo spaccio, le dipendenze che si sono create e tutto ciò che è

successo ha avuto, per così dire, anche un canale legale nella prescrizione dei medici e in generale di tutti gli operatori sanitari, compresi i veterinari, cui si faceva cenno prima.

PRESIDENTE. Colleghi, mi sembra che finora gli interventi svolti non si siano attenuti all'emendamento in discussione. Vi ricordo che siamo in sede legislativa e che della seduta viene redatto un resoconto stenografico, per cui tutto quello che diciamo viene reso pubblico nella sua interezza. A questo punto, consentirò in questo primo giro di interventi che il discorso investa un po' l'insieme degli emendamenti, dopodiché dal prossimo emendamento invito i colleghi, visto che la discussione generale si è già svolta e che non è questa la sede per intervenire sul complesso degli emendamenti, ad attenersi al merito di ogni singola proposta emendativa in discussione, tanto più che ci si può riservare di intervenire ogni qualvolta il singolo emendamento esaminato insiste su uno dei tanti temi alla nostra attenzione.

DOMENICO GRAMAZIO. Sono tra i firmatari di quel provvedimento trasversale, come ricordava poco anzi l'onorevole Caccavari. Alleanza nazionale comprende le reali esigenze che ci sono e proprio per questo, come capogruppo in Commissione, ho ritenuto di firmare insieme agli altri capigruppo della Casa delle libertà questa proposta di legge. Ciò non significa che non sia possibile migliorare il testo al fine di evitare equivoci. L'amico e collega Conti, quando si riferisce a determinate soluzioni, parla del rischio cui si va incontro, che appare del tutto realistico vista la proposta di legge in esame e le dichiarazioni rilasciate ieri dal ministro Veronesi. Non possiamo nascondere che oggi i giornali, in prima pagina, a nove colonne, parlano di alcune prese di posizione ufficiali del ministro Veronesi. Qualcuno le può smentire, qualcun altro potrà dire che sono state interpretate male (le dichiarazioni rilasciate nelle interviste spesso non vengono virgolettate o alcune parti vengono virgolettate a sproposito), ma in ogni caso sulla stampa di oggi si riportano estesamente dichiarazioni precise del professor Veronesi, attuale ministro della sanità. Noi non capiamo, innanzitutto, se queste dichiarazioni siano concordate e, quindi, espressione dell'intero Governo, o siano da attribuire esclusivamente all'attuale ministro della sanità; proprio per questo abbiamo oggi presentato un interrogazione (non sto uscendo dal tema, signor presidente). Nessuno può negare che il Polo delle libertà abbia la volontà di risolvere il problema in modo chiaro, lineare, senza equivoci, senza possibilità di sfruttamento ad altri fini di questa legge. Intanto, piuttosto che di « patologie neoplastiche » io parlerei di « stadi terminali », per affrontare il problema in modo diretto.

Quando l'amico Conti si chiede perché includere anche i veterinari, la domanda è sicuramente valida. Io possiedo un cane, sono iscritto a diverse associazioni di amici degli animali e me ne vanto, ciò non toglie che non condivida una posizione non chiara, che permette su questa legge interferenze trasversali. Perché le interferenze trasversali sono quelle che possono consentire che la legge, così come è stata portata avanti, costituisca un passaggio verso la liberalizzazione delle droghe. È su questo aspetto che vogliamo confrontarci. Se non fosse intervenuta la dichiarazione ieri resa a Genova dal ministro Veronesi, certo vi sarebbe meno sospetto.

Signor presidente, lei non può far pendere sulla Casa delle libertà o su alcune componenti politiche della Casa delle libertà la spada di Damocle per cui se questo testo non sarà approvato voi direte a tutti i malati terminali che noi non vogliamo andare loro incontro, perché non è così. Se i capigruppo della Casa delle libertà hanno apposto la loro firma, infatti, è perché intendono andare incontro alle esigenze dei malati terminali. Tuttavia, vogliono anche immediatamente contrastare qualsiasi tentativo di chi voglia arrivare, direttamente o indirettamente, alla liberalizzazione delle droghe. Questo è un nostro avvertimento nei

(...)

è necessario uno specialista. È su questo che voglio richiamare l'attenzione; altrimenti, i buchi che già sono presenti in questo testo diventeranno delle voragini.

Chi ha mai detto che solo il malato terminale ha dolore? Siete voi che avete parlato di terapia per alleviare i dolori del malato terminale: voi l'avete presentata così, nessun altro l'ha fatto. Poi il testo non lo dice più; il testo fa solo una sarabanda, altro che allegato I! Tra poco arriveremo alla votazione di un emendamento in cui si ammettono cose contrarie sia a quelle affermate nella discussione che abbiamo fatto sinora, sia a quanto previsto nella stessa proposta di legge e vorrei che il relatore che ha presentato quell'emendamento ci spiegasse come ciò sia avvenuto.

In conclusione, dichiaro che voterò a favore dell'emendamento 1.100, ma vorrei che ogni tanto ci fosse un chiarimento.

PRESIDENTE. Pongo in votazione, in linea di principio, l'emendamento 1.100 del relatore.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento Conti 1.6.

GIULIO CONTI. Non si può procedere di fretta. Io vorrei che tutti i colleghi presenti, anche quelli che non fanno parte della Commissione, leggessero questo emendamento perché è scritto in un italiano talmente comprensibile che anche chi sia estraneo ai problemi della sanità può comprenderlo. Io propongo di aggiungere dopo le parole « quantità terapeutiche di farmaci » le seguenti: « con posologie indicate dal medico prescrittore ».

Cos'è la posologia? È una cosa, caro presidente, che questa legge non prevede. Questo testo non prevede la posologia degli stupefacenti, ma io ritengo che tutti i sottoscrittori, compresi i miei amici e colleghi, non lo abbiano letto, così come non l'hanno letto nemmeno il relatore né il primo firmatario; perché non prevedere la posologia dello stupefacente è un errore assurdo. Come è possibile non prevedere la posologia dello stupefacente, quando si prevede la posologia dell'aspirina? Io ritengo che si debba specificare l'uso che si fa di uno stupefacente e la quantità, altrimenti parlando di piccole quantità, di modiche quantità come si definisce il limite fra la tollerabilità e l'arresto? La posologia è fondamentale nell'uso dello stupefacente. Se non è più fondamentale la posologia, vorrei sapere cosa è fondamentale nell'uso degli stupefacenti. Si indicano 0,5 o 0,25 grammi di aspirina per coloro che hanno avuto un infarto e non si indica quanto stupefacente viene somministrato a quello stesso malato? Questo me lo dovete spiegare, perché non è comprensibile. Mi rivolgo proprio ai colleghi medici e domando quale ordine dei medici tollererebbe mai l'omissione dell'indicazione della posologia di uno stupefacente. Questo emendamento lo dovete accettare.

ROCCO CACCAVARI. Siamo d'accordo.

GIULIO CONTI. No, non siete d'accordo, perché il relatore ha espresso parere negativo. Io propongo di aggiungere « con posologie indicate dal medico prescrittore »...

PRESIDENTE. Onorevole Conti, poiché ha espresso chiaramente la sua posizione, la prego di consentire anche agli altri colleghi di prendere la parola.

GIULIO CONTI. Ma quanto tempo si può parlare?

PRESIDENTE. Si può parlare sempre. Per fare ostruzionismo si può parlare anche delle ore!

GIULIO CONTI. Questo non è ostruzionismo. Questo che io evidenzio è un punto importante, mentre voi non volete indicare neanche chi debba prescrivere. Io, invece, non sono d'accordo che possa prescrivere un veterinario e per questo parlo di « medico prescrittore ». La legga, la norma, onorevole Lucchese.

Io non sono d'accordo che prescriva il veterinario e neanche che prescriva l'infermiere. La precisazione che io propongo è necessaria e mi appello ai commissari affinché l'approvino. E soprattutto mi appello al relatore, che è anche medico. Non capisco come un medico pretenda che sia approvata una legge che non prevede che per lo stupefacente sia prescritta la posologia. Questo è assurdo.

Le ricette, per la legge, per il buonsenso, per l'ordine dei medici devono prevedere la dose e voi, invece, volete che neanche questa sia indicata: non so se questa sia liberalizzazione della droga o non sia, addirittura, mercato selvaggio della droga, autorizzazione al mercato selvaggio della droga. Senza contare che ci saranno ricorsi di tutti i tipi, compresi quelli che farò io personalmente, visto che io le mie responsabilità me le prendo e non le mando a passeggio per motivi elettorali!

Su questa mia proposta non c'è niente da dire, presidente, perché lei medico non è, grazie a Dio! È un azzeccagarbugli della medicina, lei...

PRESIDENTE. Onorevole Conti, per cortesia...

GIULIO CONTI. È un azzeccagarbugli della medicina, lo ripeto. Dunque, io voglio che la posologia venga indicata.

PRESIDENTE. Ogni modo di fare ostruzionismo ha un limite, onorevole Conti. Non mi costringa a chiedere all'ufficio di presidenza il contingentamento dei tempi.

GIULIO CONTI. Non mi interrompa, tanto su queste cose non cambio opinione. La posologia deve essere indicata...

PRESIDENTE. Ne va della dignità di tutti, onorevole Conti.

GIULIO CONTI. ...oppure voi prevedete una modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 anche con riferimento all'obbligo di posologia, cosa che invece non prevedete. Suggerisco allora, relatore, di predisporre un emendamento aggiuntivo, con il quale si escluda dal decreto del Presidente della Repubblica n. 309 l'obbligo della posologia, perché allora sarebbe tutto chiaro *(Commenti del relatore Giacalone)*.

Lei lo deve prevedere, caro relatore, perché questa legge deve essere studiata, non deve essere rivista di notte. Deve essere rivista giorno e notte e deve essere attentamente studiata.

PRESIDENTE. Il suo pensiero è chiaro, onorevole Conti.

MAURA COSSUTTA. Credo che sarà una piacevole sorpresa per l'onorevole Conti apprendere che personalmente io voterò a favore del suo emendamento 1.6. Se riusciamo senza esagerazioni o eccessi a entrare nel merito, è possibile trovare anche delle mediazioni utili a migliorare il testo. Al di là dell'ostruzionismo, che politicamente sarebbe corretto dichiarare...

PRESIDENTE. ... o anche evitare su queste materie!

MAURA COSSUTTA. ... nel merito io sono d'accordo su questo emendamento. E credo che, se cominciamo a lavorare nel merito su emendamenti che possono contribuire a migliorare il testo, possiamo raggiungere un'intesa.

ROCCO CACCAVARI. Anch'io sono a favore dell'emendamento Conti 1.6, anche perché parliamo di farmaci che rientrano nelle ordinarie regole che disciplinano la prescrizione: non solo bisogna indicare la posologia ma occorre addirittura scriverla per esteso, perché non vi possano essere errori nell'interpretazione. Mi sembra che questo emendamento non faccia che ribadire una giusta esigenza di controllo. Ritengo sia condivisibile.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Non vorrei che si ingenerassero equivoci. È già così: l'indicazione della posologia è

sempre ed in ogni caso richiesta al medico. Ma non sapete che i medici vanno anche incontro a responsabilità penali nel caso in cui non abbiano indicato la posologia e da ciò sia derivato qualche inconveniente ?

GIULIO CONTI. Io lo so.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. È già così.

GIULIO CONTI. Dove è scritto ? Qui non c'è questa previsione !

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Sulla scorta di questo retroterra ideologico non riteniamo necessario ribadire ogni volta sempre le stesse cose. Una simile previsione sarebbe ridondante, non avrebbe senso. È già così. Oltre tutto, ogni prescrittore di farmaci oppioidi maggiori sa che, ove si verificassero inconvenienti, potrebbe anche andare incontro a guai.

PRESIDENTE. Onorevole Giacalone, se il medico è già obbligato ad indicare la posologia nella prescrizione e il problema è che eventualmente il testo sarebbe ridondante ...

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Il problema è solo quello: sarebbe ridondante.

PRESIDENTE. Forse allora, invece di esprimere parere contrario sull'emendamento Conti 1.6, sarebbe stato più opportuno invitare il presentatore a ritirarlo.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Una simile previsione sarebbe in qualche modo mortificante per la classe medica, perché io credo che nessuno di noi medici abbia mai fatto una ricetta senza indicare, quand'anche si trattasse di un'aspirina, la posologia. Né l'infermiere è autorizzato a fare cose che non siano strettamente legate alla posologia indicata dal medico. Questo mi pare talmente scontato e assodato... Se poi vogliamo aggiungerlo, facciamolo pure !

PRESIDENTE. Se il relatore pensava che una simile previsione fosse già scontata e che ribadirla equivalesse in sostanza ad una mancanza di attenzione rispetto alla professionalità dei medici, forse avrebbe potuto – ripeto – invitare il presentatore a ritirare l'emendamento.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. L'onorevole Conti è un medico !

ROCCO CACCAVARI. Sono qui per collaborare con il relatore alla buona riuscita di questo provvedimento, vorrei però un chiarimento. Mi domando se la formulazione della norma cui si fa riferimento richieda di specificare che deve essere indicata la posologia.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Potremmo per il momento accantonare l'emendamento Conti 1.6, in attesa di effettuare una verifica.

PRESIDENTE. Potrebbe essere una soluzione.

GIULIO CONTI. Cambiate opinione ogni trenta secondi, perché non avete nessuna preparazione *(Commenti)* ! Non è possibile.

PRESIDENTE. Onorevole Conti, per cortesia, è la terza o quarta volta che lei è offensivo. La prego !

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Il mio parere non cambia: questa è una mortificazione per la categoria dei medici !

GIULIO CONTI. Sei tu che lo mortifichi il medico !

PIERGIORGIO MASSIDDA. Attenzione: se non si chiariscono alcuni principi, l'accantonamento rischia di essere fine a se stesso e di risultare inutile. Mi pare che il clima che si è creato, purtroppo, ci porti a sostenere posizioni completamente differenti pur volendo dire in sostanza la stessa cosa. Abbiamo fatto

(...)

trattamenti; inoltre, una circolazione così deregolamentata potrebbe prestarsi ad un utilizzo improprio delle sostanze.

Io non credo che dobbiamo passare da una regolamentazione asfissiante delle sostanze stupefacenti ad una deregolamentazione assoluta, per cui gli infermieri vanno a domicilio per patologie acute, per patologie banali o magari anche per la sindrome di astinenza dei tossicodipendenti. Non nascondiamoci dietro il nulla: con questa legge si dà anche la possibilità di far circolare liberamente il metadone, a dosi forse industriali, perché chi lo vieta ? Se lasciamo questo spiraglio, consentiamo una simile possibilità.

Io ritengo, al contrario, che i passaggi vadano compiuti almeno uno alla volta. In questo momento l'urgenza è quella di dare risposta ai malati terminali: approviamo una legge oculata, che non faccia ricadere dall'irresponsabilità di qualche medico o di qualche operatore sanitario conseguenze nefaste sui pazienti; che non dia troppo spazio ad un possibile abuso nell'utilizzo improprio di queste sostanze, se non anche nella loro commercializzazione; ma che consenta di conseguire quel risultato che tutti vogliamo condividere.

Per questa ragione la distinzione è fondamentale. Non si vuole assolutamente limitare l'attività del medico, che già oggi può utilizzare quando vuole queste sostanze. Magari ci sarà qualche problema in conseguenza del fatto che la ricetta ha validità solo per otto giorni o che se ne deve fare una copia in più, ma questi sono aspetti facilmente risolvibili e sul risolverli siamo pienamente d'accordo. Ma da qui ad aprire al mercato delle sostanze stupefacenti c'è una bella differenza. Magari non sarà questa la vostra volontà, ma per il metadone io ho qualche dubbio che ci sia veramente da parte vostra la volontà di portarlo a domicilio dei pazienti in quantità non controllabili. Voi sapete bene – si tratta di un tema che era già stato affrontato l'anno scorso con il ministro Livia Turco – che se utilizzato impropriamente o lasciato in casa in luoghi accessibili ai bambini può avere conseguenze gravissime.

Dunque, onorevole Caccavari, io credo che già oggi non vi siano ostacoli particolari nel dispensare queste sostanze quando è opportuno farlo; ma consentire, ad esempio, al medico di autoricettarsi e conservare nel proprio ambulatorio un numero consistente di tali sostanze, con tutte le conseguenze relative, compresi i rischi di furto... *(Commenti del deputato Caccavari)*.

Esistono anche queste problematiche, che voi non state affrontando.

ROCCO CACCAVARI. Non è lo spirito della legge.

ALESSANDRO CÈ. Non è lo spirito della legge, ma la conseguenza sarà che ogni ambulatorio verrà preso di mira da tutti coloro che vogliono approvvigionarsi impropriamente di sostanze stupefacenti. Poiché in ogni ambulatorio medico ci saranno trenta, quaranta o cinquanta fiale di morfina, la conseguenza sarà che questi ambulatori non potranno più avere una serratura normale ma dovranno munirsi di cassaforte. Anche questo è un aspetto che non dobbiamo sottovalutare.

In conclusione, ritengo che l'impostazione che state dando del problema sia approssimativa, se non fraudolenta...

PRESIDENTE. Onorevole Cè, per cortesia !

ALESSANDRO CÈ. Credo che in Parlamento si possa esprimere liberamente la propria opinione.

PRESIDENTE. Sì, ma la invito a rispettare i colleghi, onorevole Cè.

ALESSANDRO CÈ. Ammesso che l'impostazione non sia fraudolenta – e sulla questione del metadone ho qualche dubbio –, espone comunque tutti noi e l'intera collettività a responsabilità e a rischi che non credo valga la pena di correre. Potremmo sicuramente dare una risposta più appropriata al problema.

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

37.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 DICEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposte di legge *(Seguito della discussione e rinvio)*:

Bolognesi ed altri: Norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7386);

Cè: Disposizioni per la semplificazione della normativa relativa all'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7398) ... 3

Bolognesi Marida, *Presidente* . 3, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22

Baiamonte Giacomo (FI) 5, 17

Caccavari Rocco (DS-U) 13, 14, 15, 17, 21

Carlesi Nicola (AN) 9, 17

PAG.

Cè Alessandro (LNP) 5, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 20, 21, 22

Conti Giulio (AN) 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 21

Di Capua Fabio (Misto) 12, 13

Giacalone Salvatore (PD-U), *Relatore* . 3, 10, 13, 16, 19, 20, 21

Gramazio Domenico (AN) 8, 10

Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) .. 5, 16

Rocchi Carla, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 14

Saia Antonio (Comunista) 14, 15

ALLEGATO: Emendamenti esaminati in corso di seduta ed ulteriori emendamenti presentati dal relatore 23

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

nel testo elementi di chiarezza che consentano, invece di parlare di sintomatologia dolorosa grave o severa – io non credo che vi sia una sostanziale differenza; si può anche parlare di « severo », ma è una graduazione di intensità...

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. La differenza c'è. Non sono aggettivi indicati a caso ma riferimenti a criteri clinici condivisi internazionalmente.

FABIO DI CAPUA. Ma nell'ambito della sintomatologia dolorosa non fanno riferimento a patologie che a tale sintomatologia siano abbinate. Io credo che una specificazione delle patologie dalle quali i pazienti devono essere affetti, e che io suggerivo potessero essere quelle neoplastico-generative in fase avanzata o terminale, aiuti una reciproca comprensione sugli obiettivi del provvedimento. Se così non è, qualcuno mi deve spiegare il perché di questo ostinato aggancio alla « sintomatologia dolorosa severa » senza ulteriori specificazioni.

Se l'obiettivo è quello di tutelare il diritto al non dolore del neoplastico avanzato, mi si deve dire perché non scriverlo, quale sia la preoccupazione che deriva da questo. Anche perché ricordo che inizialmente l'intenzione del ministro era proprio quella di andare incontro alle esigenze di questa particolare categoria di pazienti. Ora siamo al momento cruciale, in cui dobbiamo dirci tutta la verità ed indicare nella legge quale sia realmente il nostro obiettivo.

ROCCO CACCAVARI. Io penso che per poter proseguire nei nostri lavori dobbiamo puntualizzare gli elementi essenziali affinché il nostro ragionamento vada avanti, dato che per ragioni tutte legittime la discussione è stata arricchita da alcuni argomenti che non hanno nulla a che fare con quello di cui stiamo discutendo. In riferimento a questi argomenti io, con la solidarietà del frustrato, devo dire che i colleghi che hanno segnalato un trattamento a loro parere non opportuno da parte della stampa mi trovano, appunto, solidale perché un paio d'anni fa ho subito anch'io attacchi ingiusti. So che si fa fatica a riconoscersi in certi definizioni, quando qualunque possibilità di appello non riesce mai a coprire lo spazio (non dico: il danno) occupato dalle illazioni, giuste o sbagliate non ha importanza, che sono state fatte. Dunque, proprio sulla base di questo sentimento di solidarietà, vorrei recuperare gli elementi della nostra discussione, che sono, a mio parere, stabilire bene perché questi farmaci debbano avere un ampliamento della prescrizione, un ampliamento della durata della prescrizione ed una applicazione nel trattamento di sintomatologie riportabili tutte ad una sola specie, che è il dolore. Dolore che, ovviamente, può essere aggettivato, sia nel linguaggio comune sia in quello scientifico, in diversi modi. Certo, la definizione di « dolore severo » appartiene alla diagnostica che fa riferimento alla scala dei dolori, quindi penso che la si possa accettare, anche per arrivare ad un altro tipo di definizione, che è sempre in quella scala, cioè quella, ad esempio, di « dolore incoercibile ».

Detto questo, ritengo che potremmo portare avanti la legge legando le nostre scelte oltre che alla scienza e alla conoscenza anche al buon senso. Dico, solo per offrire un ulteriore elemento di riflessione, che volendo indicare le patologie per le quali si possono usare gli stupefacenti in occasione di dolore dovremmo analizzare migliaia di stati patologici, il che credo sia impossibile sotto il profilo tecnico, perché il dolore può insorgere severo come un fulmine a ciel sereno, ma può anche costruirsi attraverso un'accentuazione di sensibilità fino ad arrivare a diventare severo; quindi, affrontare un discorso di questo tipo ci porterebbe a confrontarci con un ambito così intrigante sotto il profilo della definizione, che credo potremmo trovare il modo di incontrarci su alcune esigenze che entrambe le posizioni possono manifestare. Personalmente non sono d'accordo che attraverso questa legge si vadano a coprire bisogni drogastici, l'ho già dichiarato altre volte. Allora, perché non ragionare insieme, trovando la

formulazione giusta ? Piuttosto che prevedere un elenco inesauribile di patologie per le quali usare nella sintomatologia dolorosa gli oppioidi, perché non indichiamo quelle dalle quali vanno esclusi ? Mi pare che la preoccupazione – che io ritengo legittima – dei colleghi dell'opposizione sia che l'uso improprio di questi farmaci possa essere attivato nelle sindromi astinenziali da oppioidi, quindi potremmo dire: in tutti i casi tranne che nelle sindromi astinenziali da oppioidi, cioè nelle crisi di astinenza.

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il malato di cancro tossicodipendente lo fa morire di dolore ?

ROCCO CACCAVARI. No, questi malati hanno un altro trattamento. Questo è il problema.

GIULIO CONTI. Si curano non permettendo loro di drogarsi liberamente, sottosegretario !

PRESIDENTE. Vorrei che i nostri lavori fossero meglio ordinati.

ROCCO CACCAVARI. Sto facendo un ragionamento pacato per non incentivare questo disprezzo nei riguardi della sofferenza di ognuno, alla quale ci stiamo attaccando tutti. Dunque, io non attribuisco responsabilità singolarmente a nessuno, ma la do a tutti se non troviamo una soluzione.

Mi domando se non possiamo indicare in questa legge (non al di fuori di essa) che la crisi astinenziale acuta deve essere trattata in altro modo e in altro luogo: nei centri, in ospedale, ma non a domicilio, tranne nei casi in cui è permessa la somministrazione a domicilio per circostanze certificate. A questo potremmo abbinare anche la posologia domiciliare, che è uno dei criteri per i quali l'atto medico diventa determinante. Dunque: prescrizione, posologia, durata della somministrazione ed esclusione di quei casi che possono essere trattati altrove.

PRESIDENTE. Sull'emendamento Conti 1.12 non interviene nessuno ?

ANTONIO SAIA. Io intervengo sugli emendamenti Conti 1.12, 1.13, 1.14 e 1.15, che, in sostanza, prevedono l'aggiunta della parola « cancro ».

PRESIDENTE. Può parlare solo sui primi due, perché poi va preso in esame l'emendamento 1.101 del relatore, che propone l'inserimento della definizione « dolore severo », prevista dall'Organizzazione mondiale della sanità.

ANTONIO SAIA. Limitandomi, dunque, agli emendamenti 1.12 e 1.13, dichiaro di condividere totalmente la prima parte dell'intervento dell'onorevole Caccavari, mentre altrettanto totalmente mi dissocio dalla seconda, pur apprezzando la positiva volontà del collega di trovare una soluzione che consenta di proseguire nell'esame di questa legge.

Dobbiamo tutti quanti levarci dalla mente che qualcuno di noi voglia utilizzare questo provvedimento per aprire la strada a non so quale uso improprio della morfina o di altre sostanze.

GIULIO CONTI. Lo ha dimostrato con il suo intervento anche il sottosegretario Rocchi !

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Contesto tale affermazione. Non accetto una simile accusa.

GIULIO CONTI. Io ho sentito questo, se lei lo smentisce è meglio.

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. È stato un malinteso.

ANTONIO SAIA. Non dimentichiamo mai che stiamo parlando di persone che soffrono e muoiono urlando in Italia come in nessun altro paese del mondo, perché da noi la terapia del dolore non si fa. Vorrei far capire ai colleghi Conti e Cè, che come me sono medici, che nessuno di noi, a partire da me, può utilizzare la

sofferenza di queste persone per portare avanti discussioni di tipo ideologico su una legge, che, invece, deve servire a creare le condizioni perché un medico possa somministrare morfina. Io l'ho fatto, e autodenunciandomi, lo confermo, perché di fronte a chi soffre terribilmente io somministro morfina.

GIULIO CONTI. Ma lo puoi fare! Lo puoi fare da anni, da numerosi anni! Hai il ricettario per prescriverla e lo sai bene.

PRESIDENTE. Colleghi! Onorevole Conti, la richiamo.

GIULIO CONTI. Guarda come ride il collega Caccavari: la morfina si può usare! Devi dire la verità.

ANTONIO SAIA. Dopo tante menzogne che hai detto tu, io dico le mie opinioni.

GIULIO CONTI. La puoi usare!

ANTONIO SAIA. Hai detto tante menzogne tu!

GIULIO CONTI. La puoi usare!

PRESIDENTE. Onorevole Conti la richiamo all'ordine per la seconda volta.

ANTONIO SAIA. Hai detto tante menzogne tu, che io ora voglio chiarire il mio pensiero. Oggi la prescrizione dei farmaci antidolorifici è talmente complicata che la maggior parte dei medici italiani è costretta ad astenersi dal prescriverli a pazienti che soffrono in modo terribile e questo è un dato statistico, di fatto. Nel nostro paese il dolore viene patito nove volte di più che in tutti gli altri paesi civili del mondo.

Detto questo, sono contrario agli emendamenti in questione perché non possiamo circoscrivere la morfina e gli altri farmaci indicati nella legge ai soli malati di cancro, poiché i casi in cui il dolore è elemento fondamentale della malattia sono tanti, in questo concordo con l'onorevole Caccavari. Penso, ad esempio, a pazienti con ischemia grave o con la cancrena irreversibile di un arto: li escludiamo? Sapete quale grado di dolore sia il loro? Dunque, poiché le condizioni sono diverse, non possiamo circoscriverle; né possiamo scrivere altre cose, poiché le indicazioni riguardanti la morfina sono contenute nella farmacopea ufficiale e quando un medico la prescrive – e mi pare che in questa legge ci siano le condizioni perché siano specificati il dosaggio, la durata del trattamento e via dicendo – deve attenersi a quelle indicazioni.

ROCCO CACCAVARI. Anche il metadone è nell'elenco, attenzione. Quindi dobbiamo tutelare anche l'uso del farmaco per queste patologie.

ANTONIO SAIA. Certo, certo. Comunque, torno a ripetere che, secondo me, in una legge non si possono indicare né le malattie né le condizioni per cui una sostanza non può essere somministrata. Questo, semmai, viene scritto a cura della CUF o del Ministero della sanità, tenendo conto di quello che prevede la farmacopea ufficiale, nel foglietto che contiene le indicazioni del farmaco, ma non in una legge dello Stato. Non c'è nessuna legge dello Stato che possa stabilire quando si debba o non si debba somministrare la digitale e lo stesso vale per queste sostanze. Ritengo, pertanto, che dobbiamo continuare a fare riferimento al dolore severo, grave, che non è indicazione da poco, perché ci sono malattie non gravi come il tumore ma che possono provocare sintomatologie dolorose terrificanti, che in taluni casi, per fortuna rarissimi, possono anche spingere al suicidio; credo che i colleghi le conoscano bene.

GIULIO CONTI. Intendo ritirare l'emendamento 1.12 e voglio argomentare le ragioni di tale ritiro.

PRESIDENTE. Vorrei che prima ascoltasse i colleghi che ancora devono parlare, perché oltre a questo emendamento che lei intende ritirare ve ne sono altri. (...)

elencare, in separata sede, le diverse patologie dolorose severe, in modo da eliminare questa indeterminatezza.

GIACOMO BAIAMONTE. Presidente, se non ricordo male, in passato è sempre stato detto che in politica potrebbe essere un guaio che diversi medici siano presenti nell'ambito di una stessa Commissione; nel caso specifico, credo che se affrontiamo il problema con serenità, secondo scienza e coscienza, mai è stato così utile che molti medici siano presenti in una Commissione. Naturalmente sempre che vi sia buon senso, equilibrio e si agisca secondo scienza e coscienza.

Credo che dobbiamo predisporre una legge che risolva il problema del dolore e non dobbiamo puntare soltanto sugli ammalati di cancro. Faccio alcuni esempi. Ad un politraumatizzato, il quale può andare incontro ad uno *shock* neurogeno per il dolore, non somministriamo gli oppioidi? Ad un ammalato di insufficienza vascolare cronica, parlo del morbo di Bürger, che può portare all'amputazione – credetemi, sono pazienti che soffrono veramente molto – non possiamo somministrare oppioidi? Allora, cerchiamo con il buon senso di trovare una soluzione. Prevedendo che sia possibile adoperare senza elencazione di patologie gli oppioidi in tutti i casi in cui sia necessario secondo scienza e coscienza, escludendo i tossicodipendenti, credo che potremmo trovare una soluzione equilibrata, senza scontri tra noi ideologici e, consentitemi, anche professionali.

ALESSANDRO CÈ. L'onorevole Baiamonte ha parlato di esclusione dei tossicodipendenti: la presidente è d'accordo? *(Commenti).*

PRESIDENTE. Io apprezzo il tono e i contenuti dell'intervento dell'onorevole Baiamonte.

NICOLA CARLESI. Io credo, presidente, che si stia facendo un po' di confusione, poiché è stato fatto il riferimento anche a situazioni di patologia in fase acuta, per le quali l'uso delle sostanze di cui stiamo discutendo non comporta di prevedere la cronicità della somministrazione. Ci sono alcune confusioni ma credo che nel corso della legge si possa specificare meglio in ordine al possesso o non possesso da parte del medico, rispetto alla facilità della prescrizione e via dicendo.

Altro è il problema fondamentale e per questo chiedevo la possibilità di emendare in nuovi emendamenti del relatore. Prima ancora che parlasse l'onorevole Caccavari, che pure ha dimostrato una chiarissima volontà di trovare una soluzione che consenta di far proseguire l'*iter* del provvedimento il più velocemente possibile – perché i punti controversi sono proprio questi: la determinazione dei casi in cui queste sostanze possono essere somministrate e la possibilità da parte degli operatori di accedere ad esse –, mi sembra che anche l'onorevole Di Capua abbia indicato quali siano le situazioni nelle quali possa esservi necessità di una somministrazione cronica nell'ambito di un trattamento domiciliare; infatti, non dimentichiamo mai che il problema fondamentale è quello dei soggetti che stanno a casa, perché purtroppo terminali, ed hanno necessità di un trattamento domiciliare. Giustamente il collega sottolineava che un politraumatizzato difficilmente sta a domicilio, quindi mi sembra che si faccia troppa confusione.

Dunque, io vorrei cogliere gli aspetti positivi della proposta avanzata dal collega Caccavari, il quale propone di indicare non i casi in cui si possa ma quelli in cui non si possa somministrare le sostanze in questione e fa riferimento ai tossicodipendenti.

ROCCO CACCAVARI. Io parlavo del trattamento a domicilio.

NICOLA CARLESI. Certamente, quindi il collega potrebbe formulare un emendamento in tal senso. Invece, mi sono permesso di sottoscrivere l'emendamento dell'onorevole Di Capua, che fa riferimento alle malattie neoplastiche, le quali costituiscono il 99 per cento dei casi in

(...)

sì, estremamente paludosa, e questo lo stiamo facendo. All'interno di questi riferimenti forti, scientificamente condivisi, c'è, poi, tutto l'operato del medico nella sua professionalità, nella sua etica, nella sua deontologia. Qui abbiamo trasformato il medico in un dispensatore, anzi in un induttore di tossicodipendenze ed è proprio questo che mi fa paura. È questa cultura che mi preoccupa.

GIULIO CONTI. È la legge.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Non è assolutamente la legge. La legge si limita a recepire criteri che sono internazionalmente e scientificamente condivisi. È in questo contesto che si inquadrano gli emendamenti del relatore.

È legittimo che l'opposizione ed anche deputati della maggioranza chiedano il tempo necessario per presentare subemendamenti. In questo ambito credo sia possibile individuare qualche elemento di riflessione che possa ancora aiutarci. È evidente, però, che io vorrei che sia l'opposizione sia la maggioranza prendessero in esame tutto il panorama degli emendamenti che sono stati presentati, perché alcuni attengono strettamente alla sfera della gestione del medico in prima persona, mentre altri attengono alla domiciliazione del farmaco e nell'ambito di questi due aspetti non tutte le soluzioni possono essere egualmente proponibili o i contributi possono avere eguale valenza. L'aspetto della gestione diretta e quello della domiciliazione devono, infatti, essere guardati con occhi diversi. In questo ambito è comunque possibile trovare qualche ulteriore elemento di costruzione di un provvedimento che non perda, tuttavia, la sua connotazione iniziale, che è quella di recuperare un ritardo derivante semplicemente da ostacoli burocratici in ordine ad indicazioni chiare che la comunità scientifica internazionale suggerisce.

PRESIDENTE. Se ho ben compreso, il relatore propone di adottare la definizione di « dolore severo » perché lo consiglia l'Organizzazione mondiale della sanità ritenendo; al contempo, ritiene che non si possa evitare il riconoscimento della professionalità e della responsabilità del medico, cosa sulla quale credo siamo tutti d'accordo. Tutti partiamo dal presupposto che stiamo trattando non di stupefacenti per tossicodipendenti bensì di farmaci utilizzati dal medico sotto la sua responsabilità, nei casi in cui ritenga che la gravità del dolore ne richiede l'impiego; però mi pare che alcuni colleghi avanzino preoccupazioni rispetto ad un uso improprio, anche se circoscritto, in particolare con riferimento alla domiciliazione. Ho sentito alcune battute sul modo in cui si cura il tossicodipendente in crisi di astinenza...

ROCCO CACCAVARI. È un'altra cosa !

PRESIDENTE. Poiché si tratta di un'altra cosa, chiedo al relatore quale sia la sua posizione con particolare riferimento alla domicliazione.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Vorrei precisare che ogni atto di domiciliazione del farmaco, nelle modalità che abbiamo individuato, alcune delle quali hanno risentito del contributo dell'opposizione, è accompagnato e autorizzato da certificazione medica, che indichi le quantità terapeutiche. È previsto un atto medico per ognuno di questi atti.

PRESIDENTE. Mi sembra opportuno sospendere a questo punto i nostri lavori.

ALESSANDRO CÈ. Poiché questo provvedimento non è all'ordine del giorno della Commissione per domani ma sarà affrontato ormai la settimana prossima, non credo sia necessario fissare entro due ore la scadenza per la presentazione dei subemendamenti.

PRESIDENTE. Ho parlato di due ore perché per la presentazione dei subemendamenti si prevede un tempo limitato. (...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

38.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 DICEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposte di legge *(Seguito della discussione e rinvio):*

Bolognesi ed altri: Norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7386);

Cè: Disposizioni per la semplificazione della normativa relativa all'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7398) ... 3

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Baiamonte Giacomo (FI) 11

Caccavari Rocco (DS-U) 6, 11, 12

Cè Alessandro (LNP) 3, 5, 10, 11, 12

Conti Giulio (AN) .. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13

Cossutta Maura (Comunista) 9, 10

PAG.

Di Capua Fabio (Misto) 5, 6, 8, 9

Giacalone Salvatore (PD-U), *Relatore* . 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13

Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) . 9, 10, 12

Rocchi Carla, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 3, 12

Saia Antonio (Comunista) 4, 7, 8, 10, 11, 13

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

GIULIO CONTI. Io ho due preoccupazioni. Innanzitutto, riterrei opportuno prevedere l'esclusione oltre che per il trattamento domiciliare anche per il trattamento ambulatoriale degli stati di tossicodipendenza da oppiacei.

FABIO DI CAPUA. C'è già scritto, perché il testo fa riferimento esclusivamente all'assistenza domiciliare.

GIULIO CONTI. Ma il trattamento per il tossico in ambulatorio non viene così evitato.

FABIO DI CAPUA. Stiamo parlando di assistenza domiciliare !

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, vi ricordo che siamo in sede legislativa: cerchiamo di procedere con un minimo di ordine !

GIULIO CONTI. Non ho ben capito dove il relatore intenda recepire la mia indicazione relativamente alla posologia. Io ritengo, comunque, che alla fine del subemendamento Di Capua 0.1.101.3 si potrebbe aggiungere l'espressione « con posologia indicata dal medico prescrittore ». In tal modo il problema sarebbe risolto e molti emendamenti, a quel punto, verrebbero meno. Mi sembra che questa sia la soluzione più funzionale: sarei eventualmente disponibile a ritirare tutti gli emendamenti che si riferiscono a questa problematica.

PRESIDENTE. Onorevole Conti, il relatore si è già espresso sulla questione della posologia.

ROCCO CACCAVARI. Credo che siamo davvero arrivati al punto in cui le diverse posizioni, dopo aver conosciuto anche momenti di scontro, possono finalmente convergere in modo da salvaguardare le finalità del testo al nostro esame che – vorrei ribadirlo – sono essenzialmente due: il trattamento domiciliare e la prescrivibilità di dosaggi superiori agli otto giorni, a differenza di quanto è oggi previsto dalla legge, per quanto concerne i farmaci narcotico-analgesici. Questa proposta di legge, pur ponendo sicuramente questioni che concernono formalmente l'uso degli stupefacenti, non incide sostanzialmente sulla relativa disciplina; ricordo infatti che la legislazione vigente in materia di tossicodipendenza protegge dall'uso improprio dei farmaci stupefacenti salvaguardando i diritti sia dei cittadini in generale sia di quanti hanno problemi di tossicodipendenza. Lo sforzo che stiamo facendo (e in questo senso io accetterò la riformulazione proposta dal relatore, con una precisazione) è volto a conciliare le diverse esigenze anche per cancellare il sospetto che su questa problematica vi siano posizioni nettamente contrapposte. Intendo valorizzare la convergenza delle opinioni di tutti i componenti della Commissione, fermo restando che ognuno risponde ovviamente delle affermazioni che sono state ritenute offensive per alcune categorie professionali. Nella sostanza raccolgo però l'esigenza e la volontà di addivenire ad una soluzione comune.

La riformulazione proposta dal relatore, che tende a fondere (a mio avviso, non a caso) proposte emendative firmate da commissari che hanno una diversa collocazione politica, sta a sottolineare appunto l'esigenza comune di rispondere al bisogno reale di una vasta popolazione di malati sofferenti. È un'occasione unica per poter intervenire civilmente contro un dolore altrimenti incoercibile. L'esclusione del trattamento delle tossicodipendenze si giustifica con l'esigenza di evitare qualsiasi possibilità di abuso, di uso improprio dei farmaci stupefacenti, fermo restando i diritti che la legge tutela.

Sono contrario all'inserimento in questa parte del testo di un riferimento all'assistenza ambulatoriale, perché vi sono già altre norme al riguardo. Come sapete, l'uso degli stupefacenti nelle fasi di intossicazione è consentito solo presso i SERT. Che poi in proposito vi siano abusi, questo è un altro problema: ne parleremo in un'altra occasione.

Per quanto riguarda la proposta di inserire il riferimento alla posologia nel

subemendamento al nostro esame, sono personalmente favorevole a questa soluzione perché consentirebbe di sgombrare il campo da numerosi emendamenti successivi. Nello stesso contesto verrebbero così recepite più esigenze. La scelta rimane comunque affidata al relatore. Il mio è solo un suggerimento volto a cogliere la disponibilità che tutti stiamo dimostrando per addivenire ad una soluzione. Con un unico emendamento, evitando in tal modo un'eccessiva articolazione delle norme, verrebbero ad essere recepite diverse esigenze, con riferimento alla prescrizione e alla possibilità di trattare il più presto e il più a lungo possibile la persona che ne ha bisogno, garantendo anche gli operatori sanitari dai rischi cui potrebbero andare incontro se in un certo ambiente si diffondesse la notizia che gli stessi possono prescrivere stupefacenti. Ciò consentirebbe anche di evitare che, in determinate situazioni, abusando delle norme, certi soggetti compiano un reato. Si troverebbero infatti costretti a pagare un ulteriore prezzo, mentre noi vogliamo offrire loro la possibilità di uscire dalla condizione di tossicodipendenza. Comunque, se il relatore è di diverso avviso, affronteremo la questione della posologia dei farmaci più avanti.

PRESIDENTE. A questo punto, relatore, sarebbe forse opportuno che lei indicasse precisamente in che punto del testo intende recepire l'indicazione dell'onorevole Conti.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. L'onorevole Conti ha presentato il subemendamento 0.1.102.14 volto a modificare il mio emendamento 1.102 nel senso di aggiungere dopo le parole « certificazione medica » le parole « indicante la posologia dei farmaci da praticare al paziente ». Io propongo all'onorevole Conti una riformulazione del suo subemendamento. In sostanza, il mio emendamento 1.102, laddove dice « accompagnate dalla certificazione medica che ne prescriva l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare », potrebbe essere così modificato: « accompagnate dalla certificazione medica che ne prescriva la posologia e l'utilizzazione nell'assistenza domiciliare ». Comunque, mi riservo di precisare meglio la proposta di riformulazione del subemendamento Conti 0.1.102.14 al momento della discussione dell'emendamento 1.102 e dei relativi subemendamenti.

GIULIO CONTI. Quindi, a quel punto saresti disponibile ad accogliere il mio subemendamento ?

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Sì.

GIULIO CONTI. Ma devo ritirare il subemendamento 0.1.102.14 cui ha fatto riferimento il relatore ?

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. No, onorevole Conti. Una volta che avrà ritenuto di essere soddisfatto dalla proposta del relatore...

PRESIDENTE. Onorevole Conti, affronteremo la questione al momento della discussione di quel subemendamento.

ANTONIO SAIA. Dico subito che avrei preferito l'accoglimento *sic et simpliciter* del subemendamento Caccavari 0.1.101.4, in cui si prevedono espressamente i casi in cui non possono essere somministrati i medicinali contenenti stupefacenti. Avrei preferito che non venissero indicati i casi in cui invece queste sostanze possono essere somministrate. Mi vengono in menti almeno altri due casi in cui, per esempio, è necessaria la somministrazione di questi medicinali, che però non sono ricompresi nella categoria delle patologie neoplastiche o degenerative. Laddove il dolore rappresenta la parte dominante del quadro patologico, ove gli altri interventi non abbiano avuto effetto, lo stupefacente è un farmaco che si può rivelare utile. Personalmente sono a conoscenza del suicidio di un paziente affetto da ischemia cronica degli arti inferiori che le aveva provate tutte...

(...)

scritto anche dagli altri colleghi che intendano farlo. Perché quello che stiamo facendo è un discorso politico che non può essere trascurato.

PRESIDENTE. Ho già detto che il subemendamento in questione potrà essere sottoscritto da chiunque intenda farlo.

ROCCO CACCAVARI. In relazione a quanto detto dall'onorevole Cé, che ha sottolineato come su questo tema si sia svolta una battaglia, devo ricordare che vi sono stati due eserciti contrapposti. A questo punto, la nuova versione del subemendamento, che è il frutto dell'assemblaggio di due distinti subemendamenti, dovrebbe essere firmata da tutta la Commissione o altrimenti si dovrebbe dare atto in qualche modo delle fasi che hanno caratterizzato la battaglia politica che vi è stata sul punto.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Vorrei ringraziare i colleghi per l'ampia convergenza registrata sulla mia proposta. Con molta franchezza, devo dire che come professionista, come medico, ho avuto grande difficoltà ad arrivare a questa mediazione perché non volevo fare alcun riferimento al tipo di patologia; mi sono però fatto carico dell'esigenza dell'opposizione di non dare luogo ad un testo che « banalizzasse » l'utilizzo domiciliare dei farmaci in questione. Non si trattava di non deregolamentare o di non sburocratizzare l'impiego domiciliare di tali farmaci, ma appunto di non banalizzarlo. Credo che nella formulazione cui si è arrivati questa esigenza sia stata soddisfatta.

ANTONIO SAIA. Presidente, anch'io apprezzo l'importanza del fatto che su questo subemendamento si sia raggiunto un largo consenso e un alto punto di mediazione. Spero che ciò consenta finalmente a questo progetto di legge di sbloccarsi e di procedere agevolmente. Purtroppo, non posso sottoscrivere il subemendamento né votare a suo favore. Spogliandomi per un momento del mio ruolo di medico (perché come medico ritengo che non possano essere escluse da questo testo di legge altre forme di dolore che non siano riconducibili alle patologie neoplastiche o degenerative) mi asterrò dunque su questo subemendamento, pur apprezzando – ripeto – lo sforzo notevole che è stato compiuto.

GIACOMO BAIAMONTE. Vorrei plaudire all'opera del relatore, il quale, tra l'altro, non è venuto incontro soltanto alle esigenze dell'opposizione, perché anche nella maggioranza vi erano alcuni colleghi che le condividevano. Noi ringraziamo quindi il relatore e ribadiamo che l'esigenza da lui accolta era condivisa da diversi commissari appartenenti a tutte le forze politiche e non solo a quelle di opposizione.

ALESSANDRO CÈ. Vorrei intervenire brevemente.

PRESIDENTE. Ma lei è già intervenuto, onorevole Cè.

ALESSANDRO CÈ. Nell'intervento precedente ho però dimenticato di dire una cosa. Volevo ringraziare i colleghi Di Capua e Caccavari, che sono riusciti a raggiungere una mediazione; in particolare è stato proprio grazie al suggerimento dell'onorevole Caccavari che siamo riusciti a trovare un punto di accordo tra maggioranza ed opposizione.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.
Pongo in votazione, in linea di principio, il subemendamento Di Capua 0.1.101.3 *(seconda versione)*.

(È approvato).

Ricordo che il subemendamento Di Capua 0.1.101.3 *(seconda versione)*, approvato in linea di principio, sarà inviato alle Commissioni competenti per il prescritto parere.

A questo punto, colleghi, immagino che molte proposte emendative verranno ritirate.

ROCCO CACCAVARI. Ritiro il mio subemendamento 0.1.101.4.

ALESSANDRO CÈ. Ritiro i miei subemendamenti 0.1.101.5, 0.1.101.6 e 0.1.101.7.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Ritiro il mio subemendamento 0.1.101.8.

PRESIDENTE. Pongo in votazione, in linea di principio, l'emendamento 1.101 del relatore, come modificato dal subemendamento approvato, accettato dal Governo.

(È approvato).

L'emendamento 1.101 del relatore, approvato in linea di principio, sarà trasmesso alle competenti Commissioni per il prescritto parere.

Ricordo che gli emendamenti Conti 1.14 e 1.15 erano stati ritirati nella precedente seduta.

Passiamo all'emendamento Conti 1.16.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Su questo emendamento avevo espresso inizialmente un parere favorevole, ma alla luce delle modifiche che abbiamo introdotto l'espressione in esso contenuta (che fa riferimento all'ambulatorio del medico di famiglia) rischia di creare delle complicazioni (poiché stiamo parlando di assistenza domiciliare) e di vanificare il lavoro fatto.

Con molta franchezza e con molta serenità (spero che l'onorevole Conti si fidi di quanto sto dicendo) ritengo che l'eventuale approvazione di questo emendamento non gioverebbe alla chiarezza del testo. Modificando pertanto il parere precedentemente espresso, invito il presentatore a ritirare l'emendamento 1.16, altrimenti il parere sarebbe contrario.

PRESIDENTE. Dopo le dichiarazioni del relatore, qual è il parere del Governo sull'emendamento Conti 1.16 ?

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Il Governo concorda con il parere espresso dal relatore.

PRESIDENTE. Onorevole Conti, come ha ricordato il relatore, visto che nel testo si parla espressamente di assistenza domiciliare, aggiungere il riferimento all'ambulatorio del medico di famiglia diventa superfluo e rischia comunque di creare confusione.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Rischia di creare complicazioni e ambiguità.

PRESIDENTE. Onorevole Conti, accoglie pertanto l'invito al ritiro del suo emendamento 1.16 ?

GIULIO CONTI. Io ritengo che non si dia luogo a confusione, anche perché per quanto riguarda l'ambulatorio del medico è prevista addirittura la fornitura diretta dei farmaci al paziente, senza che si passi per la farmacia. Credo pertanto che il mio emendamento sia valido. Se però il relatore ha tutte quelle perplessità, per andargli incontro posso anche ritirarlo, fermo restando che non ritengo opportuno, anche ideologicamente, permettere che il paziente si rechi presso l'ambulatorio del medico, prenda cento fiale di morfina e quindi vada a praticarsi la terapia a domicilio, senza che ciò venga indicato nella legge. Ritengo che si debba prestare attenzione a questo aspetto e che eventualmente questa esigenza vada recepita più avanti. Ritiro comunque il mio emendamento 1.16.

ALESSANDRO CÈ. Ritiro il mio emendamento 1.17 perché esso si riferisce al testo originario della proposta di legge, che faceva riferimento all'allegato I.

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

39.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 14 DICEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposte di legge *(Seguito della discussione e rinvio):*

Bolognesi ed altri: Norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7386);

Cè: Disposizioni per la semplificazione della normativa relativa all'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7398) ... 9

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 4, 5, 6, 8, 9 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Caccavari Rocco (DS-U) 7, 21, 24 25, 26, 31, 33

PAG.

Cè Alessandro (LNP) 7, 8, 9, 10, 11, 12 13, 14, 15, 16, 20, 21, 23, 24 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33

Conti Giulio (AN) 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 23, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Cossutta Maura (Comunista) ... 6, 7, 16, 17, 19

Di Capua Fabio (Misto) 23, 27, 28

Giacalone Salvatore (PD-U), *Relatore* 8, 11 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Gramazio Domenico (AN) 17

Labate Grazia, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 22, 29, 31, 32

ALLEGATO: Emendamenti e subemendamenti esaminati nel corso della seduta . 35

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

mi pare che sia di poco conto, così come non è di poco conto la minaccia a chi legifera.

ALESSANDRO CÈ. Come ho già detto in altre sedute, questa vicenda è stata gestita molto male. In larga parte condivido quanto ha detto l'onorevole Giulio Conti, poiché la pesante intromissione da parte di alcune organizzazioni che non hanno nemmeno letto il testo, che era assolutamente sbagliato, la dice lunga sul modo in cui sia stata mal gestita questa vicenda ed anche indirizzata male da parte di qualche membro della Commissione.

Detto questo e chiusa la polemica, vorrei rivolgermi al relatore. Le questioni sollevate dal collega Conti riguardo alla figura del medico veterinario non sono marginali: non necessariamente nella tabella deve coincidere l'utilizzo per uso umano o per uso animale; inoltre, difficilmente le funzioni del medico chirurgo e del medico veterinario coesistono in questo testo, poiché ricordo che si parla sempre di operatori sanitari o di infermieri professionali, come nell'emendamento che voteremo successivamente. Alla fine, dunque, mi sembra che il risultato finale del testo sia approssimativo, se non addirittura completamente inadeguato e credo che sarebbe stata opportuna una disciplina almeno minimamente differenziata di questi due settori e del modo in cui devono attuarsi sia il carico sia l'utilizzo delle sostanze stupefacenti. Rivolgo, dunque, anch'io questa sollecitazione al relatore: un testo maggiormente presentabile, intelligibile e logico dovrebbe svilupparsi secondo due linee differenziate: una che riguarda il medico chirurgo e l'altra che esplicita, in un capoverso, le differenziazioni di utilizzo da parte del medico veterinario.

Il punto fondamentale sul quale c'eravamo battuti ha trovato una buona soluzione. Sta ora al buonsenso (lo dico tra virgolette) di chi come relatore segue questo provvedimento far sì che non sia approvata una legge che faccia, se non divertire, muovere delle critiche *(Commenti del presidente)*.

Non banalizzi le idee dei parlamentari, presidente, perché, allora, io potrei andare avanti per ore ad indicare quanti errori lei ha compiuto nella gestione di questo provvedimento. Quando di corsa – lo devo ripetere: di corsa –, in un pomeriggio, ha voluto per forza raccogliere le firme di tutti i capigruppo. La mia non l'ha avuta perché le proposte di legge io le leggo, al contrario suo e forse di tanti capigruppo che si fidano di lei e che hanno sottoscritto una proposta di legge che aveva al suo interno sei errori. Sei errori, che non avevano riferimento logico alcuno con la normativa della quale stiamo trattando. Sei errori che sono stati corretti in successive fasi...

MAURA COSSUTTA. Per questo sei insostituibile !

ALESSANDRO CÈ. ...ma che ci hanno impegnato per due settimane prima di riuscire a capire di cosa stessimo parlando, dal momento che facevamo riferimento a tabelle che non avevano alcun significato. Lei, invece, in due ore ha voluto far sottoscrivere questa proposta da tutti i capigruppo, tranne che dal sottoscritto che, forse, ha gli occhi più aperti di qualcun altro *(Commenti del relatore Giacalone)*.

È inutile che faccia così, perché è la verità. Io le leggi le leggo tutte e non le faccio mie per demagogia o per fretta. Lei sa bene che quel testo è stato in Commissione sei mesi.

Detto questo, ribadisco che un testo fatto bene dovrebbe prevedere una parte specifica per i medici veterinari. Se poi volete fare così, di pasticci ne avete già fatti un'infinità, fate anche questo.

ROCCO CACCAVARI. Io vorrei continuare con la convinzione e con lo stile di ieri, poiché mi pare che avendo trovato un modo per formulare il provvedimento rispettando le esigenze di tutti, dobbiamo continuare su questa strada. Non pos-

siamo, infatti, ogni volta che si presenta una difficoltà, ritirare fuori quanto successo in precedenza, ma dobbiamo trovare il modo per superarla.

A proposito del problema particolare cui faceva riferimento l'onorevole Conti, voglio ricordare che la medicina veterinaria è citata nel testo originario del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, al comma 3 dell'articolo 43, in cui si prevede che ciascuna prescrizione debba essere limitata ad una sola preparazione o a un dosaggio per cura di durata non superiore ad otto giorni, ridotta a giorni tre per le prescrizioni ad uso veterinario. Questo vuol dire che già al comma 3 dell'articolo 43 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 è distinta la prescrivibilità, quindi anche la durata della prescrizione stessa, differenziata tra medicina umana e medicina veterinaria e dimostra che, se non vogliamo stravolgere completamente tale disposizione, dobbiamo prevedere qualcosa che chiarisca o mantenga lo spirito del comma originario, che differenzia – lo ripeto – la quantità prescrivibile per la medicina umana e quella prescrivibile per la medicina veterinaria.

Addirittura, volendo concentrare i nostri sforzi per arrivare ad un progetto di legge che sia finalizzato al dolore umano, potremmo prevedere trenta giorni per l'uso umano e lasciare i tre già previsti per l'uso veterinario. Intendo dire che si potrebbe raccogliere quanto già previsto al terzo comma dell'articolo 43, che mantiene e ripete altri concetti riferiti alla medicina veterinaria, quindi ai professionisti veterinari, nell'ambito di tutto il decreto del Presidente della Repubblica n. 309. Non abbiamo inserito *ex novo* i veterinari, che sono professionisti che svolgono una degnissima professione ed hanno bisogno di tutti gli strumenti terapeutici a loro disposizione, perché questi sono già previsti nel testo originario. Dunque, se nella formulazione del capoverso 3-*bis)* che stiamo esaminando si può creare confusione riguardo alla durata della prescrizione, chiedo al relatore se sia possibile operare qualche intervento.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Io ritengo che l'emendamento in questione non abbia quel carico ideologico che gli stiamo dando e non aggiungerò altro a quanto detto dall'onorevole Caccavari con riferimento al testo unico. L'emendamento riguarda il comma in cui si dispone che « la ricetta deve contenere l'indicazione del domicilio professionale e del numero di telefono professionale del medico chirurgo e del medico veterinario da cui è rilasciata » e chiede la soppressione delle parole « e del medico veterinario »: questo significa che sulla ricetta non debbono comparire domicilio e numero di telefono, niente di più. Il parere del relatore è negativo.

Se poi si vuole continuare a discutere, si continui, ma il discorso è molto semplice: non c'è alcuna valenza ideologica e il comma si limita a prevedere come debba essere formulata la ricetta.

PRESIDENTE. Se ho ben compreso, il relatore è contrario all'emendamento Conti 1.23, che chiede l'abolizione del domicilio e del numero di telefono del medico veterinario dalla ricetta. Questi ha anche aggiunto che c'è un riferimento chiaro alla norma generale, per cui l'ambito di competenza di tali professionisti è netto e separato dall'ambito di competenza dei professionisti ai quali è affidata la salute umana. Il riferimento al decreto del Presidente della Repubblica n. 309 va esplicitato, onorevole relatore ?

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Non ve ne è motivo, perché non andiamo a modificare disposizioni che riguardano la medicina veterinaria. La legge esistente è già sufficiente !

ALESSANDRO CÈ. Mi sembra che ci sia un approccio sbagliato. Certo, il presidente e il relatore possono decidere di procedere alle votazioni, ma il problema non è banale.

PRESIDENTE. Ma non lo affronta questo emendamento, che si limita ad eliminare dalla ricetta indirizzo e telefono del veterinario.

(...)

PRESIDENTE. Dunque, l'emendamento Conti 1.34 è stato ritirato.

Passiamo all'emendamento Conti 1.35, rispetto al quale il relatore ha formulato un invito al ritiro.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei intervenire sull'ordine dei lavori, per porre al relatore un quesito che possa evitare difficoltà successive. Noi abbiamo definito quali categorie professionali possano utilizzare quanto stabilito da questa legge: i medici chirurghi e i medici veterinari; vorrei sapere, anche non subito, se tra questi siano compresi anche gli odontoiatri, cioè i laureati in odontoiatria e non i dentisti iscritti all'albo dei medici chirurghi.

PRESIDENTE. Onorevole Conti, accoglie l'invito al ritiro dell'emendamento 1.35, che, in analogia al precedente, fa riferimento ai medici veterinari?

GIULIO CONTI. Sì, presidente, ritiro l'emendamento 1.35.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento Conti 1.36, rispetto al quale il relatore ha invitato al ritiro, altrimenti il parere è contrario.

Mi domando, onorevole Conti, se anche questo emendamento non possa essere ritirato, per passare ad esaminare quelli che il relatore ha accolto.

GIULIO CONTI. Lo ritiro, presidente, però credo che dovremmo rivolgere a qualcuno la raccomandazione di eliminare dalla tabella almeno quei farmaci che non sono in commercio. Nella tabella sono infatti indicate alcune sostanze, alcune molecole che nelle farmacie non sono presenti, perché non esistono nella forma commerciale, caro relatore. Mi pare sia assurdo prevedere un farmaco che non è in vendita.

PRESIDENTE. Dunque, l'emendamento Conti 1.36 è ritirato.

Passiamo all'emendamento Cè 1.37, sul quale il relatore ha espresso parere favorevole!

ALESSANDRO CÈ. Finalmente la luce!

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Non solo su questo.

PRESIDENTE. Non è solo questo, vedrete effetti speciali!

Pongo dunque in votazione, in linea di principio, l'emendamento Cè 1.37, accettato dal relatore e dal Governo.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento Conti 1.38, sul quale il relatore ha formulato un invito al ritiro, altrimenti il parere è contrario. Accoglie l'invito al ritiro, onorevole Conti?

GIULIO CONTI. Lo ritiro.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento 1.102 del relatore e ai subemendamenti ad esso riferiti. Qual è il parere del relatore sui subemendamenti?

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Invito al ritiro dei subemendamenti Lucchese 0.1.102.1 e Conti 0.1.102.2, altrimenti il parere è contrario.

Accolgo il subemendamento Conti 0.1.102.3 a condizione che sia soppressa la parola «pubblici» e si parli semplicemente di ospedali.

GIULIO CONTI. Lo puoi dare anche nelle cliniche private?

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Si fa riferimento agli ospedali dell'azienda e nell'ambito delle aziende vi sono gli ospedali accreditati, che fanno parte della struttura aziendale: a tutti questi io intendo fare riferimento. Lo dico non per polemica ma per fare una precisazione.

Invito al ritiro, altrimenti il parere sarebbe contrario, degli emendamenti Conti 0.1.102.4, 0.1.102.5 e 0.1.102.6, Di

(...)

devono essere opportunamente identificati dal medico e dal farmacista, perché sono le uniche due persone che possono consegnare le sostanze stupefacenti in questione sia agli infermieri professionali che ai familiari.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Confermo il parere contrario sul subemendamento Cé 0.1.102.16. Non mi sembra opportuno rimandare addirittura ad un decreto ministeriale per indicare le modalità con cui deve avvenire l'identificazione del paziente.

ALESSANDRO CÈ. Sono disponibile a sopprimere la parte del subemendamento che prevede il decreto ministeriale.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Ritengo in ogni caso che la questione sia già adeguatamente regolamentata dalle norme vigenti.

ROCCO CACCAVARI. Ricordo che già esiste una norma secondo la quale, al momento della consegna del farmaco, si deve identificare l'identità del soggetto che riceve il farmaco. Il farmacista, nell'esercizio delle sue funzioni, essendo tenuto a questo adempimento, garantisce che venga identificata la persona che prende in consegna il farmaco. Ritengo che i successivi passaggi del farmaco possano essere adeguatamente documentati ricorrendo, ad esempio, alla firma di un'apposita ricevuta da parte di chi riceve il prodotto.

PRESIDENTE. Ma l'identificazione avviene già da parte del farmacista *(Interruzione del deputato Conti)*.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei finire. Una volta effettuata la prescrizione, un soggetto si reca in farmacia a ritirare il farmaco; in quella sede viene identificato dal farmacista. Da quel momento in poi, responsabile di quel farmaco è la persona che lo ha ritirato dalla farmacia. A quel punto, il farmaco va consegnato a domicilio. Ebbene, quell'ulteriore passaggio potrebbe essere documentato attraverso il rilascio di una ricevuta da parte del soggetto che prende in consegna il farmaco al domicilio.

PRESIDENTE. Colleghi, vorrei capire. Quando un medico prescrive una ricetta, nella stessa sono evidentemente indicati, oltre alla posologia, anche il nome del paziente ed altri dati. Chi ritira il farmaco, in base alle leggi vigenti, viene poi identificato. Mi sembra che vi siano adeguati elementi di garanzia.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Vorrei spiegare la *ratio* dell'espressione « opportunamente identificati » riferita ai familiari dei pazienti. Ciò che autorizza gli infermieri professionali o gli operatori dei distretti sanitari a ritirare e a trasportare i farmaci in questione è la certificazione medica che attesta l'utilizzo dei farmaci per l'assistenza domiciliare di pazienti affetti da dolore severo. Nella formulazione originaria del testo della proposta di legge rischiavano di rimanere esclusi proprio i familiari. Se non inserissimo il richiamo contenuto nell'emendamento 1.102, verrebbero ad essere penalizzati, rispetto alla normativa precedente, proprio i familiari del paziente, che non potrebbero più ritirare i farmaci in questione dalla farmacia e portarli al domicilio del familiare ammalato. Con quel richiamo facciamo sì che i familiari dei malati possano pienamente beneficiare della nuova normativa. L'espressione « opportunamente identificati » si richiama in sostanza alla normativa precedente: il farmacista provvederà all'identificazione del familiare attraverso l'esibizione di un documento di identità. Il rischio – ripeto – era che i familiari dei malati alla fine non potessero pienamente beneficiare della nuova normativa *(Commenti)*. L'infermiere professionale autorizzato consegna il farmaco al domicilio del paziente, si reca a casa dell'ammalato.

ALESSANDRO CÈ. Mi sembra che si faccia solo confusione. Nell'emendamento del relatore gli infermieri professionali e i

familiari sono posti sul medesimo piano. L'infermiere professionale può andare in farmacia o dal medico e prendere il prodotto. Lo stesso vale per il familiare *(Interruzione del deputato Giacalone).* Ascolta, così forse capisci cosa c'è scritto in questa legge. Vuol dire che non hai capito neanche il tuo emendamento !

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Stai calmo !

PRESIDENTE. Onorevole Cè, per cortesia !

ALESSANDRO CÈ. Si sta esprimendo in modo tale da far comprendere che non l'ha capito. Quando gli infermieri professionali o i familiari vanno dal medico, devono essere opportunamente identificati, però non c'è scritto da chi: né dal medico, né dal farmacista. La tesi che è stata sostenuta non mi sembra credibile. Credo abbiate compreso male. Una successiva parte del provvedimento prevede infatti l'abrogazione delle norme che obbligano i farmacisti ad identificare le persone cui consegnano i farmaci.

ROCCO CACCAVARI. Quando ci arriveremo, diremo di no.

ALESSANDRO CÈ. Questo lo dice adesso. Io ho predisposto un emendamento che abroga una parte successiva del testo. L'articolo 45, comma 1, lettera *c)* stabilisce che la vendita delle sostanze deve essere effettuata dal farmacista con l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente, prendendo nota degli estremi del documento di riconoscimento; ora si stabilisce di abrogare quel comma 1, quindi non solo non si attua il controllo al momento in cui il farmaco viene consegnato dal medico, ma neanche al momento dell'acquisto.

PRESIDENTE. « Opportunamente identificati » mi pare sia una espressione da salvare.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Questo vale solo per i familiari. I familiari dei pazienti devono essere opportunamente identificati.

ALESSANDRO CÈ. Che ciò deve avvenire da parte del medico o del farmacista vogliamo metterlo ?

PRESIDENTE. Perché non accogliere il subemendamento Cè che propone di aggiungere, dopo le parole « opportunamente identificati »: « dal medico o dal farmacista » ?

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Non ci sono problemi.

PRESIDENTE. Allora perché discutere di una cosa su cui siamo tutti d'accordo ?

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Il problema sta nel richiamo al decreto del ministro della sanità, di cui non comprendo la ragione.

PRESIDENTE. Il riferimento al decreto del ministro viene eliminato.

ROCCO CACCAVARI. Insisto nel dire che bisogna parlare di « consegnatario », perché, per esempio, può essere il medico veterinario, o l'odontoiatra, se passa questa impostazione.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Sì, « consegnatario ».

PRESIDENTE. Con questo termine si ricomprendono tutti.
Dunque, la nuova versione del subemendamento Cè risulterebbe del seguente tenore: « opportunamente identificati dal medico consegnatario o dal farmacista ».

ALESSANDRO CÈ. Senza « consegnatario ».

SALVATORE GIACALONE, *Relatore.* Parlando di « medico o farmacista » si comprendono tutti.

ROCCO CACCAVARI. Ma questo esclude il veterinario.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Il veterinario è un medico. Il problema si pone solo per i familiari del paziente. Come ho già detto, sono disposto ad accettare la riformulazione del subemendamento Cè se viene espunta la parte che fa riferimento al decreto del ministro della sanità. Ricordiamo sempre che nel certificato medico devono essere indicati il nome del paziente, la posologia, insomma tutte le cose che voi avete indicato.

PRESIDENTE. Ha ragione il relatore.

Pongo in votazione, in linea di principio, il subemendamento Cè 0.1.102.16, nella seconda versione, accettato dal relatore e dal Governo.

(È approvato).

Passiamo al subemendamento Cè 0.1.102.17, che ritengo possa essere ritirato.

ALESSANDRO CÈ. Sì, presidente, lo ritiro.

PRESIDENTE. Passiamo al subemendamento Conti 0.1.102.18.

Ritengo che possa anch'esso essere ritirato, poiché sono stati forniti i chiarimenti richiesti.

GIULIO CONTI. Non è la stessa cosa, presidente. La mia richiesta certo non è molto aperturista, ma vuole garantire che ad operare la terapia siano un infermiere, un medico o comunque un operatore sanitario che opera nel distretto. Ripeto un esempio che ho già fatto in Commissione giustizia: nei giorni festivi, durante i quali l'infermiere non si reca presso il domicilio del malato che sta seguendo (e che nel caso di una terapia lunga, quale può essere quella di un cancro, non è certo seguito quotidianamente dal medico), cosa accade? Semplicemente questo: l'infermiere lascerà presso il malato il dosaggio necessario per il giorno o per i giorni seguenti, di sua assenza. È il problema che si presenta nelle carceri di tutta Italia, dove nessuno nei giorni di festa va a somministrare le 15 mila dosi di metadone. Questo sta accadendo da un anno; è la sperimentazione di cui si sta parlando in Commissione giustizia. Dunque, nei giorni in cui l'infermiere non si reca a domicilio del malato, chi ci garantisce che verrà applicata una terapia congrua?

PRESIDENTE. Dunque, non ritira il subemendamento?

GIULIO CONTI. No, non lo ritiro. Questo è un problema basilare e mi meraviglio che non l'abbiate preso in considerazione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione, in linea di principio, il subemendamento Conti 0.1.102.18, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Passiamo al subemendamento Conti 0.1.102.19.

Lo ritira, onorevole Conti, sulla base dell'accordo che è stato assunto nella seduta di ieri?

GIULIO CONTI. Sì, lo ritiro.

PRESIDENTE. Passiamo al subemendamento Cè 0.1.102.20.

ALESSANDRO CÈ. Lo ritiro, presidente. Così come ritiro il successivo 0.1.102.21.

PRESIDENTE. Passiamo al subemendamento Conti 0.1.102.22.

GIULIO CONTI. Lo ritiro, presidente.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento 1.102 del relatore.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Questo emendamento, presidente, deve

(...)

pressione di una simile previsione. Ritengo che provvedere all'identificazione delle persone cui consegnano i medicinali non sia per i farmacisti un compito eccessivamente oneroso, né mi sembra che in questo caso ci si possa appellare a problemi di *privacy*, perché quando si tratta di sostanze stupefacenti è chiaro che coloro che le trasportano lo fanno sotto la loro responsabilità. Insisto pertanto per la votazione del mio emendamento.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Ribadisco il parere contrario sull'emendamento Cè 1.46, perché se venisse approvato si eliminerebbe un utile elemento di semplificazione.

GIULIO CONTI. Relatore, siamo rimasti in sei!

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Non per questo dobbiamo andare avanti stravolgendo il testo della legge *(Reiterate interruzioni e commenti dei deputati Cè e Conti)*!

PRESIDENTE. Colleghi, vi invito a stare calmi. Cerchiamo di procedere con ordine.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Su tale questione abbiamo già riflettuto a lungo.

PRESIDENTE. Onorevole relatore, la invito a valutare ulteriormente la questione posta dall'onorevole Cè ed eventualmente a motivare meglio il suo parere contrario.

ROCCO CACCAVARI. A questo punto, presidente, credo che si debba davvero fare appello alla propria pacatezza per riuscire ad andare avanti con un po' di tranquillità, che diventa poi chiarezza.

Questa è una norma che esiste da quando è stato predisposto il decreto del Presidente della Repubblica n. 309 ed era posta a garanzia del fatto che la consegna dei farmaci narcotico-analgesici avvenisse dietro conoscenza precisa di chi riceveva il farmaco. Ora, se noi non attuiamo anche questa procedura nella prassi di consegna, vanifichiamo completamente la stessa prescrizione. Identificare chi va a ritirare il farmaco costituisce una tutela non solo, come si diceva prima, affinché non vi sia un uso improprio, ma anche in considerazione del fatto che nello stesso uso terapeutico i farmaci stupefacenti, da chiunque siano usati – dunque non solo da chi è tossicodipendente, – possono determinare danni irreparabili se non impiegati in modo proprio. Insisto, dunque, nel sostenere che la norma in questione deve essere mantenuta, proprio a tutela e a garanzia dei pazienti. Altrimenti, chiunque può presentarsi con una ricetta falsa e prendere farmaci per farne l'uso che vuole, senza che vi sia possibilità di controllo. Negli anni ottanta, invece, ci siamo fortemente battuti perché gli stupefacenti non potessero diffondersi senza che vi fosse controllo.

PRESIDENTE. Mi pare che l'emendamento Cè voglia far vivere questa parte. Ricordo, peraltro, che con il corposo emendamento del relatore che abbiamo approvato poco fa abbiamo introdotto l'obbligo di accertamento dell'identità.

ALESSANDRO CÈ. Ma l'abbiamo introdotto per l'allegato III-*bis*, presidente, non per le altre tabelle.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Su questo punto il relatore si rimette al Governo, poiché l'argomento era già affrontato nel testo che esso aveva a suo tempo predisposto.

GRAZIA LABATE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento Cè 1.46.

PRESIDENTE. Pongo in votazione, in linea di principio, l'emendamento Cè 1.46, per il quale il relatore si è rimesso al Governo e che quest'ultimo ha accettato.

(È approvato). (...)

GIULIO CONTI. Sì, presidente, ritiro l'emendamento.

PRESIDENTE. Dovremmo ora passare agli emendamenti riferiti al titolo del provvedimento ed ai relativi subemendamenti. Ricordo tuttavia che gli emendamenti riferiti al titolo, dovendo essere votati in via definitiva, sono stati accantonati all'inizio della discussione per essere discussi e votati contestualmente agli emendamenti approvati in linea di principio una volta acquisito il parere delle competenti Commissioni.
Dobbiamo ora riprendere la discussione degli emendamenti Conti 1.6, 1.9 e 1.10 che avevamo precedentemente accantonato.

Per quanto riguarda l'emendamento 1.6, riguardante la posologia, credo che il collega potrebbe ritirarlo, ritenendosi soddisfatto poiché, in altro emendamento, il riferimento alla posologia è già stato inserito.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Per l'esattezza, presidente, la questione della posologia è stata maggiormente garantita rispetto a quanto previsto dal collega.

GIULIO CONTI. Sì, lo ritiro, così come ritiro i successivi 1.9 e 1.10.

PRESIDENTE. Si è pertanto concluso l'esame degli emendamenti. Quelli che sono stati approvati in linea di principio saranno trasmessi alle Commissioni competenti per l'acquisizione dei prescritti pareri ed io mi farò carico di chiedere loro di procedere all'esame entro martedì prossimo, in modo che sia per noi possibile arrivare all'approvazione definitiva del provvedimento entro giovedì della prossima settimana. A questo scopo chiedo il massimo impegno dei colleghi.

ALESSANDRO CÈ. Siamo disponibili a riunirci in qualsiasi ritaglio di tempo si renda disponibile e siamo soddisfatti per il fatto che l'iter di questo provvedimento stia arrivando a conclusione. Tutti coloro che ci hanno denigrato ed attaccato attraverso la stampa – poiché siamo in sede legislativa ci tengo a dirlo – forse dovrebbero oggi rendere conto di chi abbia effettivamente partecipato ai lavori della Commissione, in orari abbastanza impegnativi per tutti, e della scarsa presenza, invece, di tanti commissari che non hanno dato a questa problematica la necessaria importanza. L'onorevole Conti ed io siamo stati qui tanti giorni proprio perché ritenevamo che questo provvedimento fosse importantissimo e siamo contenti che sia giunto a conclusione.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei precisare che siamo quasi alla conclusione. Mi auguro che le poche fasi del procedimento che ancora mancano vengano completate nello spirito che si è da ultimo manifestato.

PRESIDENTE. Personalmente, desidero che resti a verbale il mio ringraziamento a tutti i colleghi che hanno voluto seguire, anche da posizioni diverse, l'iter di questo provvedimento, che ritengo molto importante. Al di là delle difficoltà e di alcune intemperanze, devo sicuramente ringraziare la disponibilità dei colleghi presenti, che hanno dimostrato la loro volontà di dare risposta ad un problema enorme.

GIULIO CONTI. La cosa deprimente è che siamo rimasti in sei, cioè meno di quanti siano i deputati firmatari della proposta di legge. Mi pare che sia poco serio, quando, invece, l'iter era iniziato con grande serietà. Deploro il fatto che questa legge sia stata utilizzata a fini demagogici ed elettoralistici; mentre ringrazio i colleghi Caccavari e Di Capua i quali, con la loro disponibilità ed i loro interventi conciliatori, hanno contribuito in modo risolutivo al proseguimento dell'iter. Se non vi fossero stati interventi da parte di deputati considerati non schierati, ritengo che avremmo reso un pessimo servizio sia alla legge sia ai cittadini.

SALVATORE GIACALONE, *Relatore*. Mi permetto di chiosare l'ultima espres-

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

41.

SEDUTA POMERIDIANA DI GIOVEDÌ 21 DICEMBRE 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Proposte di legge *(Seguito della discussione e approvazione):*

Bolognesi ed altri: Norme per agevolare l'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7386);

Cè: Disposizioni per la semplificazione della normativa relativa all'impiego di medicinali contenenti sostanze stupefacenti nella terapia del dolore (7398) ... 2

Bolognesi Marida, *Presidente* 2, 3, 4, 5, 11

Caccavari Rocco (DS-U) 7

Cè Alessandro (LNP) 2, 5

Conti Giulio (AN) 3, 4, 5

PAG.

Cossutta Maura (Comunista) 9

Cuccu Paolo (FI) 7

Galletti Paolo (Misto-Verdi-U) 9

Giacalone Salvatore (PD-U), *Relatore* 10

Gramazio Domenico (AN) 8

Labate Grazia, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 4, 5, 10

Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) .. 4, 8

Scantamburlo Dino (PD-U) 10

Valpiana Tiziana (Misto-RC-PRO) 9

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

ai veterinari, che male hanno inteso la nostra battaglia, che non era sicuramente rivolta contro di loro: era semmai una battaglia a favore di quella categoria, in quanto tesa a mettere in allarme nei confronti degli abusi che sarebbero stati possibili da parte dei malintenzionati a causa di un provvedimento molto distratto, se non addirittura complice, quale era quello al nostro esame nella sua versione originale.

Io ritengo che questo discorso dovesse essere fatto. Lo facciamo oggi nella dichiarazione di voto e lo abbiamo fatto durante il dibattito, senza timore alcuno e senza essere condizionati da nessuno. Non abbiamo nascosto nulla e del resto non c'era nulla da nascondere. Penso che il nostro sia stato un esempio positivo per tutti, anche per coloro i quali hanno accettato alcune nostre tesi. Credo rappresenti una conquista per tutti poter stare più tranquilli nei confronti dell'uso di sostanze che sono micidiali se non usate in modo opportuno. Questa è per noi una conquista e una vittoria: era il massimo di quello che avremmo potuto ottenere in questo campo e lo abbiamo ottenuto. A mio avviso abbiamo respinto una manovra iniziale che avrebbe potuto aprire il campo ad una liberalizzazione nei confronti della droga: questo pericolo è stato fugato. Non posso pertanto che considerarmi molto soddisfatto e alla fine ringraziare quanti hanno contribuito al raggiungimento di questo risultato. Non posso dimenticare l'apporto dato dall'onorevole Di Capua e dall'onorevole Caccavari. Non lo dico per accarezzare l'avversario, ma perché mi sembra che riconoscere il buon senso degli altri sia un atto dovuto e di estrema onestà. Ringrazio comunque tutta la Commissione per il lavoro che abbiamo fatto fin qui insieme e che ci consentirà di votare insieme questa legge.

ROCCO CACCAVARI. Preannuncio il voto favorevole del gruppo dei Democratici di sinistra su questa proposta di legge che, pur trattando un aspetto sanitario, ha forti risvolti sociali. Il controllo e la sedazione del dolore aiutano certamente i malati ma confortano quanti altri sono coinvolti nell'esperienza della malattia.

Credo che il risultato che abbiamo conseguito testimoni la piena assunzione di responsabilità da parte di questa Commissione nei confronti dei soggetti affetti da sindromi dolorose anche al fine di contribuire a restituire loro una dignità che molto spesso la malattia e il dolore tendono a ridurre e qualche volta, purtroppo, anche ad annullare. Auspico che per i pazienti cui saranno somministrati i farmaci in questione secondo le nuove modalità di prescrizione e le nuove disponibilità offerte dalla legge che stiamo per approvare vengano costruiti nel futuro – mi auguro presto – appositi centri del dolore per la terapia antalgica, in maniera tale che in questo campo vi sia sempre più professionalità, sperimentazione e disponibilità a fare in modo che vi sia sempre un rimedio al dolore che affligge i malati, un rimedio che sia naturalmente graduale fino a diventare estremo nel caso in cui il dolore diventi severo – come dice la legge che stiamo per approvare – o meglio incoercibile, come preferisco definirlo io. Eliminando il dolore, soprattutto nelle fasi terminali, si contribuisce a dare più spazio ai sentimenti e quindi al sostegno e alla solidarietà alla persona che soffre, anche perché in chi rimane molto spesso il dolore fa permanere nel ricordo le immagini degli ultimi momenti, che non sono quelle di tutti i giorni che si sono vissuti con quella persona, con cui si è magari condivisa una vita.

Ringrazio anch'io tutti i colleghi che hanno lavorato su questa proposta di legge. Il risultato raggiunto è una conquista comune, nel senso che tutti noi, superando diversità e a volte anche interpretazioni distorte dei fini della legge, abbiamo cercato di ottenere un risultato che credo vada a beneficio di tutti i cittadini del nostro paese.

PAOLO CUCCU. Condivido quasi completamente tutto quello che ha detto l'onorevole Giulio Conti. Mi preme però sottolineare che le difficoltà incontrate,

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDE LEGISLATIVA

43.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 21 FEBBRAIO 2001

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Testo unificato delle proposte di legge *(Seguito della discussione e rinvio):*

Scalia ed altri; Soda; Negri ed altri; Bielli; Bielli ed altri; Altea; Caccavari ed altri; Scaltritti ed altri: Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri (307-585-1666-2387-5793-6055-6156-6609) 3

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 4, 5, 6, 7 8, 9, 10, 11, 12

Caccavari Rocco (DS-U), *Relatore* 4, 5, 6 8, 9, 10, 11

Cè Alessandro (LNP) 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Contento Manlio (AN) 12

Gramazio Domenico (AN) 6, 12

PAG.

Massidda Piergiorgio (FI) 3

Rocchi Carla, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 5, 6, 10

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

cato di dire che vi sono provvedimenti che noi riteniamo estremamente importanti. Tra questi vi è quello ora in discussione, rispetto al quale il mio gruppo ha dato l'assenso al trasferimento in sede legislativa e il cui iter non intendo certo rendere più difficile con queste mie dichiarazioni. Resta il fatto che non si può continuare a lavorare in questo modo: la Commissione deve essere in numero legale e questo deve essere garantito soprattutto dalla maggioranza, che ha insistito affinché fossero esaminati certi provvedimenti piuttosto che altri. Ricordo, ad esempio, che ieri alcuni di noi sono venuti appositamente per la discussione in sede referente del provvedimento sulle minorazioni visive, che, invece, non ha avuto luogo per l'essenza del relatore, o che per anni è rimasto iscritto in calendario il provvedimento sulle malattie cronico-degenerative senza che nessuno, tranne me, si attivasse per sollecitare il parere della Commissione bilancio. Ciò che sto chiedendo ai colleghi è di essere coerenti con gli impegni assunti: che almeno la maggioranza mantenga una presenza qualificata dei suoi componenti all'interno della Commissione, in modo da consentire un adeguato esame di provvedimenti di notevole rilievo.

Quello della cremazione è un tema importante e questo provvedimento aprirà un dibattito travagliato ed anche polemiche nell'opinione pubblica. È dunque necessario che nei confronti di certe scelte vi sia assunzione di responsabilità da parte del maggior numero possibile di parlamentari e che non sembri che tutto si limita alla discussione tra sei o sette deputati, come già si mormora. È anche da qui, infatti, che viene la mia amarezza: sembra che il provvedimento sulla cremazione interessi soltanto pochissimi di noi. Già l'aver scelto di esaminarlo in Commissione in sede legislativa invece che in Assemblea è un atto coraggioso: questo atto coraggioso deve essere comune a tutti i gruppi ed a tutta la Commissione.

Non l'ho chiesto espressamente in apertura di seduta, ma ricordo che quando il mio gruppo ha acconsentito al trasferimento in sede legislativa ha precisato che tale assenso era condizionato alla presenza del numero legale e questo è quanto ho ribadito anche nella precedente seduta.

Ognuno deve assumersi le sue responsabilità. Se si decide di proseguire su questa strada, probabilmente si porranno in queste ultime settimane della legislatura problemi che non vi sono stati per anni.

Non escludo, peraltro, che la scarsa partecipazione di deputati alla seduta odierna dipenda, in parte, dalla inversione dei punti all'ordine del giorno precedentemente decisa dalla Commissione, cioè dal fatto che si sia passati alla sede legislativa senza prima trattare il provvedimento all'ordine del giorno in sede redigente.

PRESIDENTE. La seduta in sede legislativa era stata convocata alle 14.45, quindi i colleghi interessati a parteciparvi erano avvertiti.

Comunque, come ho già detto, credo che per ora potremmo proseguire nei nostri lavori passando all'esame dell'articolo 3 e degli emendamenti ad esso riferiti, per verificare quali possano essere accolti o modificati. Dopo di che, se nel frattempo non sarà giunto in Commissione un numero adeguato di colleghi, sospenderò la seduta.

Passiamo all'esame dell'articolo 3 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, chiedo al relatore ed al rappresentante del Governo di esprimere il loro parere sugli emendamenti.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Molti degli emendamenti presentati, presidente, erano già stati discussi nel corso dell'esame del provvedimento in sede referente. Ora mi limiterò ad indicare rapidamente quali posso accogliere e per quali, invece, invito il proponente al ritiro.

Invito l'onorevole Cè a ritirare i suoi emendamenti 3.1 e 3.2; mentre esprimo parere favorevole sull'emendamento Cè 3.3 e sull'emendamento Cè 3.4 purché sia

riformulato in modo da poterlo meglio inserire nell'articolo. Invito l'onorevole Cè a ritirare gli emendamenti 3.5, 3.6, 3.7 e 3.8, ricordando che su quest'ultimo avevamo abbondantemente discusso durante la fase referente, dal momento che la richiesta da esso avanzata è restrittiva rispetto all'impostazione data citando i diversi articoli del codice civile. Esprimo parere favorevole sull'emendamento Cè 3.9 e contrario sugli emendamenti Cè 3.10 e 3.11.

Raccomando l'approvazione dell'emendamento 3.12 da me presentato.

Per l'emendamento Cè 3.13 vale la stessa considerazione che ho fatto per il 3.8, pertanto inviterei il collega a ritirarlo. Ugualmente, lo invito a ritirare l'emendamento 3.14, mentre esprimo parere favorevole sull'emendamento Cè 3.15.

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con i pareri espressi dal relatore.

ALESSANDRO CÈ. Rinnovo la mia proposta di sospendere brevemente i lavori della Commissione per permettere l'arrivo di tutti i deputati interessati al provvedimento.

PRESIDENTE. Accogliendo la richiesta dell'onorevole Cè, sospendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 15.10, è ripresa alle 15.15.

Sostituzioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del regolamento, gli onorevoli Bogi, Carlesi, Dameri, Gatto, Jannelli e Lucà sono sostituiti, rispettivamente, dagli onorevoli Tattarini, Contento, Gasperoni, Mariani, Trabattoni e Stelluti.

Si riprende la discussione.

PRESIDENTE. Onorevole Cè, accoglie l'invito del relatore a ritirare i suoi emendamenti 3.1 e 3.2?

ALESSANDRO CÈ. Sì, presidente, li ritiro.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Cè 3.3, accettato dal relatore e dal Governo.

(È approvato).

Per quanto riguarda l'emendamento Cè 3.4, il relatore aveva avanzato la necessità di una riformulazione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Propongo che l'emendamento in questione sia riformulato sostituendo le parole « alla dichiarazione testamentaria stessa », con le parole « all'iscrizione all'associazione ».

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con il relatore.

ALESSANDRO CÈ. Accolgo la proposta del relatore, poiché ritengo che la riformulazione che egli propone sia sufficiente. Tuttavia mi domando se lasciando la previsione che « l'iscrizione alle associazioni di cui alla presente lettera vale anche contro il parere dei familiari » non si renda meno lineare e meno comprensibile la norma, per cui sarebbe stato, forse, più opportuno eliminare l'ultimo periodo del punto 2). In pratica, si tratta di quanto proponevo con l'emendamento 3.5: lo scopo è sempre quello di salvaguardare la volontà espressa, in vita, dal defunto e garantire che nel caso in cui questi abbia cambiato opinione all'ultimo minuto, tale opinione, presentata dai familiari attraverso una dichiarazione autografa, sia realmente rispettata.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Vorrei chiarire, presidente, che la volontà del defunto si rispetta proprio garantendo che

i familiari non possano intervenire a correggerla, se non dietro sua indicazione. Sono contrario alla soppressione proposta dal collega Cè e ritengo che la dichiarazione autografa prevista dall'emendamento 3.4 sia sufficiente rispetto all'esigenza che egli ha segnalato.

DOMENICO GRAMAZIO. Occorre che vi sia massima chiarezza rispetto alle garanzie assicurate ai cittadini nel caso in cui modifichino la propria volontà. Qualora una persona abbia effettuato una certa scelta, come avviene la correzione? Non credo possano essere i parenti a dichiarare che essa è stata modificata.

PRESIDENTE. L'emendamento Cè 3.4 precisa appunto che deve esserci una dichiarazione autografa del defunto, successiva all'iscrizione alle associazioni riconosciute.

Pongo in votazione l'emendamento Cè 3.4, così come riformulato dal relatore, accettato dal Governo.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento Cè 3.5, rispetto al quale il relatore ha formulato un invito al ritiro.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Invito il collega a ritirare l'emendamento, poiché la norma stabilisce proprio che la volontà manifestata dal defunto attraverso l'iscrizione all'associazione non può essere modificata dai familiari se non in presenza di una dichiarazione autografa; quindi il loro parere informale non può essere preso in considerazione se è in contrasto con la volontà del defunto.

ALESSANDRO CÈ. Voglio fare una chiosa di *drafting* legislativo. A mio giudizio, quando non si inseriscono esplicite previsioni contrarie si deve dare per scontata la tassatività della norma. Se si prevede – è il caso del punto 1) – che il cadavere può essere cremato se ciò è previsto dalla disposizione testamentaria del defunto, senza alcuna aggiunta, non può esservi alcuna deroga a questa indicazione perentoria; se, al contrario, si aggiunge che ciò « vale anche contro il parere dei familiari » può sembrare che vi sia qualche possibilità in cui la disposizione testamentaria può non valere. Lo stesso si può dire per l'iscrizione ad una associazione riconosciuta – prevista al punto 2) – che prevediamo debba valere sempre e comunque anche contro il parere dei familiari.

È chiaro che non dovrebbero derivare dubbi dal confronto tra la dichiarazione autografa del defunto e la semplice espressione verbale dei familiari, ma qualche confusione può sempre ingenerarsi ed io ritengo che le disposizioni normative dovrebbero essere il più possibile semplici e perentorie. Per questo propongo la soppressione dell'ultima parte del punto 2) e raccomando ai colleghi l'approvazione dell'emendamento 3.5.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. La dichiarazione di volontà del defunto è prioritaria rispetto a tutte le altre scelte: può essere corretta dallo stesso mediante un documento presentato dai familiari. Quindi, i familiari non possono correggere la volontà del defunto, ma possono presentare un documento nel quale è l'interessato ad esprimersi. Stando così le cose, si potrebbe anche prevedere « che vale anche contro il parere dei familiari, salvo la presentazione di una documentazione ».

ALESSANDRO CÈ. Ma questa è una ripetizione.

PRESIDENTE. Onorevole Cè, accoglie l'invito al ritiro rivoltole dal relatore?

ALESSANDRO CÈ. No, presidente. Desidero che l'emendamento sia posto in votazione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. In questo caso, il parere del relatore è contrario.

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Concordo con il parere espresso dal relatore.

(...)

rispetto dei morti che hanno accompagnato la nostra società negli ultimi millenni.

Io credo che il punto 3) sia fortemente sviante rispetto alla logica, che credo tutti condividiamo, di una legge che sia neutrale nei confronti delle libere scelte dell'individuo.

PRESIDENTE. Condividiamo in pieno questa impostazione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. La condividiamo in pieno, ma vorrei fare una precisazione. Quanto detto dal collega Cè risponde certamente ad alcune esigenze, però ne dimentica altre, cioè che anche la scelta dei parenti di ricorrere alla tumulazione e inumazione può essere esattamente contraddittoria con la volontà dell'estinto.

ALESSANDRO CÈ. Ma c'è già una lunga tradizione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. La tradizione dipende da molti fattori e non voglio ora aprire un discorso filosofico.

PRESIDENTE. Poiché abbiamo già discusso a lungo, chiedo all'onorevole Cè se accolga l'invito a ritirare l'emendamento 3.6.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Volevo concludere il mio breve intervento, presidente, ricordando di aver espresso parere favorevole su due successivi emendamenti con i quali il collega Cè sostiene ancora questa sua impostazione.

Comunque, se il collega insiste nel mantenere l'emendamento 3.6, il mio parere è contrario.

ALESSANDRO CÈ. Chiedo che l'emendamento sia votato.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Cè 3.6, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Passiamo all'emendamento Cé 3.7.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Modificando il parere che ho precedentemente espresso, mi dichiaro favorevole all'emendamento 3.7.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento Cè 3.8, rispetto al quale il relatore aveva formulato un invito al ritiro.

ALESSANDRO CÈ. Accolgo l'invito e ritiro l'emendamento 3.8.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento Cè 3.9, accettato dal relatore e dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento Cè 3.10, sul quale il relatore ha espresso parere contrario.

ALESSANDRO CÈ. Al punto 4) si prevede che l'autorizzazione alla cremazione può essere data per i minori e per le persone interdette dai legali rappresentanti. Resta valido il discorso che ho appena fatto. È chiaro che il padre si assume la responsabilità di decidere per i figli; però in questo grande cambiamento di rotta, che io intendo come cambiamento di libertà e non di condizionamento di alcun tipo, ci si potrebbe aspettare una transizione a più ampio raggio, nel senso che qualora il figlio abbia raggiunto un'età nella quale potrebbe esprimere la sua opinione – anche se tutti riteniamo abbastanza inopportuno coinvolgere un minore di 14 anni in questioni escatologiche – di questa andrebbe tenuto conto. Ritengo, insomma, che il punto 4) potrebbe essere soppresso senza che per questo la norma perda la sua validità.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Confermo il mio parere contrario sull'emendamento 3.10.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Cè 3.10, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Passiamo all'emendamento Cè 3.11, non accettato dal relatore né dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È respinto).

Passiamo all'emendamento 3.12, del relatore accettato dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento Cè 3.13. Onorevole Cè, accetta l'invito al ritiro rivoltole dal relatore?

ALESSANDRO CÈ. Sì, ritiro l'emendamento 3.13.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento 3.14. Anche in questo caso, c'è un invito al ritiro da parte del relatore.

ALESSANDRO CÈ. Il discorso è sempre lo stesso: non comprendo quale utilità vi sia a stabilire che dopo un certo numero di anni, qualora non siano stati reperiti i familiari, si procede direttamente alla cremazione. Senza considerare che questo, purtroppo, già avviene normalmente nei cimiteri, non con la cremazione delle salme ma in modi meno ortodossi, il che è drammatico per una persona come me che ha, forse, un culto dei morti un po' diverso da quello di altri. Non voglio ora fare lezioni a nessuno, ma dobbiamo intenderci: nella vita non ci sono soltanto interessi di ordine economico o comunque utilitaristici; ci sono altre questioni fondamentali e nelle leggi che variamo noi dobbiamo rispettare le concezioni filosofiche di tutti. Per questo motivo io ritengo che il punto 4) rappresenti una forzatura ideologica e invito i colleghi a votarne la soppressione.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Il collega Cè sa che « sol chi non lascia eredità d'affetti, poca gioia ha dell'urna ». Nella riesumazione c'è sempre una ritualità dolorosa, poiché si tratta di raccogliere dei resti ossei che vanno a finire nelle cosiddette fosse comuni quando non c'è qualcuno che si incarichi di sistemarli in loculi scelti, dove, rispettosamente, nella convinzione religiosa, filosofica, sociale ed umana di ognuno di noi si possa andare a rendere omaggio ai propri morti. Piuttosto che lasciare che quei resti occupino uno spazio indeterminato, anonimo, la cremazione consentirebbe di affidare al rispetto generale della società quanti sono stati dimenticati dopo la loro morte.

PRESIDENTE. Capisco che la discussione è appassionante, ma ora dobbiamo votare.

Pongo in votazione l'emendamento Cè 3.14, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Passiamo all'emendamento Cè 3.15, accettato dal relatore e dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 3, con le modifiche testé apportate.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 4, al quale non sono stati presentati emendamenti..

Nessuno chiedendo di parlare, lo pongo in votazione.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 5 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, chiedo al relatore ed al rappresentante del Governo di esprimere il loro parere sugli emendamenti.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Esprimo parere contrario sull'emendamento Caveri 5.1. Raccomando alla Commissione l'approvazione del mio emendamento 5.4, mentre ritiro l'emendamento 5.2, sempre a mia firma. Infine, esprimo parere favorevole sull'emendamento Cè 5.3.

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con i pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. Constato l'assenza dei presentatori dell'emendamento Caveri 5.1: si intende che vi abbiano rinunciato.

Il relatore ha ritirato il suo emendamento 5.2.

Passiamo all'emendamento Cè 5.3, accettato dal relatore e dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Passiamo all'emendamento 5.4 del relatore, accettato dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 5 con le modifiche testé apportate.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 6 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, chiedo al relatore e al rappresentante del Governo di esprimere il loro parere sugli emendamenti.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Raccomando l'approvazione del mio emendamento 6.2 e faccio presente che a seguito di tale approvazione risulterebbe assorbito l'emendamento 6.3 presentato dall'onorevole Cè. Invito al ritiro degli emendamenti Caveri 6.1 e Cè 6.4.

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con i pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. Constato l'assenza dei presentatori dell'emendamento Caveri 6.1: si intende che vi abbiano rinunciato.

Passiamo all'emendamento 6.2 del relatore, accettato dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Risulta pertanto assorbito l'emendamento Cè 6.3.

Passiamo all'emendamento Cè 6.4, nei confronti del quale c'è un invito al ritiro da parte del relatore.

Faccio presente che tale emendamento dovrà essere votato in linea di principio e che pertanto, qualora venisse approvato, dovrebbe essere trasmesso alla Commissione competente per l'espressione del prescritto parere, cosa che rallenterebbe il lavoro della nostra Commissione.

ALESSANDRO CÈ. Una considerazione a questo punto va fatta: siamo nell'ultima fase della legislatura e sappiamo bene che tutte le volte in cui si deve richiedere il parere della Commissione bilancio ciò costituisce un problema; però non possiamo dare per scontato – come mi dicono sia stato fatto nella precedente discussione, alla quale non ero presente – che la cremazione si paga da sola, nel senso che chi impegna del denaro e accende dei mutui per costruire un forno crematorio, nel tempo recupera queste somme, perché questo non dovrebbe diventare un *business*. Invece, ho paura che lo possa diventare e la cosa non mi piace molto.

In ogni caso, anche dal punto di vista prettamente economico non dobbiamo dimenticare che da qualche tempo a questa parte continuiamo ad assegnare oneri ai comuni – mi sembra di aver capito che

l'obbligo sia passato ad un bacino di utenza più ampio e questo mi fa piacere – senza che lo Stato vi partecipi, almeno nella fase iniziale. Riguardo alla materia oggi in discussione dobbiamo parlare di un anno zero, perché queste strutture sono presenti in pochissime realtà; pensare che nell'anno zero i comuni si consorzino e sottoscrivano mutui con le banche non è tanto semplice e quindi un finanziamento da parte dello Stato, almeno nella fase iniziale, sarebbe doveroso. Pertanto, non ritiro l'emendamento e chiedo che sia posto in votazione.

PRESIDENTE. Pongo in votazione, in linea di principio, l'emendamento Cè 6.4, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Pongo in votazione l'articolo 6 con la modifica testé apportata.

(È approvato).

Passiamo all'esame dell'articolo 7 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Nessuno chiedendo di parlare, chiedo al relatore e al rappresentante del Governo di esprimere il loro parere sugli emendamenti.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Esprimo parere contrario sull'emendamento Cè 7.1, mentre, naturalmente, raccomando l'approvazione del mio emendamento 7.2.

CARLA ROCCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo concorda con i pareri espressi dal relatore.

PRESIDENTE. Passiamo all'emendamento Cè 7.1, non accettato dal relatore né dal Governo.

ALESSANDRO CÈ. Il relatore Caccavari è persona troppo intelligente per non capire che anche questo emendamento è coerente con tutta l'impostazione che ho precedentemente illustrato. I colleghi hanno sicuramente notato che per me è importantissimo dare pubblicità, trasparenza, informazione; ma in questo campo ancora una volta, per problemi di interesse o anche di approccio ideologico, l'informazione fatta dai singoli comuni potrebbe essere fuorviante e parziale, tanto più nel caso in cui un comune fosse sede dell'impianto di cremazione.

Certo, un'informazione va fatta. A parte il fatto che nel caso in oggetto il cittadino dovrebbe autonomamente e senza forzature essere portato a comprendere ed approfondire queste tematiche, al fine di scegliere liberamente, non dimentichiamo che l'informazione è garantita anche dal comma 2, secondo il quale il pubblico ufficiale, che è la persona incaricata di questo servizio ed ha la relativa responsabilità, deve fornire le specifiche informazioni ai familiari del defunto in ordine alle diverse possibilità di disposizione del cadavere.

Eliminando il primo comma credo che potremmo avere maggiore garanzia che l'informazione sia limitata agli aspetti di ordine pratico ed organizzativo che ineriscono la cremazione. Mentre sarebbe inopportuno che il pubblico ufficiale includesse in queste informazioni livelli che non sono di sua competenza. Informazione sì, ma che non sia viziata, fuorviante, parziale; e credo che i comuni potrebbero facilmente cadere in questo errore.

ROCCO CACCAVARI, *Relatore*. Vorrei far rilevare al collega Cè che la parte conclusiva del primo comma dice « anche con riguardo ai profili economici ». È il tentativo di moralizzare un settore nel quale si potrebbero anche aprire contestazioni per l'esosità di alcune prestazioni.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento Cè 7.1, non accettato dal relatore né dal Governo.

(È respinto).

Passiamo all'emendamento 7.2 del relatore, accettato dal Governo.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

(...)

Torna all'indice

ATTIVITÀ NON LEGISLATIVA IN ASSEMBLEA

INTERVENTI SUI LAVORI

RESOCONTO STENOGRAFICO

74.

SEDUTA POMERIDIANA DI MARTEDÌ 15 OTTOBRE 1996

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERLUIGI PETRINI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **MARIO CLEMENTE MASTELLA**

INDICE

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

PAG.

Sull'ordine dei lavori:

Presidente 4231, 4235, 4236, 4237

Bianchi Clerici Giovanna (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 4237

Bracco Fabrizio Felice (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 4235

Brunetti Mario (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 4231

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 4228

Castellani Giovanni (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 4237

Delfino Teresio (gruppo CCD-CDU) 4228, 4236

D'Ippolito Ida (gruppo forza Italia) 4229

Gaetani Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 4230

Landi Di Chiavenna Giampaolo (gruppo alleanza nazionale) 4229

Michielon Mauro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 4229, 4237

Napoli Angela (gruppo alleanza nazionale) 4231

Olivo Rosario (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 4230

Palmizio Elio Massimo (gruppo forza Italia) 4231

Raffaldini Franco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 4227

Selva Gustavo (gruppo alleanza nazionale) 4236

Turroni Sauro (gruppo misto) 4228

Vignali Adriano (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 4227

Vito Elio (gruppo forza Italia) 4234

Ordine del giorno delle sedute di domani 4284

più direttamente, la fascia della bassa reggiana compresa nella zona tra Guastalla e Mirandola.

Faccio pertanto mia la richiesta testé avanzata dal collega di conoscere dettagliatamente i fatti e, soprattutto, di avere l'impegno del Governo ad intervenire perché a quest'ora risulta che non vi siano vittime, ma solo feriti provocati dalla caduta di calcinacci da varie strutture edilizie. In ogni caso, in diversi comuni si lamentano gravi danni alle cose, comprese talune realtà artistiche di un certo pregio come la Rocca di Novellara.

ROCCO CACCAVARI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, mi associo alla richiesta avanzata dai colleghi, chiedendo che venga prestata particolare attenzione alla realtà delle montagne del parmense coinvolte anche da questo sisma. Vorrei sottolineare come la zona, forse non proprio attrezzata per eventi di tal genere, vada particolarmente controllata. Credo, poi, che dovrebbe essere prestata una particolare attenzione anche alle costruzioni antiche, quali chiese ed altri monumenti, che in più zone pare abbiano ceduto, provocando forse dei feriti.

Chiedo quindi anch'io che il Governo venga in aula, non appena possibile, a fornirci informazioni sulla realtà dei fatti.

TERESIO DELFINO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TERESIO DELFINO. Signor Presidente, mi associo innanzitutto alle richieste avanzate dai colleghi intervenuti in merito alla grave calamità che ha colpito il nostro paese.

Intervengo poi, sempre in tema di calamità naturali, per sollecitare la Presidenza ad intervenire presso il Governo con riferimento anche alle piogge torrenziali che hanno colpito sia la provincia di Cuneo sia molte altre regioni italiane, con gravissimi danni alle opere pubbliche e con alcune vittime. Quindi, nell'esprimere piena solidarietà alle popolazioni colpite dal terremoto, sollecito un'azione intensa e tempestiva da parte del Governo per dichiarare lo stato di calamità naturale e soprattutto per erogare le risorse necessarie al fine di riparare i danni causati alle opere pubbliche e alle persone.

SAURO TURRONI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

SAURO TURRONI. Signor Presidente, mi associo a quanto sostenuto dai colleghi. Oggi l'ennesimo terremoto ha colpito i territori dell'Emilia-Romagna, in particolare le zone di Guastalla, Novellara, Correggio e Carpi. C'è stato un morto e vi sono dei feriti; sono stati arrecati danni soprattutto al patrimonio storico-artistico (chiese ed edifici sparsi). Ebbene, vorremmo che il Governo venisse a riferire, soprattutto ad indicarci quali opere, all'interno di un quadro programmato di interventi, si intendano porre in essere per riportare la sicurezza nel nostro territorio.

Pochi giorni fa, sempre in Emilia-Romagna, vi è stata un'alluvione gigantesca: 140 mila ettari di territorio allagati. In quest'istante, Piacenza sta correndo dei rischi dovuti alle nuove piogge che stanno arrivando. Il territorio montano di Parma e quello bolognese sono colpiti da grandi frane. Ebbene, ripeto, tutto ciò richiede risposte da parte del Governo. Non ci si può però limitare al semplice ristoro dei danni, dal momento che sono necessari anche interventi di carattere preventivo al fine di garantire la sicurezza del territorio, delle attività produttive e la tranquillità degli abitanti. Faccio presente che, nel frattempo, la ferrovia Milano-Bologna è stata interrotta fino alle 15,04.

Per questo chiediamo che il Governo venga a riferire, non limitandosi però – lo ribadisco – esclusivamente alle indicazioni dei danni e degli interventi ad essi relativi, ma sopratutto illustrandoci un pro-

(...)

SINDACATO ISPETTIVO

RESOCONTO STENOGRAFICO

165.

SEDUTA DI MARTEDÌ 11 MARZO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **ALFREDO BIONDI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

N. B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

PAG.

Mozioni Buttiglione ed altri n. 1-00070, Comino ed altri n. 1-00112, Fioroni ed altri n. 1-00115 e Giannotti ed altri n. 1-00116 (Tossicodipendenze) (Seguito della discussione):

Presidente 13717, 13720

Armaroli Paolo (gruppo alleanza nazionale) 13734

Bicocchi Giuseppe (gruppo misto-patto Segni) 13729

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 13725

Carrara Carmelo (gruppo misto-CDU) 13726

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 13730

Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale) 13732

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 13720

Garra Giacomo (gruppo forza Italia) 13734

Gasparri Maurizio (gruppo alleanza nazionale) 13721

Giannotti Vasco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 13719

Giovanardi Carlo (gruppo CCD) 13729

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 13724

Maiolo Tiziana (gruppo forza Italia) 13733

Mattarella Sergio (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 13720

Procacci Annamaria (gruppo misto-verdi-l'Ulivo) 13728

Susini Marco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 13735

Taradash Marco (gruppo forza Italia) 13733

Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 13717

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 13723

(...)

dine - e quella laica e cattolica, molto forte, molto presente. Pensiamo all'esempio delle comunità, così come all'eroico comportamento, per sottovalutazione dei mezzi, degli operatori pubblici che spesso possono solo erogare sostanze e non strumenti di intervento. Si tratta di un approccio solidale, centrato sulla famiglia. A questo proposito mi permetto di dire che in finanziaria avevamo proposto sostegno alle famiglie colpite dal problema della droga, ma non vennero recepite le proposte economiche per fornire un aiuto a tali famiglie, e questo credo non sia positivo.

Bisogna affrontare in termini seri questo argomento: non è possibile evitare con comode scorciatoie le persone che creano disturbo. Mi riferisco al teorema *handicap* uguale aborto, al *self-service* della vita dell'embrione. Ebbene, dare ai ragazzi qualunque sostanza per levarceli di torno non vuol dire fare il loro bene, vuol dire mettere in un cantuccio persone che ci creano dei problemi.

Mi piacerebbe venisse presentata una mozione comune che raccogliesse le emozioni, i sentimenti, la voglia di superare il problema della tossicodipendenza senza guerre di religione, senza preconcetti, ma basandosi su un punto fondamentale: la vita al centro dell'individuo, non la solitudine. E la vita dell'individuo non può essere risolta con una sostanza.

Noi abbiamo abituato i ragazzi, per liberarci del nostro compito educativo, a prendere la pillola per ogni situazione: se si hanno problemi di memoria, si prende la pillola della memoria; se si hanno problemi di angoscia, si prende l'ansiolitico; se si hanno problemi di depressione, si adotta l'elettroshock di Stato; se si hanno problemi di « io », si prende la droga. Noi non siamo d'accordo e mi stupisco e considero stupefacente che una parte della sinistra, che ha sempre detto che gli psicofarmaci obnubilano la coscienza, sia d'accordo sugli psicofarmaci, droghe di Stato *(Applausi dei deputati del gruppo di forza Italia)*.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Caccavari. Ne ha facoltà.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, spesso l'ansia e l'esigenza di esibire e valutare gli eventi legati alla lotta alla droga che si presentano ogni volta che il dibattito riprende in quest'aula non lasciano considerare con sufficiente attenzione i fatti determinati dalla tossicodipendenza, che è invece un atteggiamento umano e sociale della persona che consuma le droghe.

Penso che la convergenza dei saperi sui diversi aspetti della fenomenologia della droga debba aiutare la ricerca dei modelli di intervento che pongano il distacco dei soggetti dai consumi come l'interesse unico e prioritario delle istituzioni e del volontariato che si occupano della salute globale dei cittadini.

PRESIDENTE. Possiamo evitare, lì al centro, i « pacchetti di mischia » ?

Prosegua, onorevole Caccavari.

ROCCO CACCAVARI. Gli interventi, quindi, devono avere la finalità di tutelare e far recuperare la salute dei soggetti intossicati senza scambiare attività di ordine pubblico, quale la repressione del traffico e la lotta allo spaccio, con la repressione dei consumatori. Il consumo di droga e la dipendenza che ne deriva non hanno una possibilità di lettura sempre uguale in quanto fattori estremamente variabili si intrecciano e si ricombinano sotto l'apparente uniformità dei comportamenti.

I fattori fondamentali per connotare una tossicodipendenza sono tanti: dagli elementi di personalità dei soggetti, dalle condizioni socio-economiche all'impatto emozionale con motivazioni trasgressive. Tali fattori cambiano nel tempo perché mutano culture, costumi, modelli formativi; l'esito comportamentale si trasforma, cambia anche se le sostanze consumate sono le stesse, con ciclica scomparsa e ritorni sul mercato clandestino. Ne deriva che il ritardo nell'attuazione dei progetti

di prevenzione, cura e riabilitazione rischia di invalidare l'efficacia comprensibilmente fragile degli interventi, con la conseguenza di un aumento della diffusione dei consumi e delle complicanze tragiche dei consumi stessi. Un'esperienza tossicomanica dall'esordio allo sviluppo e spesso purtroppo fino alla cronicizzazione resta esperienza fortemente individuale, espressione di un modo di essere esclusivo e che quindi va affrontato e corretto con progetti molto individualizzati che devono porre come risorsa la capacità assopita di ripresa.

I comportamenti compulsivi ed ossessionanti dei tossicodipendenti che si pongono in una condizione di rottura con un sistema di vita non condiviso vanno ridimensionati fino al controllo spontaneo con gli interventi che avviano i contatti, tra loro disapprovati, e la parte pubblica o privata della società che è attenta al loro problema.

Penso allora che la prevenzione debba essere il risultato di un insieme di scelte e comportamenti che allontanino le nebbie del disagio e rendano attraenti i modi di vivere anche semplici, con responsabilità e rafforzino il riconoscimento di valori attuali. Quindi una prevenzione circa l'uso delle droghe non è possibile se non si abbattono le condizioni che ne incentivano l'uso.

La riduzione del danno, che ha il significato di affrontare il tutto che è già accaduto, con gli operatori da strada, con gli « scambiasiringhe », con gli interventi a bassa soglia, insomma con l'uso dei sostitutivi, rappresenta per i soggetti più problematici, più provati e più coinvolti la modalità di approccio più diretta, in quanto risponde ad esigenze drammatiche quali un letto, il cibo, le cure per le astinenze. Inoltre le patologie curabili e quelle inguaribili da controllare impongono di intervenire per la tutela della salute che va garantita.

La conferenza di Napoli dovrà affrontare molti problemi e soprattutto preparare i materiali su cui continuare il lavoro per un rinnovamento delle politiche sulla droga con un dialogo aperto ad ogni possibilità.

Annuncio il voto favorevole del gruppo della sinistra democratica sulla mozione Giannotti ed altri. Nel contempo voglio rilevare che elementi di convergenza, spunti di discussione e anche fondamentali momenti di comprensione ci fanno votare a favore della mozione Fioroni, mentre voteremo contro le altre mozioni perché non abbiamo potuto identificare elementi di riconoscimento del lavoro fattivo dei SERT ed elementi di scelte che possano per il futuro orientare tutto il Parlamento verso quel dialogo fra tutti i gruppi che già all'interno della Commissione affari sociali ha aperto punti di incontro.

Non sono quindi più accettabili i ritardi che riempiono le carceri, che causano sempre più malati, che portano alla disperazione le famiglie.

Concludo convinto che la persona con dentro la sua sostanza tossica tenta di rinviare e rendere sopportabile l'inquieta ricerca del suo tempo ma accelera drammaticamente il consumo del tempo della sua vita: comprendere questa cronologia impazzita vuol dire anche non essere suggestionati da convincimenti assoluti e da verità non provate *(Applausi dei deputati del gruppo della sinistra democratica-l'Ulivo).*

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Carmelo Carrara. Ne ha facoltà.

CARMELO CARRARA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo per dichiarare il mio voto favorevole sulla mozione Buttiglione ed altri n. 1-00070 e per ribadire il principio, già affermato in sede di discussione generale ieri dall'onorevole Sanza, di contrarietà alla liberalizzazione delle droghe leggere.

Un siffatto atteggiamento normativo comporterebbe come conseguenza il totale esonero dello Stato da qualsiasi dovere di intervento in materia e da ogni responsabilità, come se lo Stato non avesse il

(...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

461.

SEDUTA DI MARTEDÌ 12 GENNAIO 1999

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **LORENZO ACQUARONE**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XII

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-71

	PAG.
Missioni	1
Interpellanze e interrogazioni (Svolgimento) .	1
(Centro operativo ENEL a Frattamaggiore-NA)	1
Morgando Gianfranco, *Sottosegretario per l'industria, il commercio e l'artigianato* ...	1
Piccolo Salvatore (PD-U)	1
(Infrastrutture ENEL in Sicilia)	3
Garra Giacomo (FI)	3, 6
Morgando Gianfranco, *Sottosegretario per l'industria, il commercio e l'artigianato* ...	5
(Esuberi nello stabilimento Ansaldo di Legnano)	7
Morgando Gianfranco, *Sottosegretario per l'industria, il commercio e l'artigianato* ...	7
Volontè Luca (UDR)	9

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; rinnovamento italiano: RI; unione democratica per la Repubblica: UDR; comunista: comunista; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto « L'Italia dei valori »: misto-Italia dei valori; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR.

PAG.

(Ricerche sulla fusione fredda) 9

Presidente 9

(Inquinamento elettromagnetico) 9

Presidente 9

(Terapia iperbarica) 9

Caccavari Rocco (DS-U) 10

Mangiacavallo Antonino, *Sottosegretario per la sanità* 9

(Vaccinazione del minore Isacco De Bernardi) . 10

De Benetti Lino (misto-verdi-U) 11, 12

Mangiacavallo Antonino, *Sottosegretario per la sanità* 10, 12

(Controlli igienico-sanitari nei rifugi di montagna in Trentino Alto-Adige) 13

Presidente 13

(La seduta, sospesa alle 11, è ripresa alle 15) .. 13

del Servizio sanitario nazionale solo nell'ambito di specifici protocolli clinici controllati o di ricerca mirati a valutare la reale efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica in dette patologie.

In ottemperanza a quanto espresso, veniva costituito un gruppo di studio *ad hoc* con l'incarico di elaborare le indicazioni necessarie per l'impiego dell'ossigenoterapia iperbarica nelle patologie, in modo da poter costituire un'applicazione della terapia riconosciuta sperimentalmente dal Servizio sanitario nazionale.

Nella seduta del 17 giugno 1998, il consiglio superiore di sanità – assemblea generale – ha approvato i protocolli elaborati dal gruppo di studio raccomandando, tra l'altro, al gruppo medesimo di predisporre le schede statistiche di rilevazione – leggo testualmente – « che, per ragioni di uniformità, dovranno essere proposte ai centri e da questi, una volta compilate per singolo paziente, rinviate a livello centrale ».

Il gruppo di studio ha elaborato tali schede statistiche in data 28 luglio 1998.

Il periodo di sperimentazione dei protocolli sarà almeno di due anni; al termine di esso i dati raccolti verranno elaborati al fine di valutare, oltre ai dati di carattere epidemiologico generale, anche la qualità delle prestazioni erogate dai singoli centri e l'impatto avuto dall'ossigenoterapia iperbarica nelle categorie di pazienti considerate. Sembra superfluo sottolineare che, durante la sperimentazione, sono a carico del Servizio sanitario nazionale le prestazioni erogate ai pazienti con le patologie di interesse a condizione che queste ultime siano fornite nell'ambito dei suddetti protocolli approvati dal Consiglio superiore di sanità.

PRESIDENTE. L'onorevole Caccavari ha facoltà di replicare.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, prendo atto delle dichiarazioni del sottosegretario con parziale soddisfazione; l'aver rivisto, infatti, i criteri per i quali l'indicazione iniziale del consiglio superiore di sanità è stata corretta dimostra che vi è interesse affinché detta terapia rientri tra quelle che, assieme ad altre, possono essere impiegate per patologie sicuramente molto più frequenti e in un certo senso molto più gravi di quelle per le quali l'indicazione era stata data in un primo momento.

Mi sembra che la durata della ricerca e dell'applicazione dei protocolli, così come fissata, sia un po' lunga; se è vero, infatti, che due anni di sperimentazione possono fornire molti dati, è altrettanto vero che allungano i tempi e quindi la disponibilità della terapia per molti pazienti in attesa verrebbe negata.

Se ho ben capito, l'ammissione ai protocolli è in qualche modo legata ad un giudizio non solo dei medici specialisti del trattamento iperbarico ma anche, ritengo, di una *équipe* costituita da chirurghi e medici che indicano quel trattamento per un particolare tipo di patologia. A mio avviso, signor sottosegretario, dobbiamo rimanere in attesa di questi risultati, che mi auguro possano davvero andare nel senso di una conferma del trattamento nell'ambito del servizio sanitario nazionale, perché i dati finora disponibili (mi riferisco, in particolare, a centri che lavorano con grande serietà) stanno dimostrando, al di là delle patologie previste dall'Istituto superiore di sanità, ottimi risultati.

Con questo auspicio, spero di non dover tornare ad interrogarla per sapere come è andata a finire la vicenda, poiché immagino che ne sarà data tempestiva comunicazione ai centri interessati, dove, mi creda, l'affollamento dei pazienti è sempre molto alto.

(Vaccinazione del minore Isacco De Bernardi)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione De Benetti n. 3-02562 *(Vedi l'allegato A – Interpellanze ed interrogazioni sezione 7)*.

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. In rife-

(...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

683.

SEDUTA DI MARTEDÌ 29 FEBBRAIO 2000

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **CARLO GIOVANARDI**

INDI

DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... V-XIV

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-75

PAG.

Interrogazioni (Svolgimento) 1

(Regolarità delle operazioni di raccolta delle firme per i referendum del settembre 1999 nella regione Emilia-Romagna) 1

Caccavari Rocco (DS-U) 4

Copercini Pierluigi (LNP) 2

Galletti Paolo (misto-Verdi-U) 4

Lavagnini Severino, *Sottosegretario per l'interno* 1

(Prospettive occupazionali per i lavoratori della clinica Villa Bianca a Roma) 4

Caron Claudio, *Sottosegretario per il lavoro e la previdenza sociale* 5

Cento Pier Paolo (misto-Verdi-U) 5

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

(...)

PRESIDENTE. L'onorevole Caccavari ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-05089.

ROCCO CACCAVARI. Signor Presidente, la risposta fornita dal sottosegretario dà atto della validità delle considerazioni contenute nelle interrogazioni, nel senso che i fatti raccolti dalla stampa, ma anche attraverso contatti diretti con la popolazione di quei luoghi, hanno dimostrato che le notizie non erano false. Ritengo che ciò possa servire a richiamare l'attenzione sul problema del controllo nella verifica delle firme apposte in qualunque circostanza si sia chiamati ad esprimere democraticamente il proprio assenso o il proprio appoggio ad una lista o ad un'iniziativa referendaria. È necessario, quindi, immaginare sistemi di controllo che garantiscano il cittadino che, nel proprio convincimento politico e sociale, voglia esercitare un diritto apponendo la propria firma. Per questa ragione, posso dirmi parzialmente soddisfatto; le indagini dimostrano che sono stati presi provvedimenti ed attivate procedure, quindi i fatti dovranno essere realmente chiariti.

Ritengo necessario, dunque, al fine di garantire maggiore democrazia al nostro paese e ai cittadini che, apponendo la propria firma ad un'iniziativa referendaria, intendono dare un contributo al buon andamento della società, attivare un sistema di controlli più efficace. Infatti, nel caso in cui non si comprenda la finalità della raccolta delle firme, perché alterata, è necessario garantire tutti coloro che, in una democrazia, hanno il diritto di esprimere il proprio assenso o dissenso, senza il rischio che tutto ciò venga alterato da manovre davvero gravi. Infatti, quando si chiede il consenso per un referendum o per una lista elettorale, si coinvolge la persona che firma nella sua globalità e nel suo diritto di cittadinanza.

PRESIDENTE. L'onorevole Galletti ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-05104.

PAOLO GALLETTI. Signor Presidente, mi dichiaro non soddisfatto, perché ritengo che su vicende del genere vi debba essere maggior rigore.

Con questi episodi abbiamo constatato che anche la normativa attuale non garantisce più di tanto un controllo effettivo di merito. Non ho capito bene nella risposta del sottosegretario il riferimento alla segretazione degli atti e, nello stesso tempo, l'affermazione che non si sono rilevate altre irregolarità. Anche in questo caso, dovremo quindi aspettare i tempi biblici della magistratura per sapere, a cose fatte, se tutto si sia svolto regolarmente o meno e se le irregolarità siano state trascurabili, ma non per questo meno gravi, oppure abbiano inficiato la stessa raccolta di firme. Forse i prefetti avrebbero potuto adottare un provvedimento di sospensione dei pubblici ufficiali che hanno autenticato le firme.

Da ultimo, faccio una breve considerazione di carattere generale: l'inflazione dello strumento referendario porta anche a queste aberrazioni. Qualche cittadino convocato per testimoniare ha ipotizzato addirittura – non sappiamo se sia vero – una compravendita di elenchi di firme, precedentemente raccolte per altri referendum. È evidente che il referendum abrogativo è stato inserito nella nostra Costituzione come fatto straordinario, di fronte all'impossibilità delle assemblee elettive di deliberare in materie delicate. Ricorrere ogni anno a decine e decine di referendum sta diventando una patologia della nostra democrazia.

PRESIDENTE. Avverto che, a seguito dello svolgimento delle interrogazioni Copercini nn. 3-04400 e 3-04925, deve considerarsi assorbita anche l'interrogazione Copercini n. 3-05112 *(vedi l'allegato A – Interrogazioni sezione 1)*.

(Prospettive occupazionali per i lavoratori della clinica Villa Bianca a Roma)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Cento n. 3-04021 *(vedi l'allegato A – Interrogazioni sezione 2)*.

(...)

RESOCONTO SOMMARIO E STENOGRAFICO

839.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 GENNAIO 2001

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LUCIANO VIOLANTE**

INDI

DEI VICEPRESIDENTI **CARLO GIOVANARDI**, **PIERLUIGI PETRINI**

E **LORENZO ACQUARONE**

INDICE

RESOCONTO SOMMARIO ..... VII-XXVII

RESOCONTO STENOGRAFICO 1-134

PAG.

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

(...)

PAG.

Interrogazioni a risposta immediata (Svolgimento) 63

(Misure di controllo e di contrasto dell'encefalopatia spongiforme bovina) 63

Carlesi Nicola (AN) 63, 64

Veronesi Umberto, *Ministro della sanità* . 64

(Iniziative a garanzia dei consumatori e a tutela degli allevatori di carne bovina) 65

Apolloni Daniele (UDEUR) 65, 66

Veronesi Umberto, *Ministro della sanità* . 65

PAG.

(Sicurezza degli alimenti di origine bovina) . 66
Caccavari Rocco (DS-U) 66, 67
Veronesi Umberto, *Ministro della sanità* . 67

(Emergenza idrica in Puglia) 67
Leone Antonio (FI) 68, 69
Nesi Nerio, *Ministro dei lavori pubblici* . 68

(Iniziative a tutela dei consumatori con riferimento ai prodotti alimentari industriali) 69
Pecoraro Scanio Alfonso, *Ministro delle politiche agricole e forestali* 70
Testa Lucio (D-U) 69, 71

(Tutela delle minoranze linguistiche) 71
Detomas Giuseppe (misto Min. linguist.) . 71, 72
Loiero Agazio, *Ministro per gli affari regionali* 72

(Delega alle regioni della programmazione dei flussi migratori) 73
Galli Dario (LNP) 73, 74
Loiero Agazio, *Ministro per gli affari regionali* 73

(Inquinamento elettromagnetico da elettrodotti e altri impianti) 75
Bordon Willer, *Ministro dell'ambiente* 75
Piccolo Salvatore (PD-U) 75, 76

(La seduta, sospesa alle 15,55 è ripresa alle 16,10) 76

cola Svizzera, vi sono stati 233 casi conclamati di BSE e in Inghilterra, come sapete, vi è stato un periodo, nel 1992, in cui si verificavano 3 mila casi al mese. Quindi, ora questo caso ci ha disturbati, naturalmente, lo capisco, ma dobbiamo ridimensionarlo considerando ciò che avviene negli altri paesi europei, dove in effetti l'epidemia bovina è stata cento, mille, diecimila volte superiore alla nostra. Naturalmente, il futuro è ancora incerto, dobbiamo vedere quanti casi si rileveranno nei prossimi 50 mila test che faremo.

PRESIDENTE. L'onorevole Apolloni ha facoltà di replicare.

DANIELE APOLLONI. La ringrazio, signor ministro, per i chiarimenti forniti. Vorrei tuttavia fare alcune precisazioni per puntualizzare le problematiche sottese a questa situazione di allarme sociale.

Sono ormai noti a tutti i risultati delle indagini condotte sulle abitudini alimentari degli italiani, confermati dalle stesse associazioni in difesa dei consumatori. Si è rilevato che il 49 per cento degli italiani ha modificato le proprie abitudini alimentari e, in particolare, il 18 per cento ha abolito la carne bovina e il 31 per cento ne ha ridotto il consumo. Ci si aspettava che l'allarme « mucca pazza » avesse delle ripercussioni sul mercato, come poi in effetti è avvenuto, ma si deve ammettere che il panico verificatosi a seguito degli eventi degli ultimi giorni ha contribuito ad affossare un settore già in crisi. Gli allevatori, e in generale tutto il settore interessato alla produzione e trasformazione delle carni bovine, hanno subito una notevole flessione, con pesanti perdite, che probabilmente vanno al di là delle ragionevoli aspettative.

Il mio non vuole essere un intervento a favore di una singola categoria a scapito di un'altra, ma un deciso invito volto ad ottenere maggiore chiarezza da parte del Governo sull'intera questione. È necessario, in una situazione così delicata, prendere ovviamente tutte le opportune precauzioni al fine di evitare danni maggiori, ma soprattutto fornire informazioni precise ed univoche ai consumatori. Il problema esiste e non è da sottovalutare, tuttavia una cosa è constatare l'esistenza di una situazione di allarme, quindi degna di estrema attenzione, un'altra creare allarmismo. Ha appena ricordato anche lei, signor ministro, il problema del latte, che si pensava potesse costituire un veicolo di trasmissione del morbo della mucca pazza: pur essendo stato smentito, questo timore, anche dalla Commissione europea e da illustri scienziati, non solo ha alimentato dubbi e paure nei consumatori, ma ovviamente ha avuto immediate ripercussioni anche nel mondo economico e finanziario.

Concludendo, il persistere di uno stato di incertezza sarebbe estremamente negativo sia per i consumatori che per gli allevatori. Ribadisco pertanto, signor ministro, l'esigenza che il Governo adotti una politica volta, naturalmente, alla salvaguardia della salute dei consumatori, ma che nel contempo non trascuri i problemi degli allevatori.

(Sicurezza degli alimenti di origine bovina)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Caccavari n. 3-06779 *(vedi l'allegato A – Interrogazioni a risposta immediata sezione 3)*.

L'onorevole Caccavari ha facoltà di illustrarla.

ROCCO CACCAVARI. Signor ministro, condivido la sua affermazione che c'era da aspettarsi la conferma della presenza della malattia anche nel nostro paese, perché sono bastate poche migliaia di test per arrivare a un dato che, credo, ci consiglia di non essere approssimativi – non è assolutamente il suo caso, lo dico in generale – e di voler vincere con ipotesi ed auspici quello che invece deve essere affrontato con un grande rigore scientifico.

Credo che l'azione che si sta conducendo vada nel senso di poter delimitare

e quindi di sradicare la malattia presente nel mondo animale, anche se ritengo che grossa attenzione vada rivolta alla salvaguardia della salute umana.

La mia interrogazione è volta a conoscere gli strumenti che saranno posti in essere per garantire l'igienicità e l'indennità dalla malattia degli alimenti, ma anche cosa si pensi di fare nel campo della ricerca per approfondire la diagnostica circa la presenza della malattia nell'uomo.

PRESIDENTE. Il ministro della sanità ha facoltà di rispondere.

UMBERTO VERONESI, *Ministro della sanità*. Devo dire che la questione ci sta impegnando molto sia sul fronte del controllo degli allevamenti, sia sul fronte del controllo delle carni e della produzione alimentare, sia, infine, sul fronte della ricerca.

Dal 1994 è iniziata una grande azione di prevenzione volta ad eliminare il fattore infettante legato all'uso eccessivo e indiscriminato delle farine alimentari. Quest'uso perverso è iniziato nei primi anni ottanta e ha portato all'epidemia inglese; l'epidemia è stata meno forte nel mondo continentale, ma ha avuto comunque qualche ripercussione.

La nostra fortuna – se così possiamo dire – è legata al fatto che esiste una forte barriera tra una specie e l'altra ed è molto difficile per un bovino malato infettare la specie umana. La fortuna è data proprio dall'esistenza di una barriera immunologica molto solida. Infatti, ai 180 mila casi di bovini infetti in Inghilterra corrispondono 88 casi di malattia nell'uomo, nonostante sicuramente tutti gli inglesi, in un momento o nell'altro, prima che si facessero i test, si siano alimentati con carne bovina inglese infetta. Questi dati ci danno una misura di rischio pari ad un caso su milioni.

Tuttavia il punto debole è rappresentato dal fatto che non sappiamo cosa avverrà in futuro, perché la durata del periodo di latenza è ancora sconosciuta. Noi immaginiamo che il periodo medio di latenza si aggiri intorno ad una decina di anni e, in tal caso, visto che l'apice dell'epidemia inglese risale al 1992, ci aspettiamo il massimo dei casi in Inghilterra nel 2002. Tra un paio di anni, quindi, potremo vedere come stanno realmente le cose. Oggi in Inghilterra si registra un lieve aumento dei casi tra l'uomo: sono dai 15 ai 20 ogni anno, 88 in tutto. È comunque certo che la possibilità di contrarre la malattia è molto diversa tra bovini e specie umana.

La seconda questione concerne la possibilità di individuare, qualora occorra (anche se io spero non avvenga), i casi del morbo Kreutzfeldt-Jacob nell'uomo in Italia; negli ultimi ottant'anni il numero di casi è andato dai 50 agli 80 l'anno. È una malattia non contagiosa, perché i casi registrati in varie regioni sono completamente indipendenti l'uno dall'altro e non c'è un'unica sorgente di rischio. Questo è il campo di applicazione della ricerca e si è già arrivati ad identificare molto bene sia la malattia di origine bovina sia quella cosiddetta sporadica tradizionale.

PRESIDENTE. L'onorevole Caccavari ha facoltà di replicare.

ROCCO CACCAVARI. Signor ministro, la ringrazio per le sue informazioni rigorosamente scientifiche che ritengo debbano divenire patrimonio dei cittadini perché possano rendersi conto che la loro salute è veramente sotto controllo. Auspico altresì che si riescano a trovare soluzioni per rimediare al danno economico che verrà causato agli allevatori.

Credo inoltre che debba essere messa a disposizione delle aziende sanitarie locali una documentazione da distribuire ai cittadini in modo da far conoscere fino in fondo la certificazione che garantisce l'indennità dalla malattia delle carni alimentari.

(Emergenza idrica in Puglia)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Leone n. 3-06777 *(vedi l'allegato A – Interrogazioni a risposta immediata sezione 4)*. (...)

Torna all'indice

ATTIVITÀ NON LEGISLATIVA IN COMMISSIONE

INTERVENTI IN INDAGINI
E UDIENZE CONOSCITIVE

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 2)

SEDUTA DI MARTEDÌ 25 GIUGNO 1996

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LE PARI OPPORTUNITÀ, ANNA FINOCCHIARO FIDELBO, SUGLI INDIRIZZI PROGRAMMATICI DEL GOVERNO NEL SETTORE DI COMPETENZA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Audizione del ministro per le pari opportunità, Anna Finocchiaro Fidelbo, sugli indirizzi programmatici del Governo nel settore di competenza:

Bolognesi Marida, *Presidente* 35, 44, 48, 51

Polenta Paolo, *Presidente* 61, 64

Caccavari Rocco Francesco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 59

Ce' Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 60

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 47

Finocchiaro Fidelbo Anna, *Ministro per le pari opportunità* 35, 61

Giacalone Salvatore (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 61

PAG.

Giannotti Vasco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 51, 55, 56

Lucidi Marcella (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 53

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 48, 51

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 51

Mussolini Alessandra (gruppo alleanza nazionale) 44

Pozza Tasca Elisa (gruppo rinnovamento italiano) 54

Procacci Annamaria (gruppo misto) 45

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 57

nelle liste (almeno il 50 per cento, se vogliamo che il Parlamento rispecchi la composizione della nostra società).

Per quanto riguarda la maternità, credo che comunque – voluta o negata, scelta o capitata – essa sia qualcosa che informi di sé tutte le azioni, le esperienze, la vita, il pensiero delle donne e la loro collocazione nella nostra società, per cui ritengo che il suo ministero dovrebbe attribuire un'importanza primaria a questo tema, senza nulla togliere al tema della paternità o a quello della genitorialità, ma avendo attenzione ai pericoli che possono derivare da una diluizione nell'ambito di tali temi. L'anno scorso, nella Commissione speciale per l'infanzia, abbiamo svolto un'audizione – a mio avviso, molto importante – di tutte le associazioni dei padri; ci piacerebbe che i padri fossero presenti non solo nei casi di separazione, in cui rivendicano per loro un maggior ruolo, ma anche nella normalità della vita e che, quindi, costruissero una loro cultura di paternità, senza scimmiottare la nostra cultura di maternità.

Sulla discriminazione che le donne subiscono nel campo del lavoro, credo sia sotto gli occhi di tutti quanto sia arretrata la situazione (molto più al sud che al nord, ma credo che anche al nord, soprattutto rispetto alle donne occupate nei settori più deboli, il fenomeno sia evidente). Nel campo dell'occupazione esistono moltissimi esempi – che dovremmo conoscere, studiare e valorizzare – di cooperazione femminile, che spesso produce risultati molto positivi, che non è molto conosciuta e che invece potrebbe fungere da esempio per nuove esperienze in questo campo.

Mi resta da augurarle buon lavoro, assicurando che lavoreremo con lei per aiutarla, per quanto è possibile.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signora ministro, le rivolgo il mio benvenuto con animo convinto. La storia sociale del nostro paese la vede pioniera nella ricerca di una progettazione che ponga finalmente gli uomini di questo paese in una condizione tale da toglierli dall'imbarazzo di sentirsi diversi, quando invece credo che socialmente dovremmo sentirci tutti uguali.

Vorrei sottolineare subito questo aspetto, del quale sono profondamente convinto, avendo per anni militato a fianco di tante donne, sia come appartenenza politica sia nel campo professionale, senza mai porre in dubbio che ci fosse il bisogno di lottare per l'uguaglianza e stando molto attento a non perpetuare nei rapporti questa maschilità che alcune volte è obbrobiosa e alcune volte è anche fuori dalla coscienza dei maschi stessi, perché l'abitudine e l'educazione portano ad avere certi atteggiamenti. Dico questo ripensando a qualche storia del passato, ad altri tempi, quando era il matriarcato a dominare la società, perché rispetto ad allora vorremmo che oggi invece della voglia di guerre, della forza fisica e dell'affermazione di chissà quali principi, prevalesse l'uso dell'intelligenza, il quale richiede che si tenga conto del fatto che il nostro mondo si sta avviando verso un ribaltamento dei rapporti di forza: vi saranno più donne e meno uomini, vi saranno più situazioni nelle quali la necessità della presenza femminile sarà condizione fondamentale per la sopravvivenza del pianeta, anche per quanto riguarda esclusività alle quali credo che non bisogna assolutamente rinunciare, forse prima del ricercare le pari opportunità. Mi riferisco all'istinto ineguagliato della procreazione, alla capacità quasi medianica delle donne di entrare nell'animo degli altri e al fatto che – come ho potuto constatare di persona – in alcuni mestieri o professioni l'essere donna è un vantaggio naturale.

Quando si denuncia, giustamente e fortemente, che per il lavoro ci vuole più uguaglianza e che il maggiore riconoscimento del reciproco peso sociale deve tradursi nei contratti con il riconoscimento dell'uguale valore delle prestazioni, non va dimenticato che vi è una qualità delle prestazioni che è solo femminile. Questo voglio dirlo perché al lavoro di cura le donne, proprio per quelle capacità mediane di cui parlavo prima, possono avvicinarsi in modo particolare. Ciò va tenuto presente, perché credo che l'etologia ci

consigli di non essere così rigidi e cattivi con noi stessi, in quanto faremmo un pessimo servizio al genere umano se lo considerassimo unico: vi sono due generi e la loro diversità va sottolineata; l'uguaglianza sociale va ricercata nel diritto al lavoro e al tempo, nell'impegno all'educazione dei figli e delle figlie, per esempio. Forse in futuro vi saranno meno polemiche perché la tecnologia renderà più agevoli certi lavori che ora sembrano di pertinenza esclusivamente maschile. Certo, vi è arroganza, perché l'uomo organizza anche la macchina che vuol fare andare avanti ponendo certe riserve al lavoro femminile. Ma questo – ripeto – potrà essere superato da una tecnologia sempre più raffinata, che è anche donna. Quindi, stiamo andando verso un futuro in cui ci troveremo, necessariamente, allo stesso tavolo per portare avanti il lavoro, sempre, però, con una differenza numerica che è significativa e importante. Proprio per questo, rinnovandole orgogliosamente il mio augurio di benvenuto, signora ministro, la prego di lavorare anche per i maschi.

ALESSANDRO CE'. Anche se sono il primo del mio gruppo a prendere la parola le esporrò prima alcune considerazioni di dettaglio poi una considerazione finale che è il sunto della linea verso la quale, ad avviso della lega nord, dovrebbe indirizzarsi la sua azione, signor ministro.

Poiché abbiamo sentito parlare di flessibilità nel lavoro e di tutela della procreazione, riteniamo importante che questi argomenti vengano portati avanti, però vorremmo anche che, senza demagogie e senza assumere posizioni che rischino poi di diventare utopiche, siano portate avanti le esigenze delle aziende, compatibilmente con il rispetto della flessibilità e del bilancio dello Stato, che sappiamo bene in che condizioni è. Probabilmente, anche lei, signor ministro, sa che certe aziende di tipo manifatturiero erano appannaggio del sesso femminile, il che creava situazioni realmente insostenibili a causa degli elevatissimi assenteismi; siccome si è esagerato sia da una parte sia dall'altra, è bene che lei abbia presente questa situazione globale prima di assumere iniziative.

Vorremmo che fosse prestata attenzione anche al discorso della segregazione settoriale lavorativa, affinché non entri in contraddizione con il principio di diversità di genere, come risulta dalla Conferenza di Pechino. È importante che le due entità contrattuali, cioè l'azienda e il singolo, siano libere di scegliere allo stesso modo. All'interno di leggi che tutelino le pari opportunità deve esservi anche una certa libertà di scelta da parte sia dell'imprenditore sia del singolo, altrimenti si pongono limiti alla libertà individuale. Guardiamoci bene dall'inserire il concetto delle quote nel settore lavorativo, perché si potrebbe ottenere un risultato diverso da quello voluto.

Non sono favorevole, signor ministro, all'introduzione o al mantenimento di discriminazioni positive, di cui si parla nella sua relazione, perché anche se è giusto tener conto del fatto che in certi settori la donna è stata senz'altro danneggiata, ritengo opportuno ribadire il concetto chiaro, in norme semplici e ben definite, di pari opportunità e di parità assoluta. Inserire norme discriminatorie a rovescio non potrebbe che far crescere le conflittualità, oltre a rivelarsi controproducente anche per la donna.

Per quanto riguarda il *mainstreaming* sono pienamente d'accordo, sempre che l'azione delle donne sia di tipo pragmatico, ben equilibrata, tale da tener conto anche del fatto che per raggiungere certi obiettivi è necessario del tempo.

Quanto all'*empowerment*, ritengo anch'io importante far sì che la donna arrivi a posizioni di tipo dirigenziale, purché ciò non avvenga con discriminazioni a sfavore dell'uomo, perché il risultato potrebbe essere positivo nel breve termine ma negativo nel lungo termine.

In conclusione, estremo rigore nei confronti dell'osservanza delle norme riguardanti le pari opportunità e sanzioni certe nei confronti di chi le trasgredisce. Ritengo che la maggior parte delle energie sia intellettive sia finanziarie debba essere indirizzata più che verso normative o vin-

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 4)

SEDUTA DI MARTEDÌ 2 LUGLIO 1996

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LA SOLIDARIETÀ SOCIALE, LIVIA TURCO, SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL GOVERNO NEL SETTORE DI COMPETENZA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione del ministro per la solidarietà sociale, Livia Turco, sulle linee programmatiche del Governo nel settore di competenza:

Bolognesi Marida, *Presidente* 95, 101, 102, 117, 118

Caccavari Rocco Francesco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 108

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 109, 112

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 106

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 104

PAG.

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 98, 101

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 95

Polenta Paolo (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 101, 102

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 103, 104

Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 110, 112, 118

cratica e questione sociale, e ciò non soltanto per l'attacco alla Costituzione, ma anche per l'attacco alle regole (deriva plebiscitaria: non credo di essere fuori tema). A mio avviso, tutto ciò si trova all'interno di questo ragionamento; parlo cioè della cultura dell'autorità che porta con sé la cultura dell'esclusione di qualcuno, quella cultura dell'esclusione che con l'assunzione della responsabilità di questa struttura lei, onorevole Turco vuole assolutamente combattere. Credo che questo ministero – per come lo intendiamo, cioè un ministero forte, un ministero « anticorpo » – debba uscire apertamente allo scoperto nel percorso verso la legge finanziaria. So che lei ha proposto sussidi per la povertà (come donne abbiamo elaborato da tempo l'ipotesi di un reddito di cittadinanza, che però è altra questione); probabilmente questi soldi – che non sono neanche quantificabili, per cui come primo atto simbolico andremmo a chiedere un finanziamento assolutamente indeterminato – potrebbero essere molto più proficuamente utilizzati per dare attuazione alla richiesta (politica e con una previsione di spesa quantificabile) di garantire l'accesso gratuito ai servizi (che non è ancora garantito) non solo per i cittadini italiani, ma anche per quelli stranieri; mi riferisco all'accesso non solo per la cura, ma anche per la prevenzione e la riabilitazione. Tra l'altro, in merito a tutte le questioni riferite all'immigrazione le abbiamo rivolto un'interrogazione parlamentare. Quindi, accesso ai servizi, ma anche alla casa, come bene primario. La regione Lazio ha in esame una proposta di legge molto interessante; credo che la linea da seguire per quanto riguarda la casa sia quella di collegare il canone al reddito.

Ritengo che, con molta più concretezza e dando segnali politici molto più forti, si potrebbe costruire un piano di solidarietà con questo tipo di approccio, piuttosto che chiedere un indeterminato sussidio di povertà.

Ripeto che occorre, con molto coraggio, chiedere una conferenza governativa sul *welfare* e sulla sanità.

Infine, è necessario uno stretto rapporto con la ministra per le pari opportunità. Credo che non si possa parlare di solidarietà, di cultura dei diritti universali, se non si risolve il limite, la parzialità di questa costruzione di sistema di valori e di diritti che parte solo dal diritto dell'individuo maschio. La sentenza della Corte di Cassazione che afferma la liceità del licenziamento di una donna incinta va di pari passo con il suggerimento del commissario europeo, per il quale il divieto di lavoro notturno non serve per la parità. Questo clima di arretramento è molto pericoloso e credo che con molta chiarezza il ministro della solidarietà e quello delle pari opportunità dovrebbero ripresentare un pacchetto della maternità, come lettura alternativa di una nuova organizzazione della società e del lavoro.

ROCCO FRANCESCO CACCAVARI. Signora ministro, contenere in qualche minuto le considerazioni che vorrei svolgere è un'impresa difficile, ma cercherò di mantenermi senz'altro nei tempi, sperando di sviluppare negli incontri successivi – che auspico frequenti – argomenti specifici di settore.

La prima osservazione da fare riguarda la discrepanza notevole tra la molteplicità delle deleghe a lei affidate e i finanziamenti, che non sembrano sufficienti a coprire tutte le esigenze. Credo che questo debba essere uno dei punti fondanti di un'azione comune, alla quale tutti i colleghi si richiamavano, soprattutto per poter dare al suo ministero e quindi ai lavori della Commissione un significato da storicizzare in atti concreti, non solo dovuti, ma segnati da una diversificazione rispetto al passato.

Le problematiche che sono il nucleo focale del suo ministero devono essere trasformate in funzioni governative da immettere, con una legislazione mirata, nell'ordinamento generale. Credo che questo sia estremamente necessario per superare la parcellizzazione, contro la quale di solito si interviene con provvedimenti di emergenza, senza tener conto che alcune cronicità sociali hanno invece bisogno di

una risposta integrata al resto della legislazione per trovare soluzioni conseguenti ed anche immediate. I tempi della risposta che lo Stato può dare a certi bisogni sociali molto spesso equivalgono al percorso dell'intera vita. Mi riferisco alle condizioni in cui la disabilità, mai affrontata in maniera definitiva, rappresenta l'unica condotta esistenziale che viene concessa a molti cittadini. Si deve superare l'abitudine inveterata di considerare emergenza aspetti molto frequenti della vita di tanti cittadini che vivono queste difficoltà. Bisogna quindi scegliere la strada della programmazione di interventi che, oltre a correggere le situazioni di disagio, siano anche di prevenzione e rinnovamento culturale.

Le politiche sociali dirette al sostegno della vita dei cittadini vanno adeguate alla razionalità e alla imprenditorialità necessarie a dare concretezza al profondo impegno di solidarietà che dobbiamo assumere nei riguardi dei disabili, dei minori, dei giovani, degli anziani, insomma delle donne e degli uomini che ci aspettano alla prova. Vorrei richiamare la sua attenzione anche sul fatto che un'azione sociale improntata alla promozione della cultura della solidarietà per attivare servizi per le persone in difficoltà aiuterà anche il resto dei cittadini, anche quelli che oggi sono protagonisti del disagio, quei cittadini che passivamente sono chiamati a soccorrere – per esempio all'interno delle famiglie, ma anche in nuclei più allargati, con le amicizie che si mettono a disposizione – i disabili, i malati cronici, le persone che hanno bisogno di sostegno e che vivono una vita legata alla costante implorazione di una risposta all'interrogativo « cosa succederà dopo di noi ? ». Cosa succederà dei disabili adulti, di quelli che non hanno autonomia di vita, quando le persone che adesso li sostengono, soprattutto i genitori, non ci saranno più ? È un interrogativo molto angosciante che viene posto continuamente da queste persone, alle quali oggi non è possibile dare neanche un'ipotesi di risposta, se non quella di augurare loro lunga vita e di fornire qualche sostegno perché la loro vita sia meno difficile di come si presenta.

Signora ministro, chiedo che siano responsabilmente studiate proposte per sostenere, tecnicamente ed economicamente, il lavoro continuo e altamente impegnativo dei familiari che assistono a domicilio i propri congiunti malati. Penso ai pazienti psichiatrici, che spesso, curati a domicilio con il regime semiresidenziale, possono avere più benefici – questo è dimostrato – che non da indiscriminati interventi ospedalieri.

Penso che dovremmo compiere uno sforzo per approfondire fino in fondo – al di là del rilievo che al disagio a volte viene attribuito un po' da tutte le espressioni politiche, a fronte di una concretezza che invece si fa attendere – cosa rappresenti l'integrazione tra settore sanitario e settore sociale. Credo, banalmente, che il bisogno della socialità nella vita delle persone sia più lungo del bisogno di assistenza per malattia e quindi è bene concentrare gli sforzi economici maggiori nella malattia, ma non trasformando i bisogni sociali in malattia cronica, perché in questo caso finiremmo per incentivare nella società la tendenza delle persone a farsi passare come malati quando invece il vero bisogno è quello di una socialità attenta, più specifica e ben riferita al bisogno manifestato.

Vorrei infine concludere augurandole di condurre il suo ministero in modo da raggiungere risultati e traguardi che segnino una differenza rispetto al passato, puntando sull'attivazione delle risorse umane ed economiche periferiche, coinvolgendo regioni e comuni, per costruire la rete di interventi che dovrebbero segnare – questo è l'obiettivo più forte che dobbiamo porci – una conquista di civiltà.

ALESSANDRO CÈ. All'inizio della sua relazione, come tanti altri ministri in questo periodo, lei ha usato il termine « federalismo », definendolo possibile, cioè auspicando una federazione delle regioni nella gestione della solidarietà sociale. Vorrei ribadire per l'ennesima volta che il federalismo non può mai essere disgiunto

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 5)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 4 LUGLIO 1996

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ROSY BINDI, SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL GOVERNO NEL SETTORE DI COMPETENZA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, Rosy Bindi, sulle linee programmatiche del Governo nel settore di competenza:

Bolognesi Marida, *Presidente* 121, 123, 139, 142, 144

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 133

Caccavari Rocco Francesco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 134

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 135

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 136, 139

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 128, 139, 143

Fioroni Giuseppe (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 124

PAG.

Giacco Luigi (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 132

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 130

Procacci Annamaria (gruppo misto) .. 121, 124

Scantamburlo Dino (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 126

Signorino Elsa (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 139

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 142

– forse ella non lo sa – sabato prossimo sarà firmato l'accordo tra due aziende ospedaliere palermitane ed il centro di Pittsburgh, con un impegno finanziario di 14 miliardi immediati e 90 nel giro di cinque anni, mentre coinvolgendo le università siciliane la spesa sarebbe stata equivalente a zero.

Ecco perché non condivido questa razionalizzazione. Se me lo consentirà, potrò parlarle in separata sede in maniera più chiara.

ROCCO CACCAVARI. Signora ministro, nonostante sia già passato un po' di tempo dal suo insediamento, vorrei salutarla con un personale augurio di buon lavoro. Ogni giorno ha le sue pene e le sue gioie e, forse, sapere che qualcuno desidera che lei sia una persona fortunata, l'aiuterà ad andare avanti.

Quando ha esposto il suo pensiero con la relazione che stiamo commentando, ho riflettuto sul fatto che lei, ministro, attuale baluardo a difesa di una sanità aggredita da minacce di riduzioni di investimenti ed aumento dell'imposizione, ha scelto di prendersela con gli sprechi agendo sui costi farmaceutici. Peraltro, anche se solo attraverso un'intervista, ha posto in essere un furioso dibattito sulla possibile richiesta di un contributo ai pensionati a partire da redditi molto bassi. Mi pare che non si sia ragionato che, a parità di reddito, i lavoratori dipendenti pagano di più rispetto a certi pensionati. Con il credito sociale che mi viene dal fatto che da tanti anni mi do da fare per dare rappresentanza a chi non ce l'ha, vorrei dire che ai pensionati con reddito basso bisogna sicuramente aumentare le pensioni, mentre a quelli che percepiscono pensioni pari al reddito di un lavoratore dipendente, o anche maggiori, valutando i bisogni di assistenza c'è da verificare se non sia il caso di chiedere un contributo equo e proporzionale, in modo che l'assistenza sanitaria di cui godono ed alla quale hanno certamente diritto venga da loro in qualche modo sostenuta. Fissiamo questo reddito e facciamo giustizia di ogni demagogia che vuole gli anziani, anche benestanti, esenti da tutto, in quanto quest'ultima scelta punisce e discrimina quei pensionati che hanno davvero bisogno di tutto.

È abbastanza semplice indicare la necessità di un riordino del sistema sanitario nazionale. Vorrei fortemente segnalare che la salute non è solo elemento di spesa, quindi di mercato, ma anche, e secondo me soprattutto, investimento sociale. Basti ricordare che una buona cura che metta un lavoratore in condizione di riprendere la propria attività risparmiando anche solo uno, due o tre giorni di malattia, significa miliardi risparmiati sul bilancio pubblico. Bisogna tener presente, inoltre, che la sanità costerà sempre di più, perché la tecnologia sanitaria va avanti e non bisogna trascurare nessuno dei traguardi che la scienza ci consentirà di raggiungere per la difesa della salute dei cittadini. Si tratta di capire che il controllo della spesa per giusta causa può consentire di eliminare il degrado che l'assistenza sanitaria raggiungerebbe applicando tagli indiscriminati, che possono rappresentare risparmi immediati ma causare danni a distanza.

Volendo riconoscere la salute come un valore sancito dalla Costituzione, come fondamentale diritto ed interesse della collettività, è necessario agire utilizzando quel 5,45 per cento del PIL per razionalizzare il sistema di assistenza e di cura così come si presenta oggi. A questo riguardo, un punto fondamentale è rappresentato dalla aziendalizzazione, che deve essere strumento per realizzare gli obiettivi della programmazione regionale. Per questo penso che nella scelta dei direttori generali debbano avere maggiore peso i sindaci; attraverso la scelta da questi operata si può infatti conseguire una precisa integrazione tra i tecnici e le realtà territoriali. È dunque mia opinione personale che vada corretta la norma che non consente ad un tecnico di esercitare la funzione di direttore generale nella USL nella quale ha lavorato e si è formato; spesso alcune conoscenze apprese direttamente, operando giorno dopo giorno, possono aiutare una programmazione più precisa e funzionale.

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA

SULLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

(SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ, RAFFAELE D'ARI E NICOLA FALCITELLI)

(n. 2)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 SETTEMBRE 1996

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione dei direttori di dipartimento del Ministero della sanità, Raffaele D'Ari e Nicola Falcitelli:

Bolognesi Marida, *Presidente* 10, 17, 18, 19

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 17

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 17

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 12, 17, 18

D'Ari Raffaele, *Direttore del dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale del Ministero della sanità* 19

Falcitelli Nicola, *Direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità* 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 11, 13, 15, 17, 18

Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna non sono disponibili, potrebbe registrarsi un aumento rispetto alla cifra da me indicata.

Per gli istituti residenziali pubblici, non ospedali psichiatrici, si sostiene una spesa pari a 184 miliardi.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il contributo fornito. Credo che alcuni colleghi intendano intervenire per ulteriori chiarimenti.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei sapere se nelle 195 strutture private siano comprese le cliniche a vocazione prettamente psichiatrica.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità*. Sì.

ROCCO CACCAVARI. Però lei si è riferito anche alla riabilitazione, alla geriatria e via dicendo per cui, sinceramente, non ho capito la differenza.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità*. Non hanno solo le discipline psichiatriche.

ROCCO CACCAVARI. D'accordo, ma sotto il profilo dei costi, queste discipline rappresentano una voce in più. La degenza di un paziente psichiatrico ha un determinato costo; la degenza dello stesso paziente in una clinica dove è prevista la psichiatria e la riabilitazione ha un costo diverso e superiore. È un modo per spendere di più nell'assistenza psichiatrica.

In sostanza, chiedo se i costi si riferiscano all'assistenza psichiatrica o se vengano aggiunti altri oneri per altri tipi di prestazioni perché tutto ciò ha il carattere della speculazione.

GIACOMO BAIAMONTE. Solo una battuta. Ci si riferisce ad un ambito quotidiano o vige il concetto dei DRG ?

GIUSEPPE LUMIA. Durante la precedente audizione diversi parlamentari avevano chiesto informazioni sui degenti nelle strutture pubbliche e in quelle private; mi spiego meglio: vorremmo conoscere il numero esatto dei degenti posto che alle 195 strutture private si aggiungono 14 istituti privati residui. Vorremmo anche avere notizie sulle dismissioni di pazienti attuate in questi mesi, a prescindere dalla trasformazione delle strutture.

Un'altra questione che avevamo già posto la volta scorsa e che torno a riproporre, anche perché se ne sta interessando la magistratura, riguarda le patologie che causano la morte di molte persone ospitate negli ex ospedali psichiatrici (ci risulta, infatti, che molti pazienti muoiano di polmonite o di tubercolosi, per esempio).

MAURA COSSUTTA. Poiché so che rispetto alle linee-guida del Ministero della sanità vi è uno scontro in atto, credo che si debba fare un discorso molto serio sulla distinzione tra competenza assistenziale e competenza sanitaria. Non mi soddisfa, rappresentando anche l'esperienza di operatori e l'orientamento dei direttori dei servizi, il progetto di trasformare la dismissione degli ex ospedali psichiatrici in RSA. Certo, il malato anziano psichiatrico può essere cardiopatico, disabile o non autosufficiente, ma la sua assistenza non può rientrare in un ambito assistenziale, quindi in quello di una RSA. Questa è una battaglia aperta sulla quale inviteremo ad una mobilitazione totale.

Non mi ha neanche soddisfatto quanto ho sentito in merito ad un altro problema sul quale avevamo chiesto l'apertura di un'inchiesta giudiziaria: mi riferisco al fatto che attualmente, a quanto ci risulta, sono ammessi nuovi pazienti, senza che il ministero presti alcuna attenzione al problema.

Torno a sottolineare con molta chiarezza il discorso relativo al direttore generale: premesso che i dati tecnici del ministero che oggi ci avete fornito sono senz'altro più approfonditi rispetto a quelli della precedente audizione, vorremmo capire se la data del 31 dicembre 1996 sia accettata

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

(AUDIZIONE DEI RAPPRESENTANTI DI PSICHIATRIA DEMOCRATICA, DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA E DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE)

(n. 5)

SEDUTA DI MARTEDÌ 22 OTTOBRE 1996

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Audizione dei rappresentanti di Psichiatria democratica, della Società italiana di psichiatria e della Società italiana di riabilitazione psicosociale:

Bolognesi Marida, *Presidente* 83, 89, 91

Polenta Paolo, *Presidente* .. 99, 100, 101, 110, 112

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 95, 101

Canosa Rocco, *Presidente di Psichiatria democratica* 99, 100, 101

PAG.

Caserta Francesco, *Rappresentante della Società italiana di psichiatria* 87, 101, 106

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 91

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 97, 109

De Marco Ferdinando, *Rappresentante della Società italiana di riabilitazione psicosociale* 104

venti graduali e personalizzati, in grado di far sì che il reinserimento sociale nella vita normale, cioè nel gruppo-appartamento, nelle RSA, nelle comunità riabilitative, nelle comunità-alloggio, nelle case-famiglia, avvenga con la necessaria attenzione, quindi non in modo violento e improduttivo. Ecco, vorrei sapere se su questo tipo di progetti siate disposti ad investire entusiasmo ed energia, perché ho notato che tutti quelli che lavorano in questo campo oggi hanno una certa disillusione, un certo scetticismo. Non dico che vi sia un calo della professionalità, ma noto che vi è questo atteggiamento, forse perché per troppi anni vi sono state aspre divisioni, eccesso di ideologia, troppe promesse e appuntamenti mancati da parte del mondo politico, al quale vanno ricondotte specifiche responsabilità.

Se non si crede all'opera di deistituzionalizzazione, che è il perno centrale delle nuove politiche sociali, anche nel campo del disagio mentale, difficilmente si faranno passi in avanti.

Ritengo, passando ad un'altra questione, che vada ridefinito il rapporto con il privato sociale, cioè con le strutture il cui obiettivo non è quello del profitto in questo campo delicato, in quanto perseguono finalità di carattere sociale ma hanno caratteristiche privatistiche nel modo di gestirsi e di rapportarsi al problema. Vorrei sapere se con queste realtà siano stati instaurati rapporti maturi, perché non va bene né l'indifferenza né semplicemente una certa integrazione di servizi, che è comunque una cosa positiva. Ci vuole anche, a partire dai dipartimenti di salute mentale sul territorio, una collaborazione nella progettazione e nella verifica. Bisogna cioè progettare assieme a queste realtà la chiusura, la dismissione, la costruzione di situazioni alternative, perché esse non devono essere intese solo come manovalanza a basso costo, più umana o più qualificata di quella che tradizionalmente opera nel campo della psichiatria, ma come soggetti che pensano, in grado di dare una mano anche nel campo della progettazione. Vorrei quindi capire se l'integrazione sia vista su questo piano, perché sono preoccupato dalle dismissioni alla spicciolata che vi sono state in questi mesi: si sono ingrassate cliniche e case di cura private che non hanno affatto i requisiti necessari e che sono fuori dalla legge n. 180, dal progetto-obiettivo e dalle linee-guida. Questo dobbiamo dircelo con molta chiarezza ed onestà. Ma espresso questo elemento di preoccupazione, voglio rivolgervi l'invito a confrontarvi con il privato sociale, anche se in molti casi credo che lo abbiate fatto, proprio a partire dal tipo di indirizzo che ho sopra delineato.

Per quanto riguarda la questione del patrimonio immobiliare, credo sia importante metterlo a rendita e ritengo che ciò debba essere fatto con gli strumenti urbanistici, tenendo conto delle caratteristiche del sito e del territorio. Starei attento a far scattare la paura del malaffare, perché potrebbe fare imprigionare queste risorse. Il malaffare va combattuto con la trasparenza, non con la paralisi, va combattuto con le destinazioni utili e coerenti con i piani urbanistici e con le caratteristiche storiche e culturali di una certa realtà. D'altra parte, visto che dobbiamo procedere ad una deistituzionalizzazione anche storica e fisica dei siti, non penso che la soluzione migliore sia quella di riutilizzare questo patrimonio instaurandovi RSA o altre strutture. Faremmo un gran passo indietro se commettessimo questo errore.

ROCCO CACCAVARI. Tenendo conto del fatto che quella dei nostri ospiti, che ringrazio di essere intervenuti, è l'esposizione di un'esperienza che dura da tanto tempo e che sono state tante le vicissitudini che hanno caratterizzato la nostra realtà, credo che il primo atteggiamento da avere sia quello di una grande umiltà nell'esprimere un giudizio su ciò che ci hanno esposto. Lo dico con profonda convinzione, perché non dobbiamo dimenticare che è da diciotto anni che si è avviato e che sta andando avanti questo processo che scadrà il 31 dicembre. Vorrei che ognuno di noi tenesse presenti le diverse realtà del nostro paese, quelle che fino ad oggi ci consentono di dire, per esempio, che vi sono realtà nelle quali, dal 1978, le

dimissioni negli ospedali psichiatrici non sono mai cessate e continuano tuttora, altre in cui, invece, tali dimissioni forse non sono state neanche avviate.

Ci troviamo di fronte ad una realtà molto variegata, spesso tragicamente sottolineata da episodi di sofferenze e anche di inapplicabilità dei minimi principi della convivenza civile: per esempio, per dire che non vi è niente di peggio dei manicomi, a volte li paragoniamo ai *lager*. Però vi sono anche realtà in cui il rispetto della persona e della sua sofferenza, non della sua ideologizzata condizione di malato psichico, ha fatto sì che alcune esperienze siano andate avanti con il riconoscimento, da parte della collettività, del valore dell'esperienza maturata negli ospedali psichiatrici. A mio avviso, il primo punto sul quale dobbiamo convergere è la necessità che una possibile chiusura dei manicomi passi attraverso un cambiamento della mentalità nei luoghi e nei punti in cui il manicomio ha creato quel tessuto di resistenza all'interno del quale soprattutto bisogna agire per collocare i malati. Quel processo di allontanamento dagli ospedali psichiatrici che abbiamo sentito descrivere come affidamento ai comuni di origine molto spesso non tiene conto del fatto che in molte realtà gli ospiti degli ospedali psichiatrici sono cittadini che escono, vanno al bar, vanno a fare una passeggiata, hanno degli amici, e coloro che non fanno queste cose sono, invece, dementi, persone che hanno bisogno di essere accudite, lavate, nutrite, come accade in tanti ospedali psichiatrici dove di psichiatrico non manifestano ormai più nulla se non una strana, bellissima longevità senza mente.

Teniamoci legati a questa realtà. Vediamo cosa sia possibile fare di queste persone che sono rimaste legate all'interno dell'esperienza manicomiale senza che questo sia vissuto come una sconfitta, un insuccesso, ma semplicemente prendendo atto che non si può risolvere tutto. Apriamo le porte dei manicomi per portare queste persone nei luoghi dove possono essere accolte; ma chi non è autosufficiente, chi non ha autonomia mentale dove deve andare? Deve andare in un luogo dove possa essere dignitosamente assistito, pulito e curato. Altri – io ne conosco – che sono stati sessant'anni in manicomio soltanto perché erano brutti, epilettici, poveri, oligofrenici o, magari, ipotiroidei dove li mandiamo? Dobbiamo mandarli nelle braccia più larghe che esistano, cioè le braccia di una comunità che li voglia accogliere, li voglia far vivere, ma al tempo stesso li accudisca; perché intorno alla realtà manicomiale, ai 20-21 mila ammalati, ci sono i 10 mila operatori degli ospedali psichiatrici, quindi vi è un rapporto di uno a due che rappresenta un'assistenza straordinaria, un corpo a corpo, un'anima ad anima, un cuore a cuore. Non possiamo pensare di prendere persone dagli ospedali psichiatrici ed inchiodarle in una casa, con un operatore che li guardi, senza sapere come riabilitarli. Pensiamo, allora, a piccole cose, a realtà possibili, nei luoghi dove sono, considerando la data del 31 dicembre inderogabile proprio per questo. Da oggi al 31 dicembre possiamo forse aprire mille case, mettendoci dentro mille persone? Potrebbe anche avvenire, se ci fossero i soldi, ma non avremmo comunque risolto il problema dei manicomi. Fissiamo, allora, questa data e facciamo una programmazione che parta da oggi e si concluda entro un termine ragionevole, quindi non spostando una data ma affermando un concetto: quello che bisogna chiudere davvero e fare tutto quello che serve perché queste persone abbiano fuori dal manicomio l'accoglienza che meritano, alla quale hanno diritto. Vi sono infatti realtà nelle quali gli infermieri psichiatrici non sono più tali ma sono delle « badanti », cioè affettuosissime persone che curano come possono gli anziani loro affidati, che magari sono belli grassi perché li fanno mangiare troppo e giocano ancora con la palla e con la corda! Dico queste cose perché le osservo direttamente: molto spesso una giornata si riempie di significato solo per questo. Quindi, è bellissimo l'obiettivo della riabilitazione di cui parlava il professor Pariante, ma quando è possibile, se si può realizzare.

Facciamo in modo, invece, di non avere nuove utenze, di non aver bisogno di af-

frontare una nuova cronicità. Vediamo se sia possibile. Non dico che lo è, ma vediamo se sia possibile. Investiamo moltissimo in questo. Cerchiamo di utilizzare la nostra capacità di essere promotori di un modo nuovo di prevenire la malattia mentale, se è possibile; se no, ci arrendiamo. Ma non possiamo arrenderci: dobbiamo comunque andare avanti, nella convinzione che alcune cose si possono fare. Non possiamo immaginare i manicomi come luoghi della sofferenza, che debbono essere chiusi, e poi domandarci cosa farne di quelle strutture. Se si possono convertire, si riconvertono; ma, secondo me, è difficilissimo sostituirsi a quegli illuminati re, duchi o conti che dei conventi facevano caserme, delle caserme manicomi e poi nuovamente conventi. E come si fa a vendere dei conventi o delle vecchie caserme, visto che i manicomi sono tutto questo? Non dobbiamo avere questa ossessione. Ci penseranno le amministrazioni a riconvertirli per utilizzare quei fondi. Allora cosa dovremmo fare: vendere le carceri per sostenere i detenuti quando escono dal carcere? È un'operazione diversa, un'operazione amministrativa che faranno gli amministratori. Noi abbiamo tentato in tutti i modi di trovare una ragione per dire che devono stare fuori dai manicomi – se volete, è una scaramanzia – fuori dai luoghi nei quali la sofferenza è durata per tanto tempo. Poi saranno venduti, trasformati, utilizzati come si vorrà, ma non è problema dell'assistenza psichiatrica quello di vendere i manicomi. Li venderà chi vuole. La cosa principale – e concludo – è riuscire a trovare un'identità nel riconoscere nella malattia mentale uno di quegli insuccessi sociali con i quali ci siamo misurati fino ad oggi e con i quali continueremo a misurarci, ma che ci ha dato la possibilità di provare che se ci si unisce per il raggiungimento di certi obiettivi, anche con risorse limitate si possono ottenere dei risultati.

Quello che va assolutamente sottolineato è che deve finire la diversità di trattamento nei diversi territori italiani, perché non credo che chi nasce in Sicilia, in Liguria o in Piemonte debba essere più sfortunato di chi nasce altrove rispetto all'assistenza cui ha diritto.

GIUSEPPE DEL BARONE. Saluto anch'io cordialmente gli amici intervenuti, anche perché ho avuto l'occasione di incontrare nuovamente, dopo tempo, persone carissime, che rivedo con enorme piacere.

Una confessione iniziale. Come faccio sempre, ho ascoltato con molta attenzione le varie posizioni espresse oggi dagli amici qui presenti, come nel corso di altri incontri ho ascoltato quelle dei parenti e di altri esperti: mi convinco sempre più che potremo fare tutto quello che vogliamo, potremo avallare documenti che abbiamo già scritto, potremo metterci sul terreno delle realizzazioni – magari abbandonando la parola « scaramanzia », perché ci credo fino a un certo punto e certe cose dobbiamo farle perseguendo determinate linee e, soprattutto, cercando di trovare l'accordo con una controparte (la chiamo così perché l'italiano non mi offre troppe alternative) che dovrebbe darci indicazioni con una voce quasi, se non totalmente, univoca – potremo fare tante cose, ma resta il fatto che emergono differenze che, a volte, sono di fondo.

Dunque, non sarò tra quelli che prospettano lo spostamento della data, diventando il reprobo, il solito reazionario – non lo sono affatto – che vede il 31 dicembre come il fumo negli occhi, prospettando poi, magari, il 31 gennaio, cosa che farebbe ridere i polli di tutti i pollai. No, io dico che dobbiamo studiare il problema nella realtà, fissando la data, come dice il collega Lumia, eliminando i dogmi – perché, per chi ci crede, i dogmi sono solo quelli della religione – e cercando di razionalizzare la situazione, anche alla luce dei documenti che, in passato, come Commissione abbiamo approvato.

In quei documenti sono scritte determinate cose ed io mi domando se siano o meno state attuate. Sicuramente non attuata è la parte finale, cioè l'impegno del Governo a riferire entro il 30 settembre al Parlamento sulle iniziative intraprese. Non è stato riferito niente; non è stato fatto

(...)

nità terapeutiche, dove attualmente sono ricoverate circa 200 persone. Quindi, ai 380 ricoverati ufficiali, dobbiamo aggiungerne 200, che entrano ed escono .....

FRANCESCO CASERTA, *Rappresentante della Società italiana di psichiatria.* Sei disinformato.

ROCCO CANOSA, *Presidente di Psichiatria democratica.* Va bene, poi vedremo le carte. Il problema è che in queste comunità terapeutiche, al di là del numero, si ricoverano nuovi utenti. Questa è l'illegalità.

FRANCESCO CASERTA, *Rappresentante della Società italiana di psichiatria.* Questo è un falso che tu non puoi dire ! Ci sono tuoi colleghi di Psichiatria democratica che hanno condiviso ...

PRESIDENTE. Vi prego di limitarvi a rispondere ai quesiti che vi sono stati posti.

ROCCO CANOSA, *Presidente di Psichiatria democratica.* Ho fatto un esempio per sottolineare, ancora una volta, quanta illegalità vi sia nei manicomi italiani.

Un altro esempio è quello dell'ospedale psichiatrico di Foggia, Casa della divina provvidenza, all'interno del quale vengono ancora effettuati trattamenti sanitari obbligatori. Questo è un fatto di una gravità incredibile.

ROCCO CACCAVARI. Ci vuole il magistrato in questi casi !

ROCCO CANOSA, *Presidente di Psichiatria democratica.* Onorevole Caccavari, le nostre brave denunce le abbiamo fatte, lo abbiamo segnalato alle organizzazioni, ma questi trattamenti continuano ad essere effettuati. Si tratta di un fatto che riguarda sì la magistratura, perché è di una illegalità del tutto evidente, però è necessario sottolineare e denunciare ancora una volta che non è assolutamente possibile continuare a tenere in piedi strutture come quelle di Siracusa, dove trenta bambini sono stati ricoverati in manicomio, di Agrigento, che è nelle condizioni che sappiamo, di Lecce, dove vi è il *lager* che conosciamo, di Cagliari e Sassari, che sappiamo essere penosissime perché le abbiamo visitate. Credo, quindi, che da parte dei parlamentari debba esservi un'attenzione particolare a queste situazioni, dove vengono concretamente calpestati e violati i diritti umani. Ciò che accade non lo possiamo accettare e rafforza ancora di più la nostra posizione sulla chiusura immediata, per legge, delle strutture manicomiali entro il 31 dicembre.

Per quanto riguarda il problema del personale, vorrei sottolineare che siamo al pari della spesa per la riconversione. Quindi, liberando le risorse utilizzate nei manicomi recuperiamo personale e soldi. In questo senso va la nostra proposta di integrazione agli emendamenti della Commissione affari sociali. Chiediamo, infatti, che per finanziare il progetto-obiettivo di tutela della salute mentale vada altresì riconvertita la spesa delle rette di degenza destinata agli OP privati convenzionati all'atto della dimissione dei ricoverati. La proposta di integrazione più importante è la seguente: « È comunque fatto divieto di ricoverare pazienti psichiatrici degli OP dismessi e collocarvi sedi o presidi di erogazioni di prestazioni per la salute mentale; è altresì vietato utilizzare le aree degli OP dismessi come sedi per strutture ad attività residenziale a carattere socio-assistenziale o socio-sanitario di qualsiasi tipo, comunque denominate ».

PIER MARIA FURLAN, *Rappresentante della Società italiana di psichiatria.* Mi rincresce, signor presidente, che la necessità di essere succinto possa stravolgere le cose, ma cercherò comunque, per quanto possibile, di essere breve.

Sono d'accordo con molti di coloro che sono intervenuti perché sono medici, per cui sono ispirato dal principio del *primum non nocere* e perché adesso mi trovo a chiudere l'ospedale di Collegno, essendo stato uno dei « sessantottini » che ha fatto uscire 800 pazienti rispetto ai 547 rimasti. Allora, chiariamo un equivoco, non giochiamo con le parole: Collegno è chiuso

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

(AUDIZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO)

(n. 6)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 23 OTTOBRE 1996

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDI

DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Audizione delle associazioni di volontariato:

Bolognesi Marida, *Presidente* 134, 138

Polenta Paolo, *Presidente* 115, 118, 126

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 131

Cestari Roberto, *Presidente per l'Italia del Comitato dei cittadini per i diritti dell'uomo* 122, 137

PAG.

Citrolo Serena, *Componente della cooperativa sociale Solidarietà* 118

Cozza Massimo, *Coordinatore della Consulta nazionale per la tutela della salute mentale* 115

Giorgetti Rodolfo, *Componente della cooperativa Noncello* 121, 135

Gnaga Simone (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 133

delle testimonianze da voi portate, che sono veramente importanti per l'individuazione delle soluzioni giuste a questo problema. A mio avviso non si può prescindere dall'individualizzazione, dalla singolarizzazione degli interventi che cercheremo di mettere in campo; la perfezione non può esistere in questo settore, perché dovremmo cercare di far sì che ogni singolo intervento sia individualizzato. Ogni storia umana è a sé stante, quindi ogni intervento dovrebbe essere in qualche modo personalizzato; non esiste malato di mente uguale ad un altro.

Riporto quasi provocatoriamente una mia esperienza personale. Ho vissuto, sia pure in maniera un po' anomala, un'esperienza di malato di mente: quando avevo 12 anni fui ricoverato per venti giorni in un reparto di neurologia in una clinica universitaria, dove fui curato a base di psicofarmaci che ebbero su di me effetti deleteri. In quel periodo vissi a contatto con malati di mente, in una condizione di promiscuità che per me, bambino, si rivelò difficile. Erano infatti ricoverate persone anziane e adulte con i classici sintomi delle malattie che venivano curate nei reparti di neurologia; vivere quei venti giorni in quella comunità fu per me assolutamente drammatico (ricordo ancora il rumore delle porte che venivano chiuse a chiave).

Voglio quindi sottolineare il problema, che molti hanno posto nel corso della audizioni, della terribile promiscuità presente negli ospedali psichiatrici. Se persone non affette da patologia mentale ma da altro tipo di disabilità sono finite in queste strutture, in condizioni di assoluta disumanità, bisogna porre rimedi fortissimi perché questo non si ripeta in futuro, quando le strutture che accoglieranno i malati di mente dovranno essere più umane, meno emarginanti. Attenzione: se nelle attuali condizioni disumane i disabili vanno a finire negli ospedali psichiatrici, che cosa sarà un domani quando queste strutture diverranno umane, accettabili, vivibili ? Bisognerà fissare punti fermi perché non si verifichi una fuga verso queste realtà.

Vorrei chiedere ai nostri amici delle associazioni un loro parere sulla possibilità di intervenire già adesso per sciogliere questo nodo delle patologie contrastanti che sono presenti negli ospedali psichiatrici. Questo problema mi sta particolarmente a cuore, mi terrorizza come cittadino e come parlamentare.

ROCCO CACCAVARI. Devo porre immediatamente un segno di profondo rispetto per le esperienze che avete portato, anche perché questo mi consente di agganciarmi ad un pezzo della mia vita quando, oltre trent' anni fa, sulla base di un atto di volontà in tanti abbiamo raccolto le idee per dire che i manicomi andavano chiusi.

Mi ritrovo con voi a ragionare di questo problema, partendo da un principio che ancora di più mi inquieta, dal fatto che la legge ha chiuso i manicomi ma i manicomi ci sono ancora. È avvenuto quello che di solito nel nostro paese differenzia la formalità dalla realtà della storia che ci passa sotto mano; quindi, anche oggi, discutendo con voi questa data del 31 dicembre devo esprimere il mio pessimismo su tutto ciò che è successo, ma anche una grossa riserva su ciò che potrà accadere.

Intanto devo dire che raccogliere la vostra testimonianza mi rafforza nell'idea di poter continuare a contare su un apporto ormai profondamente radicato nel nostro paese e quindi profondamente culturale di contributi, di idee, di impegni, di volontà, che vogliono cancellare dall'esperienza della nostra società i manicomi, superando anche le profondissime resistenze culturali al loro superamento.

Abbiamo sentito ripetere tante volte che si continua ad utilizzare quegli spazi di sofferenza per effettuare nuovi ricoveri. Ognuno di noi pensa alle realtà dove queste cose avvengono, si riesce a dare un nome e un cognome a questi comportamenti delinquenziali, ma è anche vero che questo avviene perché agiamo e ci muoviamo in una contesto che ancora non ha capito che cosa significa fare reale opposizione ai manicomi, i quali sono intesi come luogo di contenimento non dei ma-

lati di mente, ma delle diversità, così come sono sempre stati.

Proprio per questo, volendo difendere la ragione profonda per la quale la diversità nella società civile va riconosciuta, vorrei invitare con grande simpatia e grande affetto il dottor Cestari a non dire che non ci sono malati di mente problematici. Ci sono e dobbiamo far capire alle persone che, quando in un condominio qualcuno alle tre di notte scaraventa una caraffa contro un muro ed ha vissuto un'esperienza manicomiale o sta uscendo da un servizio di igiene mentale, va accettato, non perché tollerato nella sua malattia ma per la diversità che può presentare. Credo, infatti, che dare una visione soltanto umanitaria dei problemi della psichiatria ci faccia incorrere nell'errore di pensare che possano accadere cose che non possono essere accettate. All'opinione pubblica dobbiamo far capire che tutte le diversità della nostra società fanno parte della società stessa e che sono il risultato della cultura che tutti abbiamo contribuito a connotare di certi valori e di certe valenze. Dobbiamo evitare di pensare che la dimissione definitiva delle persone adesso ricoverate negli ospedali psichiatrici sia legata al nostro buon cuore. È invece demandata al nostro dovere di società organizzata, che vuole salvaguardare i diritti di tutti i suoi componenti e di tutti coloro che la compongono, che vuole garantire i diritti ai quali le persone sono chiamate a rispondere secondo le potenzialità e le possibilità che hanno.

Quindi, quando si dice che devono esserci case-famiglia di cinque o di venti persone, credo che dovremmo affidarci a soggetti che abbiano esperienza da questo punto di vista, cioè alle famiglie, ai volontari, a quanti nelle istituzioni conoscono di più questo problema, per misurare, anche persona per persona, il tipo di proposta da fare, cercando di mettere assieme gli elementi che possano accomunare le varie esperienze secondo determinate possibilità di convivenza e di condivisione. Diversamente, anche riducendo ad un piccolo nucleo la grande sofferenza del manicomio, ci troveremmo di fronte alla responsabilità di non aver risolto il problema fino in fondo. Quindi, nella popolazione che, purtroppo, ancora è custodita negli ospedali psichiatrici, dobbiamo distinguere chi vive una patologia organica, chi vive una condizione di demenza senile, magari conseguente alla drammatica istituzionalizzazione a cui è stato sottoposto. Dobbiamo individuare i criteri per una reale riabilitazione e riconoscere — cosa per me fondamentale per ottenere dei risultati — l'esperienza fatta fino ad oggi. Infatti, vi sono luoghi in cui la vera dismissione non è mai iniziata ed altri in cui si è iniziato dal primo momento ma ancora si deve portare a termine. Vi sono cioè luoghi in cui si è pensato di dare ai pazienti degli ospedali psichiatrici una qualità di vita relativa alle possibilità effettive che possono esprimere; tutto ciò è stato portato avanti anche grazie alla nostra volontà, che è grandissima ed è importante ma che spesso può essere negata dalle reali possibilità di queste persone ad utilizzare i servizi che andiamo ad offrire.

Quindi, credo che il primo, grande lavoro da fare sia quello di vedere, nelle realtà in cui vi sono i manicomi, che tipo di accoglienza può essere data, in quelle stesse realtà, alle persone che vivono all'interno di quelle strutture. Il destino che poi si riserverà alle strutture manicomiali credo che debba essere anche il risultato di una riflessione più lunga: prendiamo un po' di tempo prima di decidere cosa fare degli ex conventi, delle ex caserme, cioè di tutte le strutture trasformate in manicomio. Infatti, si tratta di luoghi dove vi è stata una comunanza di persone e di problemi dai quali non sempre possiamo prendere le distanze. Nei duecento anni ricordati come periodo dell'esperienza manicomiale, in tanti luoghi di questo genere si sono create carceri o guarnigioni, per esempio, quindi strutture legate ad idee di guerre o di lotta. Dunque, prendiamo tempo per vedere cosa fare di questi luoghi, però attivando attorno ad essi un tessuto sociale che rappresenti il primo passo per la reale accoglienza alle persone che vengono dimesse.

Siccome ho rilevato qualche difficoltà nel riconoscerne il valore, vorrei sapere se riteniate che, effettivamente, la prevenzione, alla quale io credo, possa essere realizzata non partendo dalla nostra esperienza attuale nel campo dell'assistenza psichiatrica, trattandosi, infatti, di un'esperienza che risente del dato negativo dei manicomi. In futuro, come società come pensiamo di organizzarci per identificare le reali esigenze psichiatriche della nostra popolazione, senza confonderne il disagio psichiatrico con disagi di altro genere, quali la tossicodipendenza e la povertà?

SIMONE GNAGA. Anche oggi, le associazioni di volontariato hanno dato prova di essere efficienti e presenti sul territorio, cioè non soltanto in grado di sopperire a eventuali mancanze. Sono quindi d'accordo con il collega Lumia nel ritenere che nell'Osservatorio nazionale il volontariato debba essere rappresentato e debba avere competenze operative, non solo di consultazione.

Non si raggiunge nessuno scopo se ci si limita a criticare le responsabilità passate. Da questo punto di vista, ha fatto bene l'onorevole Guidi a chiedere di ascoltare anche gli assessori regionali che abbiano dato prova di non essere efficienti nei settori specifici di loro competenza e, soprattutto, chi, negli ospedali psichiatrici, non ha fatto in modo che, all'interno di queste strutture, fosse portato avanti un discorso di efficienza e capacità. È vero, infatti, che a una norma non seguita deve far seguito una sanzione. Deve esserci un aspetto sanzionatorio immediato nei confronti di chi a tutt'oggi ricopre incarichi direttivi pur essendosi dimostrato inefficiente. Trovo che questo sia necessario per rispetto del diritto e di tutti i cittadini, primi fra tutti quelli che sono costretti a vivere una situazione precaria a causa delle irresponsabilità o delle incompetenze di quei direttori che, quanto meno, non hanno dimostrato desiderio di apportare cambiamenti. I direttori possono aver commesso degli errori, ma nel momento in cui continuino a perseverarvi deve esservi un aspetto sanzionatorio immediato, di cui, però, non è certo competente la Commissione affari sociali, anche se essa ha il diritto e la competenza di mettere in risalto un certo tipo di atteggiamento e di far sì che gli organismi preposti all'attività giudiziaria possano intervenire immediatamente.

Le denunce fatte oggi, soprattutto per quanto riguarda l'ospedale di Palermo, sono estremamente precise e gravi. Per quanto riguarda l'ospedale di Agrigento, a proposito del quale l'onorevole Lumia è a conoscenza di tutto, si è già dato prova del tipo di approccio della Commissione, cioè quello di ragionare non sul fatto specifico ma considerando il problema nella sua globalità. Questo per evitare di creare solo il sensazionalismo, che termina nel momento in cui non vi è più pubblicità da parte degli organi di informazione. Quindi, trovo molto giusto anche il problema dell'informazione, dell'aspetto attinente alla pubblicità, perché quest'ultima è estremamente importante ma non può essere solo sensazionalistica perché in questo caso termina nel momento in cui cessa l'esigenza dell'intervento. Sono quindi necessari un discorso continuo ed efficiente, una presenza delle istituzioni in supporto degli operatori. È vero, infatti, che cambiano i Governi e i soggetti politici, ma è anche vero, come giustamente ha sottolineato il dottor Cestari, che non cambiano i funzionari, i dipendenti, gli amministratori. Molto spesso, chi ha dimostrato di essere inefficiente continua ad essere operatore nel settore (ma questo è un discorso molto più ampio che va al di là della questione di cui ci occupiamo).

Dato che la magistratura inquirente è senz'altro a conoscenza di certi fatti perché oggetto di specifiche denunce da parte dei cittadini e delle associazioni di volontariato, mi meraviglia che ad esse non abbia dato seguito. Le associazioni di volontariato, non solo in questo settore specifico ma anche in tutti gli altri in cui sono complementari, dovrebbero avere una maggiore possibilità di intervento dal punto di vista del controllo di determinate istituzioni. La mia domanda è proprio questa: se la magistratura fornisca risposte efficienti, o se ci debba essere per forza il de-

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

(AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLE REGIONI)

(n. 9)

SEDUTA DI MARTEDÌ 10 DICEMBRE 1996

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDI

DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Audizione di rappresentanti delle regioni:

Bolognesi Marida, *Presidente* 193, 199, 200

Polenta Paolo, *Presidente* 179, 187

Andreotti Alberto, *Rappresentante della regione Emilia-Romagna* 182, 197

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 191

PAG.

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 189

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 188

Dalla Vedova Pierangelo, *Rappresentante della regione Lombardia* 184, 200

Grieco Donato, *Rappresentante della regione Basilicata* 179, 195, 196

PIERGIORGIO MASSIDDA. Innanzitutto mi scuso con i nostri ospiti perché in aula c'è un brusio che deve averli disturbati; vorrei giustificarlo facendo presente che queste sono giornate piuttosto intense, in cui stiamo cercando di svolgere audizioni e, contemporaneamente, di procedere negli altri impegni parlamentari.

Chi mi ha preceduto ha già formulato delle domande, quindi non intendo ripetermi. Vorrei soltanto chiarire dei concetti legati, soprattutto, al servizio « privato » (lo dico tra virgolette). Mi è sembrato che da parte di alcuni vi sia una demonizzazione, come ha osservato l'onorevole Del Barone; io consiglierei invece di riflettere maggiormente, perché quando parliamo di privato ci riferiamo a ciò che non è pubblico, quindi nel privato inglobiamo anche l'accreditato, il convenzionato esterno. In questa voce rientra anche il *non profit*, che noi invece stiamo cercando di invogliare, così come vi rientra il discorso dell'autogestione da parte degli ammalati sotto forma di cooperativa o altro, mentre credo che tutto sommato si debba incentivare tutto ciò che vada a compensare, a coprire quei vuoti che non sono stati mai colmati con la legge n. 180. È un dato di fatto: si avverte quasi un dispiacere a criticare la legge n. 180 perché conteneva dei principi nobilissimi, che però, di fatto, sono stati applicati in pochissime realtà. Abbiamo carenze enormi al riguardo.

Vorrei quindi consigliare a tutti i colleghi di riflettere meglio su questi concetti prima di esprimersi in toni troppo critici nei confronti del privato, anche perché, ripeto, abbiamo certamente realtà terribili nel privato, ma mi sembra che dalle audizioni svolte ne siano emerse di peggiori e di meno giustificate nel pubblico.

Con riferimento alle strutture (questa è una domanda ben precisa che rivolgo ai rappresentanti regionali) più volte ho denunciato il fatto che la stragrande maggioranza dei residui manicomiali da me conosciuti sia istituita in terreni che sono stati devoluti da famiglie benestanti della città. Ebbene in Sardegna esiste già un fenomeno che credo potrebbe dilagare in tutta Italia: gli eredi legittimi di queste famiglie rivendicano la proprietà del sito, del terreno, degli edifici qualora non venissero più utilizzati per le finalità suddette. Si tratta di un problema non da poco. Credo infatti che anche il concetto della RSA situata nella stessa struttura sia stato quasi una tappa obbligatoria per molte di queste realtà, perché, altrimenti, quel terreno o quegli edifici non apparterrebbero più alla USL o alla regione ma ai legittimi proprietari.

Questa è legge. Sappiamo che la legge è uguale per tutti e non si può trasformare secondo convenienza; nemmeno lo Stato può farlo. Vorrei quindi sapere se la realtà che abbiamo toccato con mano in Sardegna si stia presentando o si potrebbe presentare anche nelle altre regioni.

Per il resto non proseguo, perché tutte le domande poste dai colleghi sono le stesse che avrei fatto anch'io.

ROCCO CACCAVARI. Innanzitutto ringrazio gli amici che hanno accettato il nostro invito, anche perché ho incontrato persone che non vedevo da anni.

Di tutte le audizioni svolte fino ad oggi, quella odierna ha un carattere molto particolare perché, oltre ad essere tecnica ed amministrativa, ha anche un suo contenuto politico. Infatti come parlamentari dobbiamo verificare quanto di ciò che il Parlamento ha prodotto sulla materia sia stato attuato nel paese. Da quanto è emerso, credo che nessuno possa dire che nel paese non si sia prestata attenzione al problema, anche se forse dobbiamo ragionare sul modo in cui questa attenzione è stata posta. Non intendo fare classifiche di buoni e cattivi, ma ritengo che alla luce del riscontro di tutto ciò che è maturato nell'esperienza psichiatrica si possa dire che, non essendo stati rispettati i dettami della legge, si è fatto di tutto per rispettarne i principi.

Mi sembra doveroso dirlo, perché esistono realtà in cui, come ha osservato il dottor Andreotti, ci si pone il problema di come evitare un percorso istituzionale sui manicomi, ed altre nelle quali, come diceva il collega Massidda, stiamo avvertendo il rischio di veder sparire una strut-

tura psichiatrica perché il proprietario ne rivendica il possesso essendo venuto meno il fine istituzionale per cui era stata donata. Credo che dovremo uscire da questo equivoco e pensare che il futuro della psichiatria nel nostro paese è legato ad un'esperienza che si forma anche di giorno in giorno.

Stiamo parlando – è questo l'argomento del nostro incontro – della chiusura degli ospedali psichiatrici al 31 dicembre: si tratta di una dizione abbastanza impropria, perché gli ospedali psichiatrici per legge sono stati chiusi nel 1978. Le strutture che hanno continuato a svolgere l'attività sono tutte fuori legge; quindi le regioni che non hanno applicato la legge n. 180, i funzionari che non l'hanno fatto, i direttori dei reparti, tutti quelli che hanno utilizzato spesso i manicomi per effettuare i trattamenti sanitari obbligatori sono fuori legge.

Pertanto, tutte le volte che ho la possibilità di parlare durante un'audizione dico che bisogna far intervenire la magistratura e non far carico alle regioni o ai tecnici della soluzione di questi problemi. Gli ospedali psichiatrici sono chiusi, non si può più ricoverare, chi lo fa va sottoposto a giudizio.

Detto questo, per quanto riguarda le persone ancora ospitate nelle strutture manicomiali, le diverse esperienze stanno dimostrando che la rincorsa ad una progettualità che possa soddisfare l'esigenza di far uscire queste persone e farle stare meglio ha creato alcune situazioni di equivoco (venivano ricordate le linee guida), nel senso che, molto spesso, il cambio di una targa sembra cambiare la natura del manicomio: si chiama Parco Girifalco invece di chiamarsi Ciancianella come cinquanta anni fa.

Da questo punto di vista non dobbiamo aprire un conflitto. Dobbiamo fare in modo che le persone ospitate nelle strutture manicomiali abbiano una risposta sul modello psichiatrico maturato nel paese fuori da quelle strutture. Mi sembra ragionevole che, sulla base delle diagnosi corrette, venga operata anche una scelta tra chi deve essere ancora seguito e chi invece può avere una certa autonomia, scindendo una buona volta l'*handicap*, la riduzione sociale, l'essere fuori gioco dalla vera malattia mentale.

Questa operazione richiede tempo. Non mi pare che nel nostro paese sia maturata quella convivenza sociale per cui ci diciamo che tutti abbiamo sbagliato e un po' tutti dobbiamo riparare, perché ci sono esperienze eccellenti ed esperienze che sono andate peggio. È anche vero, però, che il 31 dicembre di quest'anno non tutti diventeremo uguali e bravi, né tutti i problemi si risolveranno.

Di fronte alla possibilità di poter destinare strutture ed anche finanziamenti adeguati per risolvere fino in fondo il problema in esame, credo che intanto non vada trascurata la situazione del personale; come è noto, in Italia i pazienti degli istituti psichiatrici sono circa 22 mila ed i dipendenti sono 10.100, quindi il rapporto è di due a uno. Nessuno dei presenti – ecco perché mi pongo il problema – ha dato indicazioni sul destino di questi dipendenti che, molto spesso, peraltro non per limiti propri, sono inadeguati a svolgere l'attività loro richiesta e comunque continuano ad operare e ad essere a carico del Sistema sanitario nazionale. Se vogliamo affrontare il problema della loro riqualificazione sono necessari finanziamenti, ma dobbiamo pensare anche ad un loro possibile utilizzo nella continuazione dell'intervento in psichiatria. Accanto al problema della chiusura dei manicomi vi è infatti anche quello cosiddetto della nuova utenza psichiatrica, connotata non solo dalla tradizionale diagnostica, ma anche da novità purtroppo tristi, trattandosi di – ripeto – nuove patologie più complicate rispetto a quelle del passato. Vorrei sapere quindi in che modo si pensi di utilizzare tale personale.

Premesso che ho condiviso molte delle domande poste, vorrei alcuni chiarimenti sui beni appartenenti ai privati, comuni e province. Voglio dire all'onorevole Massidda che, per fortuna, l'ospedale psichiatrico della mia città (Parma) era di proprietà di Maria Luigia, se non addirittura della famiglia Farnese, quindi nessuno po-

trà rivendicarne la proprietà. In altre parole ritengo che di questo problema non debba occuparsi la Commissione; vorrei soltanto osservare che tutte queste strutture (lo stesso discorso vale per gli istituti penitenziari) sono ubicate ormai nel centro cittadino e di solito, come avviene per gli ex istituti di detenzione, vengono acquistate dalle università o dai comuni per adibirli a centri-studi, centri di associazioni o comunque utili a fini sociali. A mio avviso, si può vincolare la realizzazione del progetto in psichiatria al ricavato della vendita di queste strutture, ma non si può ritenere di finanziare il progetto attraverso la loro vendita, perché ritengo che la collocazione sul mercato di un convento, per esempio, sia molto difficile.

Non vi è dubbio che debba essere cancellata la memoria storica di questi luoghi, ma la prima operazione non è questa bensì quella dentro di noi, perché comunque il bisogno di custodia di queste persone ogni tanto si manifesta.

Per quanto riguarda il rapporto pubblico-privato (mi riferisco al convenzionamento esterno con accreditamento), ricordo che in passato è sempre esistito un rapporto stretto tra i due settori in ambito psichiatrico. Nel momento in cui si programmerà – su questo punto la mia regione ha posto la necessaria attenzione, ma non mi risulta che lo stesso sia accaduto in altre – la collocazione all'esterno degli ultimi ospiti dei presidi manicomiali, è possibile che siano utilizzate soprattutto le strutture private, dove si creeranno piccoli manicomi. Ciò peraltro non è responsabilità del privato, ma del pubblico che è inadeguato. Questo è il problema. Quindi, non vi è nessuna animosità nel sostenere che tutto ciò che è privato è negativo: è il pubblico che non riuscendo ad intervenire delega senza controllo ad altri i suoi compiti, i quali possono trasformarsi in qualcosa di poco positivo. È possibile, invece di avere 200 pazienti ricoverati in un manicomio tradizionale, che in quattro case di cura private ne siano ricoverati 30, come avviene nel campo della geriatria. Questa è una situazione che dobbiamo cercare di superare con un atteggiamento di grande umiltà, perché la soluzione va ricercata insieme.

LUIGI NOCERA. Intervengo brevemente perché molte domande sono state già poste dai colleghi che mi hanno preceduto. Sono perfettamente d'accordo con l'onorevole Caccavari sull'opportunità che i responsabili delle regioni esprimano la loro opinione sulla possibilità che entro il 31 dicembre 1996 si possa procedere alle dismissioni degli ospedali psichiatrici come previsto dalla legge. Per la verità, fino a questo momento le risposte al riguardo non mi sono sembrate sufficientemente chiare.

Dal momento che alcuni rappresentanti di forze politiche hanno messo in discussione la questione delle strutture private in Campania, sarebbe opportuno illustrare con estrema chiarezza quale sia stato il comportamento dei rappresentanti regionali.

Non sono invece d'accordo con l'onorevole Cossutta per quanto riguarda la questione dell'ospedale *Mater Domini* di Nocera Inferiore, perché la situazione è totalmente diversa. Voglio precisare infatti che anch'io ho fatto parte della delegazione che ha svolto l'indagine conoscitiva.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Nocera per la brevità del suo intervento.

ANTONIO SAIA. Vorrei sapere se, dopo l'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978, la clinica psichiatrica della regione Basilicata, di cui abbiamo parlato, sia stata autorizzata al TSO ed ai ricoveri di urgenza, come per esempio è accaduto nella regione Abruzzo.

PRESIDENTE. Invito i nostri ospiti a rispondere in modo sintetico ai quesiti posti dai commissari, perché ci attendono altri impegni parlamentari precedentemente assunti.

ROSANNA MUSCOLO, *Rappresentante della regione Calabria*. Desidero innanzitutto chiedere scusa dell'assenza dell'assessore regionale, che non può partecipare

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

(AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELLE REGIONI)

(n. 10)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 11 DICEMBRE 1996

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Audizione di rappresentanti delle regioni:

Bolognesi Marida, *Presidente* 205, 207, 210, 214, 216, 232

Polenta Paolo, *Presidente* .. 219, 220, 226, 227

Aimone Giovanna, *Rappresentante della regione Piemonte* 206

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 227

Banchero Anna, *Rappresentante della regione Liguria* 207, 214

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 224

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 216

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 223

(...)

quello della sua riqualificazione; in proposito concordo con le osservazioni dell'onorevole Lumia che propone di censire la situazione generale del personale. Più che la riqualificazione del personale, sarebbe preferibile rispettare le qualifiche professionali previste dal Servizio sanitario nazionale. Nell'utilizzazione ottimale delle risorse umane è anche questo l'aspetto che dovrebbe essere considerato. Nel caso in cui il personale dovesse essere utilizzato nei servizi territoriali, bisognerebbe prevedere incentivi economici, perché sappiamo, come è stato già osservato, che oggettivamente questi dipendenti subiscono una riduzione notevole del proprio stipendio.

Nell'attuale contesto di federalismo sanitario, l'ultima questione annosa riguarda le nuove competenze delle regioni, peraltro importantissime sulla programmazione della spesa e sulla politica sanitaria. Ritengo che da voi possano venire gli *input* per capire come vanno integrati, senza confusione e svilimento, il settore sociale, assistenziale e sanitario.

Mi risulta che nel bilancio del DSM una quota notevole non venga spesa per i servizi sanitari ma per pagare il trasferimento del personale da un territorio all'altro. Mi risulta altresì che nell'area in cui insiste l'ospedale psichiatrico non vi siano strutture edilizie, ma proprio in materia di edilizia abitativa la regione Lazio ha approvato una legge, quindi al riguardo vorrei qualche informazione dai nostri ospiti; mi chiedo in che modo i piani edilizi possano essere utilizzati nei progetti di dismissione.

Per quanto riguarda il rapporto pubblico-privato, non vorrei che con il pretesto dell'incapacità del servizio pubblico, che troppo spesso è diventata, soprattutto nel sud, povertà pubblica e ricchezza privata, poiché il servizio è stato formalmente pubblico ma sostanzialmente si è registrata l'occupazione di interessi privati, non si chiarisse neanche in questa fase il significato del rapporto e della competizione sana tra pubblico e privato. Quindi, nei criteri di accreditamento devono esserci assolutamente degli indicatori di qualità, gli stessi che chiediamo ad un servizio pubblico.

Come ben sapete, nella finanziaria abbiamo inserito un articolo sugli ospedali psichiatrici non certo con spirito sanzionatorio ma per utilizzare le risorse soprattutto per la prevenzione della malattia mentale. Credo che l'*input* che abbiamo dato per la chiusura degli ospedali psichiatrici significhi privilegiare oggi, soprattutto nella sanità, il tema della prevenzione della malattia psichiatrica, in quanto quest'ultima riguarda sempre più situazioni legate alla povertà, al disagio e all'esclusione, problemi attualissimi ai quali dobbiamo saper dare una risposta in termini moderni e civili.

ROCCO CACCAVARI. Anche stamattina, nel discutere con i rappresentanti delle regioni, traggo l'impressione della diversità delle diverse esperienze sul nostro territorio. Credo che l'occasione di questa indagine ci debba far pensare che tali differenze sono la prima ricchezza da cui partire. Ritengo che sia necessaria una maggiore conoscenza e una maggiore trasmissibilità delle informazioni anche superando alcune gelosie legittime, per esempio nel voler riconoscere al proprio lavoro una qualità diversa da quella dell'altro. Ciò lo dico perché mi è sembrato che anche questa mattina, forse come in altre occasioni, vi sia stata una eccessiva esaltazione di scelte che sono tutte al di sotto del dovuto. Questo lo dico prima a me stesso, in questo momento parlamentare *pro tempore*, perché non vorrei che commettessimo l'errore di pensare alla dimissione degli ospiti degli ospedali psichiatrici come alla risoluzione del problema stesso: probabilmente, si apre un altro problema nella nostra non totale disponibilità ad affrontarlo.

Prima di passare alle domande vorrei manifestarvi qualche impressione. La prima è che non sia stata abbondantemente sottolineata, anche se esiste, la resistenza sociale nell'accoglienza di queste persone nei tessuti urbani. Questa è una responsabilità collettiva nei riguardi della quale una promozione dell'educazione so-

ciale deve essere una delle prime istanze da porre. Credo, quindi, che anche l'utilizzo fondamentale del personale che ha già lavorato negli ospedali psichiatrici dovrebbe rappresentare la promozione di una cultura diversa, dove non vi è bisogno di lauree o di specializzazioni ma di una convivenza con la sofferenza mentale, soprattutto con la impossibile resa di fronte alla cronicità della malattia mentale stessa. Quindi, promuovere questa cultura, utilizzare queste risorse potrebbe essere un buon impegno nei riguardi non solo delle persone che usciranno dagli ospedali ma anche dell'emancipazione culturale del personale che dovrà occuparsene, il quale, dopo anni e anni di fatica, si vede dequalificato a custode di altre persone.

Credo che implichino responsabilità collettive le scelte conseguenti al tentativo di uscire dalla vecchia realtà manicomiale, come succede, purtroppo, in tutte le strutture sociali dove vi sono persone chiamate a rispondere di altre (il discorso vale per gli operatori penitenziari, per esempio, così come per gli infermieri degli ospedali psichiatrici). Ritengo che questo processo debba finalmente iniziare. Voglio però aggiungere che l'aiuto a queste persone deve essere dato da tutta la struttura che si interessa della malattia mentale, della sofferenza mentale. Mi sembra, invece, che il processo di dimissione dei pazienti dagli OP vada un po' per conto suo.

Ho sentito che è stata evidenziata l'opportunità di individuare progetti anche a dimensione delle persone. È molto importante, a mio avviso, che essi siano a dimensione di chi deve attuarli, perché non si può immaginare che il progetto sulla persona possa essere il risultato di una mediazione tra l'impossibile guarigione e la nostra volontà di guarire. Vi è una necessità oggettiva, quella del rapporto tra le diverse culture che si vanno ad incontrare. Probabilmente, nessuno di noi ha mai vissuto all'interno di un manicomio, ma se è vero che non sempre l'esperienza diretta deve servire da guida, è anche vero che l'esperienza che non deriva da una conoscenza diretta deve lasciare lo spazio ad una osservazione più attenta di tutti i processi che bisogna avviare. Quindi, rispetto profondamente le esigenze espresse, da quelle finanziarie a quelle organizzative, ma vorrei che si attivasse tutto il mondo che lavora nella psichiatria – compreso il settore del volontariato, che è stato opportunamente richiamato – per avviare un progetto che, rispetto alla data del 31 dicembre 1996, significhi non solo la dimissione delle persone ancora nei manicomi ma anche il nostro modo di affrontare il problema, perché sappiamo che vi sono circostanze in cui queste persone non possono essere collocate in nessun'altra realtà.

Certo, mi rendo conto dei problemi finanziari dei comuni, ma consentitemi di dire che non esiste solo una residenza anagrafica ma anche una residenza morale, per così dire. Per 20 mila o 22 mila persone alle quali si deve un risarcimento sociale, non per responsabilità diretta ma come condizionamento culturale, non possiamo entrare troppo nello specifico: facciamo un investimento a perdere, ne guadagneremo in socialità e in cultura. Mi permetto di dirlo perché credo che con questa audizione chiudiamo un processo di conoscenza che è servito moltissimo anche a noi, anche per capire che, molto spesso, i rapporti tra le istituzioni – in questo caso il Parlamento – e la realtà passa attraverso « mediazioni » interessate. Purtroppo, l'orientamento verso una visione solo economica dei problemi ci fa dimenticare la sostanza delle cose che si vanno a fare.

Vorrei però rivolgere un ringraziamento a quanti, ad ogni livello, si stanno interessando del problema, perché il fatto che vi sia molto ritardo ci fa pensare che una conclusione è invece possibile prevederla. Quindi, vorrei concludere rivolgendo a voi e a me un augurio di buon lavoro, nella speranza che la scadenza del 31 dicembre rappresenti non solo la fine di una disavventura sociale ma anche l'allargamento di una cultura che ampli l'accoglienza, perché vi sono una nuova cronicità, nuovi utenti, nuove forme di sofferenza mentale, alcune mediate chimicamente, come le tossicodipendenze, altre di

natura sociale, nonché problemi di patologia mentale etnica e altro ancora. Forse, per prepararci a un futuro meno degradato di quello che abbiamo dovuto vivere, è bene cominciare a fare i conti con quello che è possibile e, senza pensare a soluzioni miracolistiche, cercare la soluzione più opportuna per le persone che devono uscire da questi luoghi.

GIUSEPPE LUMIA. Poiché mi dispiace constatare che non sono presenti i rappresentanti delle regioni Sicilia e Sardegna – mi auguro che ciò sia dovuto a difficoltà oggettive, non ad un disinteresse che sarebbe oltremodo grave –, vorrei sapere, signor presidente, se siano state giustificate le ragioni di questa assenza.

CARMELO PORCU. Mi associo anch'io al rilievo dell'onorevole Lumia, in quanto anche a me dispiace constatare l'assenza del rappresentante della regione Sardegna.

PRESIDENTE. Al momento, non ho notizie.

Do la parola ai rappresentanti delle regioni per la replica.

GIUSEPPE D'ERRICO, *Rappresentante della regione Veneto*. L'onorevole Scantamburlo ha evidenziato che negli anni passati alcune delle persone dimesse sono state accolte in case di riposo, a volte più decine nella stessa struttura. Non escludo che ciò possa essere avvenuto ma si è trattato di una soluzione assai impropria. Intendo dire che il paziente psichiatrico, giovane o anziano che sia, deve essere trattato come tale, con interventi personalizzati, nelle strutture proprie territoriali (se affetto da acuzie, per esempio, dovrà essere ricoverato in ospedale). Evidentemente, nell'ambito della malattia psichiatrica si fanno rientrare anche altri tipi di patologie, quali quelle legate all'Alzheimer, all'arteriosclerosi, eccetera, che di psichiatrico non hanno nulla. Esistono peraltro problemi che di psichiatrico non hanno nulla perché vi è la tendenza ad accogliere nelle case di riposo l'ospite per così dire comodo, quello che disturba meno.

È stata anche sottolineata l'opportunità di prestare maggiore attenzione alla situazione delle RSA, affinché non si ripropongano i problemi del passato in strutture che presentano due caratteristiche: di essere destinate ad anziani e di prestare ospitalità per un arco limitato di tempo (circa 6-9 mesi), in relazione ad un certo tipo di patologia. Questo significa che l'accoglimento del paziente non avviene e non può avvenire neanche in futuro *ad libitum*.

La nuova sanità ed il riordino del Servizio sanitario nazionale poggiano su tre pilastri: l'ospedale, il distretto socio-sanitario ed il dipartimento di prevenzione. Nell'ambito di quella che sarà la rete dei servizi sul territorio nei confronti di anziani, disabili ed altre categorie di pazienti, si va dalla soluzione residenziale per 24 ore a quella semiresidenziale in relazione ai vari livelli di prestazione e di assistenza previsti dal piano sanitario nazionale e riproposti in quello regionale. In tale quadro dovrebbero escludersi fenomeni di promiscuità e di accoglimento generalizzato.

Per quanto riguarda le 45 mila lire di retta, è necessario innanzitutto un chiarimento normativo della posizione dei comuni di residenza e di domicilio di soccorso, perché tutto il problema dell'assistenza sociale non è stato mai affrontato ma sempre rinviato. Basti pensare che ci si richiama ancora alla cosiddetta legge Crispi del 1890; già la data fa temere che qualcosa non vada e che quella normativa sia ormai anacronistica. Ricordo peraltro che i destinatari di quella legge a suo tempo erano i non abbienti e le IPAB. Nel 1947 è stata poi approvata la Costituzione italiana il cui articolo 38 prevede determinati obblighi; successivamente sono stati emanati il provvedimento n. 616 del 1977 e la legge n. 142 del 1990 che non è stata esplorata nelle sue potenzialità ed applicata in pieno.

A mio avviso bisogna insistere sul concetto che l'individuo ospitato paghi una retta, ma che in presenza di una situazione di bisogno conclamato, qualora l'articolo 433 del codice civile non possa essere applicato, subentri il comune. A que-

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

(AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ROSY BINDI)

(n. 11)

SEDUTA DI MARTEDÌ 17 DICEMBRE 1996

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Audizione del ministro della sanità, Rosy Bindi:

Bolognesi Marida, *Presidente* 235, 238, 243, 252, 254, 257

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 251

Bindi Rosy, *Ministro della sanità* 235, 254, 256, 257

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 249, 251, 252

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 247

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 254, 257

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 255, 257

(...)

mio avviso è invece importante, signor ministro, decentrare l'Osservatorio. Infatti, abbiamo visto che i dati fornitici dal ministero spesso non erano congrui rispetto a quelli delle ricerche portate avanti dagli istituti. Capisco che si tratta di un discorso difficile, perché gli ospiti di un residuo manicomiale, per esempio, vengono definiti tali in quanto continuano a vivervi, ma non sono malati (tant'è che non sono registrati né hanno una cartella clinica). I dati su queste persone, quindi, sfuggono senz'altro al ministero; invece, un osservatorio decentrato seriamente sul territorio potrebbe forse fornirci dati più significativi al riguardo.

Quello dei farmaci è un grosso problema. Non ne ho una visione unilaterale bensì una visione estremamente integrata e ritengo che i farmaci servano, onorevole Lumia: meno male che li abbiamo! Peccato, soprattutto nell'ottica dell'assistenza domiciliare, che molti non siano nel prontuario, perché le benzodiazepine i nostri malati le prendono, non ci sono santi! È vero, come diceva il collega Saia, che rispetto a questa assunzione vi sono tanti problemi, ma per uno psicotico schizofrenico delirante quali problemi vogliamo sollevare? Ricordo che quando la psichiatria dipendeva dalla provincia noi dispensavamo gli psicofarmaci, che venivano acquistati dalla provincia; oggi questa possibilità non esiste più e ci sono costi aggiuntivi che bisognerà, in qualche maniera, cercare di affrontare.

L'ultimo tema che desidero toccare è quello relativo al regolamento del dipartimento, cui ha fatto riferimento il ministro. In realtà vorrei capire meglio di cosa si tratti, ad esempio se soltanto dell'applicazione di quanto già disponeva il progetto-obiettivo, quindi di stabilire esattamente cosa sia il dipartimento in riferimento alle strutture, al personale e via dicendo; oppure — e se non è così lo propongo io — se stiamo facendo un altro fondamentale passo in avanti, nel senso di regolamentare — cosa che in questi venti anni non è stata fatta — la legge n. 180, che di un regolamento ha bisogno. Non voglio sconvolgere questa legge, pur ritenendo che molte cose vadano riviste essendo ormai essa molto vecchia, ma se è possibile dare un regolamento al dipartimento forse è anche possibile applicare la legge attraverso un regolamento comune a tutti i dipartimenti d'Italia. Faccio un esempio: chi opera il trattamento sanitario obbligatorio? Nei servizi non solo di una stessa regione ma, a volte, addirittura di una stessa città il TSO è fatto dalle figure più diverse: qualche volta, per fortuna, dagli infermieri, ma molto spesso da vigili urbani, polizia o carabinieri. Non si capisce nulla perché la legge non dà indicazioni, dunque bisogna provvedere in tal senso. Prendiamo poi il caso dell'accertamento sanitario obbligatorio, di cui la legge non parla ma che io ho sempre fatto, cioè andare a visitare il paziente a casa per verificare se debba obbligatoriamente essere curato: la legge non lo prevede, ripeto, ma credo sia una cosa da fare. Così come, quando è possibile, è una cosa da fare la terapia obbligatoria a domicilio del malato: non è regolamentato dalla legge e se il ministro intende inserire questo punto nel regolamento del dipartimento credo che ciò costituisca un passo in avanti; se non è così, proporrei di cominciare a pensarci.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei cominciare con una riflessione. Da quando abbiamo iniziato a discutere dei vari problemi, i numeri delle presenze negli ospedali psichiatrici sono cambiati, poiché centinaia di persone sono morte.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PAOLO POLENTA

ROCCO CACCAVARI. Questo perché l'anagrafe, le malattie, le condizioni di vita in certe realtà cancellano tutta la nostra progettualità, perché la vita finisce. Vuol dire, allora, che il lunghissimo tempo della sofferenza passato in manicomio è durato di più della pur sempre breve durata di una vita. Dico questo non per drammatizzare le situazioni ma per tener conto del fatto che quando si affrontano questi problemi bisogna sempre tener conto del rispetto della individualità della persona,

anche perché molto spesso, sia pur attraverso una legislazione avanzata, corriamo il rischio di appropriarci della vita degli altri, con atteggiamenti molto spesso legati ad opportunità socio-economiche delle quali non assumiamo fino in fondo la responsabilità.

Ciò premesso, voglio entrare negli argomenti specifici che sono stati trattati osservando che il dato più rilevante che mi è sembrato di cogliere da tutte le audizioni svolte è stato quello della insoddisfazione rispetto al modo in cui la programmazione degli interventi psichiatrici è stata condotta fino ad oggi e della indicazione di buone proposte per cambiarla ma – devo rilevarlo – con scarsa presenza di progetti reali. Quando, ad esempio, facendo riferimento alle strutture usiamo dizioni come « comunità, casa-famiglia, centro diurno, centro di accoglienza » non teniamo conto di tutte le considerazioni che vanno fatte perché queste strutture abbiano non solo i finanziamenti per essere create ma la cultura di sostegno necessaria perché possano andare avanti. Credo che dobbiamo veramente cominciare a pensare che nel rapporto tra la società in generale e le diversità, di qualsiasi tipo siano, si debbano inserire elementi di una nuova cultura, con la quale bisogna fare i conti perché è proprio questa che garantirà il successo di tutte le operazioni che abbiamo previsto.

La tranquillità con la quale si parla di superare i cosiddetti residui manicomiali non corrisponde affatto alla tranquillità che ci vorrebbe per programmare, ad esempio, il rapporto con la nuova utenza e con il modo in cui questa inciderà sul modello sociale in generale, proprio perché fortunatamente vogliamo eliminare le strutture di segregazione, di custodia. Il manicomio, infatti, ha la funzione di eliminare il problema dell'occhio degli altri e poi, forse, dove è possibile – ma sempre meno – di organizzare un programma di cura.

Chiedo al ministro che si insista affinché anche a livello di addetti ai lavori, sia sotto il profilo amministrativo sia sotto quello tecnico, ci si ponga di fronte al problema con la volontà di mediare tra una cultura della negazione ed una cultura dell'accettazione della sua reale portata. Mi occupo di questi temi da trent'anni e non posso tollerare che si dica che non esistono pazienti pericolosi: ci sono. Non posso tollerare che si dica che non è possibile usare certi farmaci: bisogna usarli, perché non c'è alternativa. Non è pensabile che nella situazione nella quale ci troviamo tutto possa essere presentato in maniera edulcorata, per renderlo accettabile ad una opinione pubblica che, nella gran parte, è indifferente al problema stesso. Potrei fare molti esempi a questo riguardo, ma lo evito perché so che i colleghi sono informati e queste audizioni hanno ancor più arricchito le nostre conoscenze.

Dunque, se non si lavora su questo livello, saranno vanificati tutti gli sforzi compiuti per dare alla psichiatria la dignità di problema sociale e non sanitario, poiché è l'unica branca della medicina che ha bisogno di molte scienze, è plurispecialistica. Sono d'accordo con chi ritiene necessaria la presenza di psicologi e sociologi, cioè di figure che hanno ruoli diversi nel perseguire la difesa della salute fisica e psichica della società, e ritengo che questo sia non un arricchimento ma il minimo da organizzare per affrontare problemi di tale natura. E va anche detto che sotto questo profilo le conoscenze tecniche sono arretrate; la ricetta alla quale cerco sempre di fare riferimento è proprio la volontà di arricchire le conoscenze con l'attualità che i problemi stessi impongono. Oggi la sofferenza mentale non rientra più nella tradizione della casistica riconosciuta sui testi ufficiali. Abbiamo quindi bisogno di procedere all'aggiornamento di tutto il personale che si appresta ad affrontare questi problemi, nonché di comprendere se il modello di accoglienza nei confronti della malattia mentale moderna sia lo stesso che tradizionalmente si pensava potesse soddisfare la persona con sofferenza mentale. Credo che oggi – lo dico come paradosso – per chi ha maturato la sua malattia nel caos di una città sia preferibile l'inserimento in una struttura urbana piuttosto che l'idilliaca quiete della cam-

pagna, che può aggravare il suo stato di depressione. Cito questo come esempio, in quanto dobbiamo approfondire gli studi e le conoscenze al fine di disporre di strumenti sempre migliori per sottrarre alla tradizione convincimenti che nel tempo si sono rivelati errati: i manicomi, infatti, sono anche il risultato di un'azione sociale che tendeva a tutelare le persone, ma poi sono diventati quel vero e proprio disastro che si sono rivelati.

GIACOMO BAIAMONTE. Per volontà dell'uomo.

ROCCO CACCAVARI. Non vorrei che ci trovassimo nella condizione di dover ripetere, tra qualche anno, lo stesso discorso per le case-famiglia, le comunità e le altre strutture. Anche se non credo che siamo in grado di avere un pensiero perfetto, ritengo che il nostro pensiero debba essere almeno capace di liberarsi dal retaggio del passato.

Vorrei allora dire al ministro che, per esempio, la collocazione dei farmaci in fascia C1 è sicuramente un passo importante anche in vista del riconoscimento di tutta l'attività svolta fino ad oggi dalla psichiatria, che ha utilizzato quei farmaci; occorre però sottolineare che il farmaco è indispensabile ma non è il solo strumento: quindi, la facilità di accesso non deve essere utilizzata per incentivarne l'abuso. È molto triste, infatti, riparare da una parte e danneggiare dall'altra. I colleghi sanno che qualunque farmaco il quale abbia un'attività psichica diventa droga con meccanismi molto semplici: è sufficiente aumentare la dose, cambiare la via di somministrazione o il numero delle frequenze, o fare tutte e tre le cose insieme, perché anche il miglior farmaco diventi subito una droga.

Ritengo pertanto che un controllo sul farmaco debba essere effettuato anche attraverso una responsabilizzazione profonda, quindi mediante un'educazione ed un aggiornamento continui, di chi prescrive. Con questo non intendo dire che i colleghi psichiatri non sanno usare i farmaci (in realtà sanno farlo), ma molto spesso, come accade in tutte le attività umane, si rischia di abusare dello strumento più efficace, perché non ve ne sono altri. Allora, è proprio vero quanto veniva ricordato, ossia che in alcune realtà psichiatriche (case di cura private ed anche strutture pubbliche), il farmaco, essendo l'unico strumento, è una via di aggressione nei confronti della persona, non una terapia per quel tipo di sofferenza, e l'inibizione completa dell'espressività di queste persone diventa alla fine un dato negativo e non il risultato di un intervento terapeutico.

Intendo anche ricordare, signor ministro, che la malattia psichiatrica non è una prerogativa connotata sempre e comunque da povertà, miseria e così via; esiste anche un mondo che gode di altri benefici ma risente di tale sofferenza, ed è questo mondo che ricorre ad un privato davvero selvaggio, in cui molto spesso le promesse di miracoli contrastano con un peggioramento continuo della malattia.

Una disponibilità del pubblico a migliorare sotto tutti gli aspetti la propria capacità di proposta e di accoglienza tramite le strutture potrebbe incrementare la quantità dei malati che vi fanno ricorso, migliorando naturalmente anche la qualità dell'intervento. Dobbiamo infatti smettere di pensare ai centri di igiene mentale come luoghi cui si rivolgono soltanto drogati e alcolizzati o coloro che non possono pagare le cure private. Conosco colleghi che dignitosamente ricostruiscono la personalità di questi pazienti, molto spesso attraverso una fatica non riconosciuta, in quanto la presenza delle diversità non è ancora profondamente legata alla cultura, anche di chi amministra.

Nessuno di noi si illudeva certamente che il 31 dicembre tutto cambiasse, ma devo cogliere (questo è per me un elemento di amarezza in questa audizione) una insoddisfazione per quanto si è fatto in precedenza, forse perché si ha la percezione di non aver dato una risposta a tutti. Con l'espressione « tutti » mi riferisco ai pazienti, alle famiglie, alla società in generale.

Come dicevo in precedenza, è necessario ammettere alcune cose per poterle approfondire e conoscere: dobbiamo ammettere che vi sono famiglie le quali non ce la fanno e non possiamo imporre un'esperienza psichiatrica a persone che cercano soltanto di attivare i propri sentimenti per affrontarla; non possiamo indurre le persone a gestire una sofferenza dirompente come quella legata alla malattia psichica solo perché esiste un legame affettivo o di parentela. In questo modo, infatti, si rovina più di una persona, mentre sarebbe molto importante che nel trattamento domiciliare quella valenza affettiva, quell'essenza del convivere, insieme ad altri interventi, desse come risultato la possibilità di ridurre il ricorso ai farmaci e di avere maggiori aspettative.

Avanzo quindi al ministro una richiesta (non so come, perché non ho un'idea): con riferimento a tutte le altre situazioni in cui la persona è coinvolta nella sua interezza (penso alla droga, ma anche all'infanzia di cui si parlava in precedenza e a tanti altri aspetti), si fa pubblicità, si trasmettono *spot*, si tenta di educare la società alla comprensione e l'azione viene sempre dopo che si è capito. La mia richiesta è quella di trarre da questa situazione sociale, che coinvolge moltissime persone (un numero quasi indefinibile, in quanto mi riferisco non alle sfumature, ma all'evidenza della sofferenza mentale, che colpisce profondamente tutti gli strati sociali), un patrimonio comune di conoscenza, in modo che quando, per esempio, in un condominio arriva un gruppo, si sappia chi arriva: si tratta di persone che per una gran parte sono perfettamente sovrapponibili agli altri inquilini, perché questo è il modo di vivere, lo stile che ci siamo costruiti, anche con riferimento all'identificazione eccessiva di una sofferenza mentale da custodire sia pure in maniera diversa rispetto al passato o da tenere, come si diceva negli anni cinquanta, con la camicia di forza chimica rappresentata dagli psicofarmaci ovvero sotto il controllo di un'attività di custodia mascherata: se si tiene una porta chiusa senza camice, la situazione è uguale a quella in cui la si teneva chiusa con il camice.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIDA BOLOGNESI

ROCCO CACCAVARI. Occorre però comprendere che vi sono circostanze nelle quali la porta va chiusa. Credo che su questo superamento dell'ideologia (si chiama ideologia, ma in fondo è la paura di una realtà non profondamente conosciuta), si possa costruire un'azione nuova e diversa.

Quanto ad una preoccupazione di fondo che veniva richiamata, è stata proprio l'occasione della chiusura di un passato di sofferenza a farci aprire gli occhi sulla nuova sofferenza; si è parlato dell'età evolutiva e quant'altro, ed è importantissimo che questo venga ricordato, perché siamo in presenza di un processo senza fine: la possibilità dell'insorgere della malattia mentale non è legata, almeno in base alle nostre attuali conoscenze, a qualcosa che arriva dall'esterno, ma è sempre qualcosa che dall'interno si manifesta all'esterno in una certa maniera. Allora, se l'esterno funziona, almeno quella parte dell'insulto alla mente può essere evitata *(Applausi)*.

PRESIDENTE. Poiché abbiamo all'ordine del giorno la discussione di due risoluzioni ed il ministro ha anche un altro impegno, valuteremo se sarà possibile concludere la trattazione degli argomenti all'ordine del giorno; in caso contrario, se ne dovrà rinviare qualcuno.

SALVATORE GIACALONE. Dopo le riflessioni svolte, è difficile aggiungere valore a quanto è stato detto, ma non mi sottrarrò al compito di dare ancora un piccolo contributo alla riflessione.

Comincerò con l'affrontare il problema dei farmaci, con particolare riferimento alla lamentata esclusione dalla fascia A di alcune classi di farmaci. Al riguardo vorrei precisare che le famiglie di farmaci le quali incidono modificando la storia naturale della malattia (gli antipsicotici, gli antidepressivi e gli antimaniacali), sono ri-

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 9)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 GENNAIO 1997

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LA SOLIDARIETÀ SOCIALE, LIVIA TURCO, SULLA PREDISPOSIZIONE DEL PRIMO PIANO NAZIONALE D'AZIONE PER L'INFANZIA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione del ministro per la solidarietà sociale, Livia Turco, sulla predisposizione del primo piano nazionale d'azione per l'infanzia:

Bolognesi Marida, *Presidente* 199

Polenta Paolo, *Presidente* 106, 208

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 207

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 204

PAG.

Giacco Luigi (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 205, 207

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 202, 203

Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 199, 206, 207, 208

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 199, 200

luppare un'idea, giusta, di riforma della sanità ed un'idea, giusta, di riforma dei servizi che siano, però, poste su binari che ogni tanto possono incrociarsi ma senza una reale integrazione.

Per quanto riguarda gli interventi, che condivido tutti, mi limito a sottolineare che la legge n. 216 del 1991 è uno strumento – concordo con lei – che ha avviato una fase interessante: ha tanti limiti ma penso debba essere sviluppata e migliorata per consentire un intervento ancora maggiore. Infatti, tra i tanti problemi che oggi abbiamo e che calpestano la condizione dell'infanzia emerge subito la questione criminale, realtà che dà immediatamente risposta perversa al vuoto che spesso notiamo esistere nella nostra società, dal livello familiare a quello istituzionale. Questo vuoto non dobbiamo farlo riempire dalla criminalità, che ha modelli culturali, risorse e, spesso, capacità, seppur nefasta, di integrazione ma dobbiamo, invece, fare in modo che sia colmato con altri strumenti. Da questo punto di vista, se fosse migliorata e potenziata la legge n. 216 per la prevenzione del coinvolgimento dei minori nelle attività criminali potrebbe costituire un utile strumento.

Passo, così, alla questione del lavoro. Dobbiamo evitare che la giusta esigenza, che condivido in pieno, di affrontare un rapporto con il lavoro che sia più moderno e flessibile scarichi sull'infanzia alcune contraddizioni che nel rapporto lavoro-adulti non sappiamo o non vogliamo sciogliere.

Da questo punto di vista dovremmo svolgere un'azione efficace e moderna innanzitutto nel nostro paese (e lei del resto, ministro, lo prevede). È necessario inoltre (e anche al riguardo sono d'accordo con la collega Valpiana) che il Governo si impegni anche a livello internazionale (del resto lei ha già avviato alcune iniziative su questo piano) per individuare tutti gli interventi opportuni anche ai fini, ad esempio, del controllo nella fase della lavorazione dei vari prodotti per accertare se sia stato utilizzato o meno lavoro minorile, in modo che anche al riguardo si possano fare concreti passi in avanti.

ROCCO CACCAVARI. Sento la necessità di compiere uno sforzo per ritornare ad un'infanzia ormai troppo lontana per riconoscere che il valore del vivere in quella età meravigliosa è soprattutto il riverbero della vita che sta attorno. Non bisogna dimenticare lo spazio della fantasia e della creatività: nei confronti di queste funzioni della mente del bambino credo vadano rispettate regole rigide ma nello stesso tempo indefinibili.

Il primo atto da compiere volendo pensare ad un piano così congegnato è quello di capire qual è la relazione da creare attorno al bambino. E tutto ciò non può prescindere dalle figure genitoriali, che possono essere tali per consanguineità ma anche per istituzione, per organizzazione democratica della convivenza civile. Un piano così ambizioso non può prescindere dagli elementi di felicità che intorno all'infanzia possono essere presenti. Questi elementi di felicità possono essere prodotti, offerti ed elaborati da chi in qualche modo conosce cosa sia la felicità. Se noi partiamo da un programma in cui l'infanzia riveste una posizione centrale, dobbiamo pensare che chi si occupa dell'infanzia deve avere la vocazione a condividere l'esperienza infantile. Purtroppo non sempre è possibile fare in modo che ai bambini siano assicurate le condizioni che noi riteniamo auspicabili. Dobbiamo partire dalle condizioni possibili. Ecco perché mi trovo perfettamente d'accordo sull'esigenza di approfondire notevolmente le linee guida del piano (e su queste mi soffermerò).

La conoscenza dell'infanzia e dei meccanismi che sottostanno alla relazione istintuale con una persona che cresce deve essere prevista, a mio avviso, come parte integrante della formazione delle figure genitoriali. La comunicazione tra l'infanzia e gli adulti che le stanno attorno rappresenta il canale di verifica delle linee guida di cui ci occupiamo. Lo sviluppo della conoscenza dell'infanzia deve quindi partire non dal dato che ci viene segnalato, cioè dalle difficili condizioni di vita dei bambini, ma dagli elementi profondi che nel corso di quell'età maturano progressiva-

mente fino a formare la personalità dell'individuo che sta crescendo. Le figure genitoriali, dai genitori agli insegnanti alle persone che in qualche modo si trovano ad organizzare momenti della vita dei bambini e delle bambine, sono dunque un elemento essenziale che si deve necessariamente prendere in considerazione per potersi occupare dell'infanzia. Figure professionali coinvolte nell'educazione dei bambini molto spesso arrivano a svolgere il loro compito senza avere un'adeguata formazione, senza avere una conoscenza reale di cosa sia un cervello in sviluppo, un cervello in fase di apprendimento. A volte si ignora che la fase di maggiore apprendimento e di riserva di conoscenza per i bambini è quella che va fino ai tre anni; si apprende al massimo fino a quell'età e poi si apprende sempre meno. L'educatore o comunque il soggetto che riveste la figura genitoriale deve avere quindi acquisito e collaudato un patrimonio di conoscenza rispetto al tipo di relazione che dovrà stabilire con il bambino.

Un elemento molto importante, che segna profondamente la vita infantile, è l'ambiente sociale. Il bambino che vive in condizioni di povertà ha un'esperienza completamente diversa, già nella prima infanzia, da quella di un bambino o di una bambina che vivono in condizioni di agiatezza. Occorre tentare di rimediare a queste differenze. La necessità di individuare opportunità, risorse e servizi giustamente equilibrati tra il nord e il sud sono una premessa per una cultura che deve cambiare, tenendo presente che le condizioni fortunate dal punto di vista economico a volte non si accompagnano a condizioni fortunate dal punto di vista educativo.

Per realizzare quanto il piano nazionale d'azione per l'infanzia si propone, cioè restituire all'infanzia la propria dimensione tutelandola dagli insulti sociali della criminalità, del lavoro nero o, peggio ancora, dello sfruttamento sessuale, occorre coinvolgere coloro che si assumono le responsabilità dell'educazione dei bambini. Quindi è vero quanto veniva detto prima, cioè che la politica esalta la propria qualità anche attraverso simili scelte, ma è anche vero che la società deve agire indipendentemente dalla politica. Occorre sviluppare una cultura che valorizzi l'infanzia come elemento di continuità, come elemento genuino in modo che, migliorandone le condizioni, si possa poi garantire una migliore qualità di vita nel futuro.

Avremo sicuramente altre occasioni per approfondire questi aspetti estremamente affascinanti. Siamo chiamati a costruire un futuro per l'infanzia sulla base delle conoscenze che abbiamo e tentando di recuperare la creatività tipica dell'infanzia stessa. Nel momento in cui andiamo a definire i diritti, sui quali molto si è insistito nei precedenti interventi, non dobbiamo dimenticare che quello dell'infanzia è un diritto naturale, che non può essere costruito artificialmente. Il rispetto della naturalità della vita è allora un obbligo essenziale della società nelle sue diverse manifestazioni, dalla cosiddetta solidarietà fino alle espressioni sociali più avanzate quali quelle, per esempio, della politica. È come un ricominciare a vivere, come un ripassare la propria infanzia.

LUIGI GIACCO. Vorrei fare solo una considerazione rispetto a quello che hanno detto i colleghi Lumia e Caccavari. Partendo proprio dal presupposto che tutte le teorie neurofisiologiche, psicologiche e pedagogiche mettono in rilievo l'estrema importanza dei primi anni di vita per lo sviluppo globale della personalità, a maggior ragione questo discorso andrebbe fatto nei confronti dei disabili e degli handicappati. È allora chiaro che nelle linee guida di cui abbiamo discusso in questa Commissione a proposito della legge n. 104 del 1992, un'attenzione particolare dovrebbe essere posta alla necessità di un intervento precoce nei confronti dei disabili. Cosa significa ciò in termini reali? Mi riferisco ad accordi di programma sin dalla fase dell'asilo nido, in modo che il bambino possa essere inserito in quelle strutture per avere possibilità di socializzazione e di integrazione, anche perché nell'asilo nido sicuramente il *gap* di differenziazione tra il bambino disabile e il bambino normale è estremamente inferiore. Occorre dunque

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA

SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135 (AIDS)

(AUDIZIONE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE DEL MINISTERO DELLA SANITÀ, NICOLA FALCITELLI, E DEL DIRIGENTE DELLA VIII DIVISIONE – CIPE, ANTONELLA MANNO)

(n. 1)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 16 GENNAIO 1997

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

	PAG.
Audizione del direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità, Nicola Falcitelli, e del dirigente della VIII divisione – CIPE, Antonella Manno:	
Bolognesi Marida, *Presidente*	2
Polenta Paolo, *Presidente*	5, 7, 8
Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo)	7
Falcitelli Nicola, *Direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità*	2, 6
Manno Antonella, *Dirigente della VIII divisione – CIPE*	6, 8
Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia)	7
Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	6

zione. Speriamo che con l'imminente conversione in legge del decreto-legge n. 583 si possa procedere.

Come ha ricordato il dottor Falcitelli, rimane una grossa fetta di investimenti non richiesti entro il 31 agosto 1996, quindi non attivabili. La parte più rilevante riguarda la regione siciliana. Sul perché al momento non mi sento di fare diagnosi o di esprimere considerazioni, anche se un approfondimento dovrà essere svolto. Peraltro, la regione siciliana non ha neanche potuto utilizzare una quota non irrilevante di finanziamenti riguardanti l'articolo 20, in quanto non ha potuto condurre a termine in tempo utile l'approvazione dei progetti esecutivi da parte dei competenti organi regionali. Lo stesso è avvenuto per quanto riguarda i progetti della legge n. 135.

Anche per l'ospedale Cotugno di Napoli, per il quale era stata preordinata, dalla delibera del CIPE del 21 dicembre, la somma di 106 miliardi, la regione Campania non è riuscita a completare l'iter di progettazione, trattandosi di un'opera di un certo peso.

Sono queste le cose principali che mi sento di dire in questo momento su una gestione che, per quanto riguarda il Ministero del bilancio e della programmazione economica, è di tipo amministrativo e finanziario, quindi non di tipo strettamente sanitario, rispetto all'attuazione della legge n. 135.

Credo che la documentazione del dottor Falcitelli sia onnicomprensiva ed esaustiva; posso comunque consegnare alla Commissione anche l'elenco delle opere approvate fino all'ultima riunione del CIPE, del 27 novembre; preciso che in tale elenco sono stati indicati soltanto i mutui attivabili a carico dello Stato, in quanto una quota delle risorse era già in possesso delle regioni per ogni singolo intervento. Una elaborazione più completa ci avrebbe richiesto maggior tempo, per cui non ci è stato possibile attuarla a causa anche del breve preavviso con cui questa audizione ci è stata preannunciata. Se vi sarà un seguito, potremo, anche sulla base delle eventuali richieste formulate, elaborare dati più esaustivi.

PRESIDENTE. Tenuto conto che possiamo proseguire nei nostri lavori fino alle ore 14, darei la parola ai colleghi solo se intendano porre brevi richieste di chiarimenti, in quanto ritengo opportuno rinviare il seguito dell'audizione ad un'altra seduta.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Sono favorevole all'ipotesi di rinvio, perché la relazione del dottor Falcitelli induce a molte riflessioni ed una lettura più attenta ci permetterebbe senz'altro di sviluppare un discorso più articolato. Mi permetto comunque di chiedere un piccolo sacrificio ai nostri ospiti: al di là delle dichiarazioni ufficiali, potete esprimere un vostro parere a proposito del non accesso ai mutui da parte di certe regioni? Ciò è dovuto solo ad un fatto burocratico o a carenze di elaborazione delle regioni? In Sardegna, la regione da cui provengo, spesso ci si lamenta dei grossi impedimenti burocratici che impediscono l'accesso a questi mutui. Non riesco quindi a capire se l'ostacolo sia nell'incapacità della regione o se sia invece il ministero a creare problemi.

ROCCO CACCAVARI. Ritengo anch'io che la relazione del dottor Falcitelli meriti una discussione più approfondita, perché sei anni sono abbastanza lunghi e mi sembra che alcuni impedimenti abbiano avuto ragioni gestionali anche politiche; infatti, molti appalti, che in alcune regioni erano già stati attuati, risultano poi ritirati o rivisti. Mi pare, quindi, che vi siano ragioni di una certa importanza che, forse, dovremmo conoscere meglio.

Vorrei soltanto porre una domanda, eventualmente anche per poterla affrontare in un momento successivo: cosa bisogna fare per recuperare tutti questi ritardi che rendono drammatica la situazione? Perché molte regioni – questa volta appartenenti a tutte le latitudini – sembrano non interessarsi al finanziamento di provvedimenti, sia strutturali sia di intervento diretto sulle persone, relativi

ad una situazione così drammatica e pesante, qual è quella attinente all'AIDS?

Perché l'indagine abbia un prosieguo e riceva l'approfondimento sempre responsabilmente seguito da parte di questa Commissione, credo che anche in questa occasione, come in tutte quelle in cui incontriamo dei consulenti, sia necessaria un'interpretazione della realtà. I dati sono infatti importanti ma lasciano trasparire negligenze – per usare un eufemismo – ed atteggiamenti gestionali che destano viva preoccupazione e non lasciano ben sperare per il futuro.

PRESIDENTE. Poiché mi sembra che l'orientamento sia quello di aggiornare i nostri lavori, credo che anche a queste domande i nostri ospiti possano rispondere nel corso della prossima seduta.

ANTONELLA MANNO, *Dirigente della VIII divisione – CIPE*. Se mi è consentito, vorrei rispondere brevemente alla domanda dell'onorevole Massidda.

PRESIDENTE. Prego, dottoressa Manno.

ANTONELLA MANNO, *Dirigente della VIII divisione – CIPE*. Non ricordo esattamente la data, ma la regione Sardegna, per quanto riguarda sia l'articolo 20 della legge n. 67 sia gli interventi della legge n. 135, tra la fine di luglio e gli inizi di agosto ha presentato in blocco il proprio programma, il quale è stato finanziato nella prima seduta utile del CIPE, quella del 9 ottobre. Dal punto di vista dell'amministrazione centrale, è stato fatto il possibile esaurire quanto prima tutte le richieste presentate in tempo utile. L'amministrazione centrale ha messo a disposizione le risorse appena possibile, dopo aver chiarito le inevitabili problematiche conseguenti alla presentazione di progetti tanto numerosi in un arco di tempo così breve.

Per quanto riguarda le altre richieste e valutazioni, credo anch'io che sia meglio esprimere un'opinione in seguito.

PRESIDENTE. Scusandomi ancora con il dottor Falcitelli e con la dottoressa Manno per la lunga attesa, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 13.10.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la stampa dal Servizio Stenografia alle 18.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

Stampato su carta riciclata ecologica

STC13-12IN-1
Lire 500

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 10)

SEDUTA DI MARTEDÌ 4 FEBBRAIO 1997

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, GUIDO BOLAFFI E GIANCARLO LOBIANCO, SUI CRITERI DI FINANZIAMENTO DEI PROGETTI DI PREVENZIONE E CURA DELLA TOSSICODIPENDENZA

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDI

DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Audizione dei direttori generali della Presidenza del Consiglio dei ministri, Guido Bolaffi e Giancarlo Lobianco, sui criteri di finanziamento dei progetti di prevenzione e cura delle tossicodipendenze:

Bolognesi Marida, *Presidente* 217, 218

Paolo Polenta, *Presidente* 211

Bolaffi Guido, *Direttore generale – capo del dipartimento affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri* 211, 215, 218

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 215

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 214

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 214, 216

PAG.

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 211 213, 215

Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale) 217, 218

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) .. 217, 218

Lobianco Giancarlo, *Direttore generale – coordinatore dell'ufficio IV del dipartimento affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri* 212, 213, 216

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD-CDU) 215

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 214

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 211

(...)

GIUSEPPE DEL BARONE. Per quanto riguarda l'assunzione del metadone nello studio del medico di medicina generale, vorrei sapere se ciò sia stato concordato con le organizzazioni sindacali, perché, senza voler ipertrofizzare la funzione del medico in questione, mi chiedo, ai fini dell'assistenza e del significato corale di questa figura, che rappresenta la centralità del servizio nazionale, fino a che punto sia valido, senza correre rischi, spostare in un ambulatorio dei tossicodipendenti. Pongo questa domanda perché non mi sembra che ciò sia previsto nella convenzione dei medici di medicina generale recentemente firmata. Premetto subito che io, che ho qualche responsabilità in campo sindacale, per principio sarei nettamente contrario (lo dichiaro ufficialmente, così non mi pongo remore sull'argomento), considerato che nella convenzione non c'è una previsione specifica al riguardo. Credo, comunque, che alcuni punti debbano essere trattati, perchè non mi sembra che spostare di punto in bianco soggetti tossicodipendenti in un ambulatorio, dove si esercita la medicina nel significato letterale del termine, possa essere valido per l'ambulatorio stesso e per l'attività del medico di base.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Mi limiterò a rivolgere una domanda molto semplice dal punto di vista semantico ma importante, credo, per ciò che riguarda il contenuto: quale tipo di prevenzione si intende quando si parla di prevenzione primaria, secondaria e terziaria? La riduzione del danno rientra nella prevenzione primaria, secondaria o terziaria?

ROCCO CACCAVARI. Percorrendo con la memoria gli ultimi vent'anni, non mi sembra di trovare un'occasione di dibattito in cui si sia cercato di capire fino in fondo la differenza tra trattamento sanitario di un tossicodipendente e riabilitazione dello stesso.

A me sembra che il disegno di legge n. 2756 tenda a risolvere, in termini molto concisi, il problema di come recuperare il finanziamento dei progetti di riabilitazione senza far riferimento a trattamenti sanitari o – concetto che voglio chiarire – a riduzione del danno in cui l'uso delle sostanze sia prioritario. Un danno, infatti, deve essere accertato per essere ridotto – e già questa non è una cosa semplice –, mentre per trattamento sanitario può anche intendersi un intervento che cerchi di evitare che il danno si consolidi. Quindi, è una cosa a sé. Rispetto alle dinamiche della tossicodipendenza, vorrei anche chiarire che quando parliamo di unità di strada, di interventi a bassa soglia o di scambiasiringhe ci riferiamo ad interventi dello Stato tesi ad evitare che si creino ulteriori danni: l'uso di uno scambiasiringhe può evitare il rischio che una persona subisca un danno irrimediabile; dare da mangiare o da dormire ad una persona significa evitare che possa rubare e, quindi, finire in galera; ricorrere a unità di strada significa attuare interventi di recupero precoci, senza aspettare che una persona si deteriori a tal punto da vedersi costretta a rivolgersi a qualcuno.

Invito quindi i colleghi a concentrarsi, se possibile, sul disegno di legge, a ragionare sulle disposizioni in esso contenute e a rinviare ad un'occasione più importante, per esempio alla riforma di tutta la normativa sulla tossicodipendenza, l'approfondimento degli aspetti che, con molta attenzione e tensione, ci sono stati adesso proposti.

GUIDO BOLAFFI, *Direttore generale – capo del dipartimento affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri*. Onorevole Cè, se ho dato un'impressione sbagliata le chiedo scusa, ma mi consenta di rettificarla. Dico subito che non spetta a me entrare nel merito dei progetti della Commissione o delle procedure degli uffici competenti, però sono responsabile del fatto che dal punto di vista amministrativo le cose vadano almeno in maniera accettabile. Siccome è probabile, onorevole Cè, che lei abbia colto un senso di disperazione, voglio citarle alcuni dati. Fondi 1994: importo emesso dagli uffici 100 per cento, importo speso 0; fondi 1995 (53 miliardi): importo emesso dagli uffici 100 per cento, importo speso 0; fondi 1996: im-

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135 (AIDS)

(SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE DEL MINISTERO DELLA SANITÀ, NICOLA FALCITELLI, E DEL DIRIGENTE DELLA VIII DIVISIONE – CIPE, ANTONELLA MANNO)

(n. 3)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 FEBBRAIO 1997

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione del direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità, Nicola Falcitelli, e del dirigente della VIII divisione – CIPE, Antonella Manno:

Polenta Paolo, *Presidente* 37, 40, 45

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 41, 43

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 39 40, 43, 44

PAG.

Falcitelli Nicola, *Direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità* 37, 38, 43, 44

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD-CDU) 42

Manno Antonella, *Dirigente della VIII divisione – CIPE* 39

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 38

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 37, 38, 43

tutto ciò che quotidianamente viene a galla nella cura dell'AIDS, che certo non è l'influenza, per cui basta prendere un'aspirina e starsene due giorni a letto, alla luce del fatto che per la cura di questa malattia vengono continuamente immessi sul mercato nuovi prodotti, si studiano nuove tecniche e si portano avanti nuove ricerche (per esempio, quelle che in America sta portando avanti il professor Gallo), vorrei sapere se i nuovi farmaci e le nuove tecniche di cura elaborate all'estero arrivino direttamente in Italia; nel caso, inoltre, in cui questi farmaci e tecniche siano sperimentati, vorrei anche sapere se vengano nuovamente sperimentati in Italia. Non credo che questi siano interrogativi cavillosi e personalmente me li pongo proprio per cercare di arrivare a conclusioni che rientrino nell'*optimum* di una risposta ad un problema non certo di poco conto tenuto conto che, se diamo peso alle statistiche, dal 2000 in poi corriamo il rischio di parlare più di AIDS che di altre malattie. Questo è quanto si dice ma mi auguro di tutto cuore che così non sia.

Vi è un'ultima domanda che vorrei porre chiedendo subito scusa nel caso che abbiate già risposto (spero, comunque, che mi perdoniate: a volte vengo accusato di logorrea, ma adesso credo di aver svolto un intervento particolarmente breve). Vorrei sapere, a proposito dell'AIDS nelle carceri, se stia maturando il concetto per cui il problema non deve essere affrontato a livello regionale ma supportato da un'indicazione di massima dello Stato che consenta di approntare le strutture adeguate, nonché di garantire la sicurezza delle cure e la possibilità di far uscire dal carcere le persone malate anche se condannate per reati di una certa consistenza. Vorrei sapere qualcosa di più specifico al riguardo, perché, a mio modo di vedere, il cittadino malato, sia libero sia detenuto, deve avere le stesse modalità di cura e la stessa attenzione da parte della società. Questo è un discorso che ci interessa come membri della Commissione affari sociali, perché, al di fuori di divisioni di natura partitica, che possono esservi ma che certo non esaspereriamo mai, sappiamo che trattiamo problemi legati alla salute. Ripeto: in questo campo cosa si intende fare, cosa potremmo fare, cosa ci suggerite di fare, a che conclusioni si può arrivare realmente?

ROCCO CACCAVARI. Penso che si corra il rischio di porre ai nostri illustri tecnici delle domande forse un po' improprie, poiché si esula appassionatamente dalla specificità dei dati amministrativi per toccare aspetti dell'argomento che suggeriscono molte perplessità sul modo in cui finora è stata gestita tutta la partita dei finanziamenti per l'AIDS.

Una piccola attenzione al tempo che passa dovrebbe suggerirci che i ritardi amministrativi sono sottrazione di risorse in vite umane, perché il ritardo nell'apertura di servizi, di qualunque tipo siano, impedisce che si attuino interventi precoci e di qualità su situazioni che sappiamo essere caratterizzate da una malattia certamente inguaribile, ma che consente ampi spazi di cura per le patologie collegate. Vorrei che restassimo all'interno di questa mediazione possibile tra l'ineluttabilità della malattia e le possibilità di intervento per capire che molte delle cose che non si possono fare sarebbero, invece, sicuramente dei successi nell'ambito dell'attività di intervento sull'AIDS, perché consentirebbero di ridurre, abbattere o quanto meno contenere l'incidenza di patologie collegate che, come tutti sappiamo, sono causa della morte di questi pazienti. Non è il virus che uccide rapidamente, bensì le complicanze e le sovrapposizioni patologiche che si verificano.

Quindi, quando molto correttamente si evidenziano le omissioni gravi attraverso le quali le regioni non realizzano quanto competerebbe loro, credo che il solo recupero dei finanziamenti sia un'ingiusta punizione, perché ciò vorrebbe dire ritardare ancora gli interventi. Credo, invece, che possiamo essere d'accordo sulla necessità di individuare un organismo che incentivi e vincoli le regioni alla realizzazione dei progetti; poiché togliere loro i finanziamenti significa raddoppiare o

triplicare il tempo di realizzazione delle strutture necessarie.

Forse, sarebbe necessaria un'attività più politica – mi rivolgo alla rappresentate del ministero – con un tentativo di responsabilizzazione interministeriale: mi riferisco al Ministero di grazia e giustizia, che dovrebbe mandare i magistrati, e al Ministero dell'interno, per quanto riguarda la polizia. Non possiamo, infatti, continuare a ragionare di mancato utilizzo dei finanziamenti, soprattutto in quelle realtà dove ve ne è molto bisogno; perché intorno alla malattia vi è, poi, il disagio sociale, vi è la povertà che impedisce anche quelle piccole forme di autodifesa che spesso, invece, in regioni più fortunate e più ricche del nostro paese gli stessi pazienti o le loro famiglie possono attuare, con il ricorso a servizi territoriali o ad interventi terapeutici ospedalieri forse più qualificati. Ritengo, pertanto, che dovremmo concentrare fortemente tutte le nostre risorse legislative ma anche culturali, per una volta, poiché non è più possibile discutere di ritardati interventi quando già vi sono i finanziamenti. Ricordo il dibattito che ha portato all'approvazione della legge n. 135, quando molti intravedevano la possibilità di rilanci di carriera per specializzazioni quasi ormai desuete (il dottor Del Barone lo sa); invece, c'è stato poi questo appiattimento delle modalità di intervento. Se le regioni si comportano in questo modo vuol dire, infatti, che ciò dipende non soltanto dalla loro articolazione amministrativa ma anche dal fatto che i sanitari, i politici, tutti coloro che nell'ambito regionale dovrebbero fare qualcosa non la fanno. Chiedo, dunque, se sia possibile suggerire ai politici una modalità tecnica che consenta di incentivare rapidamente la realizzazione delle strutture, con quanto ad esse è collegato.

Faccio un breve riferimento alla situazione carceraria solo per rilevare che, al di là della promiscuità e delle condizioni igieniche estremamente difficili in cui queste persone vivono, le strutture che dovrebbero essere realizzate dovrebbero anche evitare quella drammatica pendolarità tra carcere ed ospedale per cui molti pazienti – li ho visti io, non è un racconto ma un'esperienza diretta – si aspetta che muoiano in barella, così da non stabilire se siano morti in carcere o in ospedale. È un dramma con il quale dobbiamo fare i conti ed è un capitolo del racconto dell'ordinaria disperazione che c'è intorno all'AIDS, rispetto al quale si sta verificando, purtroppo, ciò che di solito avviene quando il potere centrale ed il potere demandato non si mettono d'accordo. Alla fine, non dare risposta a questa fascia ridotta di popolazione, che però drammaticamente pesa sulla coscienza collettiva, diventerà una colpa ben più grave di quella che in effetti è: non solo omissione di soccorso ma abbandono di una parte dei cittadini, che nessuno può stabilire se debba o non debba essere fatto.

Realizziamo i programmi. E io chiedo se sia tecnicamente possibile immettere nel coordinamento qualcosa che costringa e punisca esemplarmente chi non attua quanto stabilito dai programmi per l'AIDS.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Vorrei toccare solamente un aspetto che è già stato affrontato dall'onorevole Del Barone e, nella parte conclusiva del suo intervento, dall'onorevole Caccavari, cioè il problema del carcere per gli ammalati di AIDS, che poi coinvolge anche i tossicodipendenti, poiché alcuni ammalati di AIDS sono tossicodipendenti e viceversa.

Nel 1991, il Ministero di grazia e giustizia stabilì, con decreto ministeriale, che alcune carceri mandamentali che funzionavano in modo ridotto venissero utilizzate per i detenuti tossicodipendenti, quindi anche per alcuni malati di AIDS. Questo esperimento in alcune carceri funzionò, in altre meno. Nel 1995, con un altro decreto ministeriale, lo stesso ministero si rimangiò il primo decreto e tornò sui suoi passi. Nel frattempo, è iniziato lo studio di un disegno di legge che dovrebbe stabilire l'utilizzo di queste carceri mandamentali, che non funzionano o funzionano male, ma che sono strutture nuove, costate allo Stato molti miliardi (è denaro pubblico

quello che è stato impegnato). Qualche anno fa, ad esempio, nel carcere di Alcamo sono stati spesi 2 miliardi per le cucine, il gruppo elettrogeno e la mensa, dopodiché il ministero ha deciso, con un decreto, di abolire questo carcere mandamentale dandolo in uso al comune, non si sa per quale fine.

Insieme ad altri colleghi, ho presentato una risoluzione in questa Commissione e vorrei anche il vostro parere: vi chiedo se, piuttosto che tenere i tossicodipendenti, quindi gli ammalati di AIDS, nelle carceri, dove ci sono presenze di tutti i tipi e, tra l'altro, non c'è un'assistenza adeguata – come diceva l'onorevole Caccavari – anche a causa delle grandi dimensioni della struttura, non riteniate che debba esservi anche da parte vostra un intervento affinché, mentre si sta predisponendo quel disegno di legge, il ministero non vada disattivando poco a poco (come si fa con le foglie del carciofo, che si levano una ad una e alla fine rimane solo il fondo, di cui non sappiamo cosa fare) queste strutture, ma riapra, anzi, quelle che sono state disattivate. Infatti, in un carcere piccolo, con strutture adeguate e moderne, vi sono maggiori possibilità di assistenza. Tra l'altro, i detenuti malati di AIDS possono vivere in un ambiente più familiare, più vicini al posto dove risiedono, dal momento che le carceri mandamentali sono dislocate sul territorio anche nelle zone di provenienza dei detenuti, che possono ricevere visite dai parenti più facilmente. Vi sono quindi problemi di carattere umano oltre che di carattere assistenziale. Tra l'altro, vi è anche un problema di ordine economico. La disattivazione di queste strutture (lo dico perché è giusto che si sappia, anche se non interessa strettamente i nostri ospiti) determina uno sperpero di denaro pubblico. Il ministero può dire che la gestione di queste carceri è antieconomica, ma di fronte alla malattia, di fronte al bisogno, di fronte ai soggetti deboli (visto che la società deve aiutare i soggetti più deboli) mi pare non si possa fare questa obiezione. Non si può parlare di risparmio di denaro quando ne va di mezzo la dignità dell'uomo e la salute dei cittadini.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei sapere, se possibile, quanto dei finanziamenti indicati viene investito nell'assistenza domiciliare. Vorrei sapere se sia previsto un capitolo apposito o se sia affidato anche questo alle regioni. Mi pare infatti che oggi il trattamento domiciliare debba essere privilegiato rispetto al trattamento ospedaliero. Le terapie antivirali fanno forti progressi ed è così possibile garantire un soggiorno più lungo nel proprio domicilio.

ANTONIO SAIA. Anch'io voglio porre un'ulteriore domanda, visto che si è parlato della questione carceraria. Mesi fa vi fu una protesta dei medici carcerari che lamentavano la mancanza dell'AZT all'interno delle carceri. Per quanto riguarda i farmaci all'interno di queste strutture, sembra che la competenza non sia delle USL e quindi del Ministero della sanità ma dell'amministrazione carceraria. La domanda è la seguente: di fronte, finalmente, all'introduzione in Italia degli inibitori delle proteasi (grazie anche al decreto del 23 dicembre pubblicato l'8 gennaio), è assicurata la disponibilità di tali farmaci anche all'interno delle carceri ? E se così non fosse, cosa si intende fare immediatamente perché ciò avvenga ?

GIUSEPPE DEL BARONE. È un po' la domanda che ho posto anch'io.

NICOLA FALCITELLI, *Direttore del dipartimento della programmazione del Ministero della sanità*. Ringrazio delle considerazioni che sono state fatte finora perché credo realmente che potranno esserci di aiuto nel nostro lavoro di amministrativi e di tecnici.

Purtroppo non ho la possibilità di rispondere in maniera esauriente ad alcune delle domande poste, perché il mio ruolo non è quello di dare risposte di tipo politico.

Per quanto riguarda il Cotugno di Napoli, devo dire che come Ministero della sanità abbiamo seguito questa vicenda più da vicino rispetto a quelle di altre regioni

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA

SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135 (AIDS)

(AUDIZIONE DEI RESPONSABILI DEL PROGETTO DI RICERCA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ – MINISTERO DELLA SANITÀ SULL'AIDS)

(n. 4)

SEDUTA DI MARTEDÌ 11 FEBBRAIO 1997

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Audizione dei responsabili del progetto di ricerca dell'Istituto superiore di sanità – Ministero della sanità sull'AIDS:

Bolognesi Marida, *Presidente* 49, 57, 58, 69

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 59, 61, 68

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 64, 66, 67

Giacco Luigi (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 60

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 58, 63, 66

Polenta Paolo (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 58

PAG.

Procacci Annamaria (gruppo misto-verdi-l'Ulivo) 61

Rezza Giovanni, *Direttore del centro operativo AIDS e dirigente di ricerca del laboratorio di epidemiologia e biostatica dell'Istituto superiore di sanità* ... 50, 61, 63, 64, 67, 68

Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 59

Sargentini Aurelia, *Direttore reggente dell'Istituto superiore di sanità* 49, 58, 61

Vella Stefano, *Dirigente di ricerca del laboratorio di virologia e responsabile del progetto terapia* 54, 65, 66, 67, 68

Verani Paola, *Direttore del laboratorio di virologia dell'Istituto superiore di sanità* ... 68

popolazione tossicodipendente o omosessuale, vorrei invece capire quale sia la situazione dell'infanzia.

ANTONIO SAIA. Mi scuso se sono arrivato un po' in ritardo, ma ero in aula per un'interrogazione. Condivido le ultime cose dette e vorrei anzi capire cosa sia possibile fare in Italia non solo per l'AIDS ma nei confronti di tutte le innovazioni terapeutiche nel campo della prevenzione e della terapia per adeguarci agli altri paesi occidentali. Sentiamo parlare di nuove terapie per la sclerosi multipla, per la sclerosi laterale e via dicendo, sappiamo di sperimentazioni e di uso quasi non più sperimentale in altri paesi di farmaci, per avere i quali spesso siamo costretti a ricorrere all'acquisto all'estero perché ci sono ritardi notevoli nel nostro paese. Proprio mercoledì ho interrogato il ministro della sanità sulla necessità di rendere più agevoli le procedure per introdurre in Italia queste nuove molecole.

La seconda questione che volevo porre è la seguente. Di fronte a malattie come l'AIDS, pur volendo tener conto dell'egoismo dei paesi cosiddetti sviluppati rispetto al Terzo mondo, è evidente che la lotta contro l'AIDS in Italia, in Germania o in America non si vincerà se non si sconfigge questa malattia anche nel Terzo mondo, in Africa, in Cina, in India. La storia delle malattie infettive ci ha insegnato che la battaglia contro di esse si è sempre fatta attraverso farmaci per i quali si è riusciti ad ottenere un notevole abbattimento dei costi (la compressa di chinino per battere la malaria e i farmaci antitubercolari costano poche lire). Cosa si può fare nei paesi sviluppati per abbattere in modo drastico i costi delle terapie anti-AIDS in modo da poterle utilizzare anche altrove?

Un paese come il nostro, nel quale si spendono mille miliardi per l'Agenzia spaziale italiana, per costruire un satellite che dopo dieci minuti di volo è già finito, quanto spende per la battaglia contro l'AIDS?

ROCCO CACCAVARI. Sottolineo innanzitutto, con molta convinzione, l'alta qualità delle relazioni che abbiamo ascoltato; questo un po' rende giustizia della non sempre giustificata esterofilia che il nostro paese propone quando si tratta di affrontare argomenti come questo, per il quale credo vi sia bisogno, oltre che della ricerca scientifica, di un apporto culturale per un approccio responsabile.

Per ragioni professionali, ho vissuto il periodo compreso tra gli anni ottanta ad oggi all'interno di questa problematica e credo che la questione più importante da affrontare sia quella di riconoscere che una maggiore attenzione ci avrebbe consentito sicuramente di limitare la diffusione dell'infezione. Essendo l'AIDS la malattia più spettacolarizzata con la quale ci siamo misurati in questo secolo, la prevenzione è stata presentata come un comportamento appena appena tollerato, da misurarsi soltanto su risultati certi. Cosa intendo dire? La proposta, formulata faticosamente dopo aver superato barriere ideologiche ed anche alcuni limiti scientifici, relativa all'uso del profilattico, non ha mai tenuto conto del fatto che nei comportamenti amorosi vi sono tante altre vie idonee a determinare il passaggio dell'infezione. Credo si tratti di un fatto che va affermato con chiarezza, anche perché, rispetto ai dati che sono stati ricordati, la limitazione dell'infezione non è soltanto data dalla rigida applicazione di alcune prescrizione di prevenzione, qual è l'uso del profilattico, ma anche da una coscienza maggiore in materia di igiene e di forme di autotutela acquisite più per sentito dire che non per effetto di una dimostrazione scientifica di comportamenti. Bisogna cominciare finalmente a dire che, ad esempio, un bacio appassionato, profondo e duraturo scambiato con una persona che abbia una piorrea in atto può dar vita ad una vera e propria microtrasfusione. Bisogna cercare di uscire da comportamenti rigidi ma in un certo senso concessivi, che affidano solo al profilattico la possibilità della prevenzione nei rapporti sessuali. Diciamo tutto: solo così credo che i nostri giovani capiranno ed avranno ancor più la possibilità di tutelarsi e difendersi.

Ho qualche sospetto sul fatto che la ricerca sui farmaci sia – come dire? – obbligata da alcuni passaggi economici delle case farmaceutiche. Ho il sospetto, insomma, che la corsa alla ricerca del farmaco risolutivo non sia l'obiettivo e l'intento della ricerca commerciale. Si sa che, quanto più si ritarda la scoperta del vaccino o della terapia definitiva, più si può consumare tutto ciò che è disponibile. Farmaci di questo genere, anche quelli della primissima generazione, potrebbero essere abbondantemente riciclati nel mercato del Terzo mondo, così come è accaduto per molti altri tipi di farmaci. Mi affido alla vostra profonda conoscenza scientifica per evitare che questo avvenga. Esistono soluzioni oggi usate che sono costosissime e che potrebbero di per sé rappresentare la garanzia per un contenimento della diffusione dell'infezione: si tratta di verificare, nell'ambito degli accordi internazionali, se vi sia l'intenzione di spostare tutta la sperimentazione verso quel mondo. Si tratta, in sostanza, di concentrare l'attenzione su quelle popolazioni che presentano – come dire? – i numeri umani che ci consentirebbero di conseguire risultati reali. Tutto ciò che si può fare per il Terzo mondo è proprio questo: cominciare proprio lì a fare la sperimentazione. Quanto poi alle considerazioni del dottor Rezza sulla possibile personalizzazione del virus – mi esprimo in termini impropri – a seconda delle popolazioni, credo si potrebbero scoprire nuovi orizzonti scientifici entro i quali muoversi per ottenere risultati.

Sottolineo l'esigenza di un coordinamento tra gli aspetti sanitari e quelli sociali, come dato irrinunciabile. Le vie di diffusione della malattia, oltre a quelle che noi conosciamo come scientificamente provate, possono riscontrarsi anche in condizioni igieniche particolari o in presenza di comportamenti sessuali obbligati. Penso agli ambienti chiusi, in particolare alle carceri, dove non si riesce a far capire fino in fondo che l'omosessualità non è una vergogna e che forse è l'unica via sessuale possibile. Perché, allora, non dare i profilattici in carcere? Si tratta di un aspetto rispetto al quale credo che dovremo muoverci con maggiore responsabilità.

Credo che la Commissione, nell'ambito dell'indagine conoscitiva che sta svolgendo, debba occuparsi con maggiore incisività dell'avventurismo assistenziale che si muove intorno all'AIDS, di quelle situazioni cioè rispetto alle quali il « buon cuore » rappresenta un investimento per ottenere fondi che non si sa dove vadano a finire. Sotto questo profilo, chiedo ai nostri ospiti se presso l'Istituto affluiscano fondi privati per la ricerca e se i fondi raccolti con sacrifici dalla popolazione, che si autotassa, rappresentino una via di foraggiamento di canali sconosciuti. Voi sapete che vengono raccolti miliardi: sono destinati ai luoghi dove si svolge seriamente la ricerca o si tratta di un mezzo per sostentarsi? Speriamo di non dover ricorrere alle indagini della magistratura per poter capire bene, fino in fondo, in che modo sono utilizzate queste risorse.

LUIGI GIACCO. Vorrei porre l'accento sulla prevenzione e sull'informazione, con riferimento ad alcuni dati – non so fino a che punto esatti – che indicano come la popolazione contagiata sia ricompresa in una fascia tra i 15 e i 25 anni. Sotto questo profilo, risulterebbe che ad essere colpita sia più la popolazione eterosessuale rispetto a quella omosessuale, con un'inversione della linea di tendenza attestatasi intorno ad alcuni stereotipi costruiti in passato. Se questi dati, in qualche misura, hanno una loro validità, sicuramente anche il tipo di prevenzione e di intervento deve essere modificato in misura più efficace ed attenta ed orientato su questo particolare *target* di popolazione. In questo quadro si avverte la necessità di interventi integrati, dal punto di vista socio-sanitario ed assistenziale, e mirati in misura precisa ed adeguata. È evidente che anche in questo settore si avverte sempre più l'esigenza di coniugare non solo il sociale con il sanitario ma anche la professionalità con l'umanità. Non è possibile, pertanto, riservare taluni servizi solo a determinate persone. L'aspetto economico deve essere con-

trollato se si vogliono raggiungere obiettivi importanti.

ANNAMARIA PROCACCI. Scusandomi per essere intervenuta in ritardo, vorrei chiedere ai nostri ospiti di spendere con la massima generosità qualche considerazione sulla questione della prevenzione, un elemento fondamentale in ordine al quale probabilmente nel nostro paese si è giocato al ribasso. In questo senso vorrei capire quali siano, a loro parere, le linee più adeguate per una seria e forte politica di prevenzione. Mi sono trovata spesso a polemizzare con coloro i quali si sono scandalizzati a seguito dell'introduzione dei profilattici nelle scuole. Ho sempre ritenuto che si trattasse di una fondamentale misura di educazione anche alla socialità ed al rispetto degli altri, oltre che di se stessi. Penso che in questa direzione si debba andare avanti con molta serenità e senza alcuna preclusione ideologica, filosofica o di altro genere. Proprio perché credo che a noi, in questa Commissione, spetti un compito importante di indirizzo al Governo, nelle sue scelte di politica non solo sanitaria ma anche sociale — sottolineo « sociale » — gradirei, da parte vostra, qualche parola in più in proposito, tenendo altresì conto di un altro aspetto: trovo, infatti, che sul problema dell'AIDS vi sia una sorta di resistenza mentale, non soltanto da parte dei giovani compresi nella fascia d'età tra i 15 e i 25 anni ma anche da parte di coloro che hanno il doppio di questa età; una resistenza difficile da smantellare anche in persone fortemente acculturate, di buon livello dal punto di vista della formazione professionale. Credo che questa non accettazione di comportamenti diversi porti poi all'aumento del numero delle donne contagiate e che i rapporti eterosessuali diventino a rischio anche all'interno della cosiddetta coppia chiusa. È un discorso molto difficile ed impegnativo, a proposito del quale ritengo che vi sia una forte carenza d'informazione e che si debba fare di più proprio per cercare di smantellare le resistenze mentali presenti in moltissimi di noi, adulti che capiscono, che leggono, che si informano.

AURELIA SARGENTINI, *Direttore reggente dell'Istituto superiore di sanità.* Vorrei rispondere su due problemi di carattere generale, cioè su quelli relativi ai fondi e alle valutazioni.

I fondi vengono presi dal bilancio dell'Istituto, non abbiamo altre provenienze ...

ROCCO CACCAVARI. Che Dio ci aiuti!

AURELIA SARGENTINI, *Direttore reggente dell'Istituto superiore di sanità.* È stato chiesto quanti fondi vengano stanziati per il prossimo progetto AIDS: il comitato amministrativo ha stanziato 47 miliardi, una somma sfortunatamente inferiore a quella dell'anno scorso, quando furono stanziati 59 miliardi. I compiti dell'Istituto sono quelli che verranno stabiliti come progetti di ricerca interni e come progetti di ricerca esterni.

Per quanto riguarda la valutazione all'interno dei progetti d'Istituto, essendosi concluso l'ultimo quinquennio, stiamo adesso predisponendo i progetti di ricerca per il 1997-1999. Per tali progetti abbiamo utilizzato il sistema del *peer review*: vengono inviati ad esperti esterni, in forma del tutto anonima; le loro risposte vengono valutate e considerate dal comitato scientifico di Istituto, il quale approva, a seguito di quel sistema di *peer review*, i progetti di Istituto. I progetti all'interno del progetto di ricerca per l'AIDS verranno valutati con lo stesso sistema.

GIOVANNI REZZA, *Direttore del centro operativo AIDS e dirigente di ricerca del laboratorio di epidemiologia e biostatistica dell'Istituto superiore di sanità.* L'onorevole Polenta ha chiesto se vi sia una spiegazione al fatto di essere, purtroppo, tra i primi in Europa nella classifica dei casi di AIDS. Di fatto, in termini di tasso di incidenza, l'Italia è seconda dopo la Spagna e la sua situazione è più o meno equiparabile a quella della Francia. Questo perché l'Italia e la Spagna condividono lo stesso modello epidemiologico, nel senso che l'in-

(...)

tuttora avviene in Africa centrale, l'AIDS non colpiva i ceti sottosviluppati ma, anzi, i ceti urbani privilegiati, intellettuali eccetera. Invece, quando nelle città del nord est degli Stati Uniti, per esempio a New York, l'epidemia si è spostata dagli omosessuali ai tossicodipendenti, la fascia sociale colpita è stata quella dei disoccupati, degli emarginati e via dicendo. In Italia abbiamo assistito a qualcosa di diverso: nella prima fase sono stati colpiti gli omosessuali e i tossicodipendenti, i primi appartenenti a categorie disomogenee, i secondi ad una categoria marginale delle aree urbane; adesso che l'infezione si diffonde soprattutto per via sessuale, sembra sia in atto una omogeneizzazione delle categorie colpite.

ROCCO CACCAVARI. Stando alle ricerche attuali, l'HIV mantiene le sue caratteristiche di virus debole, termolabile?

PAOLA VERANI, *Direttore del laboratorio di virologia dell'Istituto superiore di sanità.* Sì, anche se, trattandosi di un virus che muta continuamente, crea problemi di resistenza ai farmaci e potrebbe dimostrarsi resistente anche ai vaccini. Comunque, per fortuna, la sua trasmissibilità non è quella dell'epatite B, altrimenti...

ROCCO CACCAVARI. Ai fini della prevenzione, potrebbero essere importanti anche delle buone norme igieniche.

PAOLA VERANI, *Direttore del laboratorio di virologia dell'Istituto superiore di sanità.* Sì, ma in alcuni casi l'infezione è veicolata attraverso cellule infette, per cui il bersaglio è « incartato ».

GIOVANNI REZZA, *Direttore del centro operativo AIDS e dirigente di ricerca del laboratorio di epidemiologia e biostatistica dell'Istituto superiore di sanità.* A proposito delle campagne di prevenzione appropriate alle conoscenze epidemiologiche, ricordo un consiglio che diedi in commissione nazionale AIDS due o tre anni fa, quando le prime campagne di informazione lanciavano messaggi sui *mass media*, scegliendo giornali quali *La Repubblica* o *Il Corriere della Sera*: mi raccomandai di fare in modo che le prossime campagne pubblicitarie fossero fatte su giornali quali *Il Corriere dello sport* o *Novella 2000*, per esempio, cioè su quel tipo di stampa letto dalle persone meno informate. Questo per evitare il rischio di dare più informazioni a chi già ne aveva a sufficienza. È importante tener conto della distribuzione delle categorie sociali e del loro livello di conoscenza per pianificare bene le campagne d'informazione.

STEFANO VELLA, *Dirigente di ricerca del laboratorio di virologia e responsabile del progetto terapia.* Premesso che non siamo qui per cercare i fondi per l'anno prossimo, voglio ricordare che anche di recente, in America, è stato detto che bisogna stare attenti, perché con l'AIDS sta accadendo qualcosa di veramente inquietante. A proposito di questo virus, che sembra sia comparso in Africa, poi casualmente arrivato nei paesi occidentali, compiendo una sorta di salto fino a San Francisco, dove ha colpito, in un primo tempo, le cosiddette categorie a rischio, ciò che adesso è inquietante è la marea montante dei casi che si registrano nei paesi ad economia intermedia; mentre all'inizio il virus ha fatto un salto di qualità tramite gli omosessuali, che hanno rappresentato una via di trasmissione estremamente efficiente dato il loro alto numero di rapporti sessuali, e i tossicodipendenti, adesso si sta espandendo, in modo drammatico, dall'Africa a tutti i paesi ad economia cosiddetta intermedia: sta travolgendo il Brasile, la Thailandia e l'India, attualmente il paese con la più alta incidenza di nuovi casi. Ciò fa pensare — e non voglio fare certo l'uccello del malaugurio — che questa malattia, che si trasmette anche per via sessuale, stia montando in altri paesi. Certo, ci vorrà tempo ma è molto probabile che accadrà. Guardando i dati, ci si accorge che sta salendo in Messico e in Brasile, per esempio. Dunque, è bene non abbassare la guardia perché la marea potrebbe raggiungere anche altri paesi. Sapete che la Cina popolare ha denunciato 150 mila casi di AIDS? Quando un paese come questo,

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

(ESAME E APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO CONCLUSIVO)

(n. 12)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 LUGLIO 1997

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Esame e approvazione del documento conclusivo:

Bolognesi Marida, *Presidente* 261, 263, 275, 276, 278

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) 263

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 269, 273

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 263

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 271, 273

PAG.

Del Barone Giuseppe (gruppo forza Italia) 276

Filocamo Giovanni (gruppo forza Italia) ... 274

Guidi Antonio (gruppo forza Italia) 266

Lucchese Francesco Paolo (gruppo CCD) . 275

Lumia Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo), *Relatore* 261, 265, 277

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 265

ALLEGATO 279

possono diventare devastanti oltre che pericolosi in stato di gravidanza. E vorrei anche che si condannassero con più forza gli interventi chirurgici, perchè non è vero che la lobotomia si pratica solo all'estero: con la stereotassi un piccolo punto del cervello può saltare. Credo, quindi, che sia necessaria una nota forte su questo punto, se non critica almeno problematica.

Suggerisco anche di definire meglio l'utilizzo delle aree ex manicomiali, perché tutte le risorse per la psichiatria devono essere, con una clausola di salvaguardia, riutilizzate per migliorare la situazione anche nel campo della prevenzione, altrimenti la spinta delle nuove difficoltà mentali, a cominciare dai disoccupati di lungo periodo e dagli adolescenti che restano tali fino a 40 anni, provocherà un'esplosione di nuove realtà negative e realtà positive come le comunità, per esempio, potrebbero diventare un nuovo ganglio di captazione di persone con difficoltà mentali, con il rischio che si ricolleghino ad una logica di emarginazione. La realtà positiva rischia dunque di diventare negativa se non usiamo tutte le risorse della prevenzione.

Per ultimo, rivolgo l'invito a valorizzare in positivo, per cui nella proposta di documento conclusivo dobbiamo dire dove sono stati portati avanti non atti di eroismo ma di doveroso intervento a livello di territorio, per demanicomializzare. Appare strano che in una situazione tragica io enfatizzi il positivo, ma quel poco di positivo che c'è è la leva, purtroppo gracilissima, che ci permette di dire che quando si vuole, quando c'è onestà, si può.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei immaginare per un attimo l'espressione di un amministratore locale regionale quando leggerà il documento conclusivo di questa indagine conoscitiva, perché credo che la soddisfazione che tutti abbiamo espresso, alla quale mi associo anch'io, diventerà, per chi dovrà assumersi soltanto il carico delle conclusioni di questo documento, una fatica che, probabilmente, molti definiranno insostenibile. Infatti, il documento in esame, dove sono stati riportati tutti gli elementi dedotti dall'indagine conoscitiva, per cui esprime il pensiero comune diffuso sul territorio nazionale delle diverse istanze sociali e professionali, metterà forse quell'amministratore nelle condizioni di rimpiangere il manicomio: il luogo chiuso rappresenta infatti la custodia sicura, da dove nulla esce, se non un personale quasi obbligato ad un silenzio durevole nel tempo; per l'amministrazione non avveduta il luogo chiuso rappresenta una soluzione comunque già abbondantemente approcciata. Le novità che il documento prefigura nella gestione della vita degli ospiti degli ospedali psichiatrici sono di una semplicità tale che, forse, tutte le ricchezze del mondo non basterebbero a realizzarle, perché il recupero della libertà delle persone, delle relazioni interrotte, di esperienze di vita frantumate contro le mura di un manicomio, non può avvenire pensando che l'animazione di una casa famiglia o di una fattoria in campagna o di una comunità possa rappresentarne la reale sostituzione.

Vorrei quindi sottolineare con forza la fatica a cui siamo chiamati per dare significato a queste nostre conclusioni, che sono di per se stesse insufficienti e alle quali dobbiamo affidare tutto il nostro impegno proprio perché in molte realtà del paese è probabile che non saranno realizzate. Realisticamente, ospiti di ospedali psichiatrici che escono dopo trenta o quarant'anni di istituzionalizzazione sono persone che non hanno, sotto un profilo sociale, una qualità da spendere. È da questo, quindi, che dobbiamo cominciare, cioè dal definire la qualità di queste persone, il che significa che prima di immaginare il luogo dove metterle, dobbiamo immaginare quale tipo di attivazione sociale possa renderlo per loro più accettabile. Non è detto che l'uscita dall'ospedale psichiatrico, da una struttura totalizzante, in un certo senso una gabbia sicura, non porti queste persone, se non sono preparate, a comportarsi e ad agire come certi uccelli che, quando viene aperta la porta della gabbia, non riescono a spiccare il volo. Si

tratta di persone che devono essere prese per mano, accompagnate, riabilitate e reinserite nel gioco sociale dei rapporti umani, di cui spesso hanno avuto soltanto una sensazione o conservato un pallido ricordo.

Dico questo perché non vorrei che il nostro intervento si materializzasse in strutture, in case-famiglia, in luoghi di accoglienza e che la nostra ansia di risolvere il problema ci facesse credere che sia questo l'obiettivo. Probabilmente il fine è quello utopico, in conclusione, di liberare l'interno di queste persone e quando anche non dovessimo farcela, abbiamo tutto il tempo per salvarci dagli altri errori, perché, come è stato detto, almeno dieci milioni di volte l'anno l'ingegneria biologica del cervello umano si può interrompere; di conseguenza, il problema che dobbiamo porci è anche quello di scegliere come relazionarci con una follia che necessariamente deve diventare condivisibile.

L'esperienza dei manicomi deve essere anche questo: un modo per mettere insieme le recenti esperienze per affrontare la nuova psichiatria. I luoghi dove le persone devono vivere devono essere comuni a tutti e consentire che la conoscenza sia data da una osmosi tra le diverse esperienze della persona che ha vissuto in manicomio e quella che ne è rimasta fuori. Ciò al fine di vedere quale scambio culturale sia possibile. Non ci sono persone sane da una parte e malate dall'altra. Deve essere approntata una situazione sociale che accolga le persone. Da parte nostra ciò richiede la profonda e convinta analisi della fragilità psichica dell'uomo, anche nel reggere il confronto perché la presenza di persone che hanno problemi totalizzanti, come il carcere, la malattia inguaribile e la follia, crea disagio soprattutto negli altri.

La prevenzione comincia anche dal modo di improntare il lavoro, cioè nel preparare le persone che accolgono ad essere capaci di farlo. Starei molto attento a non ridurre alla materializzazione dell'intervento le possibili ipotesi di accoglienza, perché dobbiamo pensare anche a coloro – non mi riferisco soltanto agli operatori, ma anche alle famiglie che devono ricevere i malati (se li ricevono) – che devono accogliere i pazienti dimessi e prepararli ad intraprendere con loro una relazione che parta proprio dalla diversità e non dalla normalità che si vuole proporre.

Da questo punto di vista, la nostra esperienza fino ad oggi ci fa capire come in tutta la realtà del paese il trattamento del disagio psichico sia stato sempre posto in rapporto a professionalità prestabilite e a strumenti chiari di intervento: operatori psichiatrici e farmaci.

L'esperienza consumata all'interno di una struttura totalizzante non richiede solo questo (o quasi mai questo), ma la capacità di mettere a disposizione dei malati la possibilità di vivere quella vita che non hanno avuto e che altri invece hanno vissuto. Tutto ciò richiede un passaggio fondamentale: la presa di coscienza dei limiti entro i quali agire.

Con queste persone ci si trova ad affrontare situazioni a volte irrisolvibili, perché non potranno uscire, nel senso liberatorio del termine, dalla loro condizione; in tali casi allora dobbiamo almeno farli uscire dalle mura del manicomio. Dobbiamo rispettare la loro sofferenza, se non possiamo trasformarla, ma non mistificarla solo perché dobbiamo dichiarare con soddisfazione di aver chiuso definitivamente gli ospedali psichiatrici. Vi sono sofferenze di fronte alle quali non bisogna mai arrendersi e mai porsi l'obiettivo del totale superamento.

Sono assolutamente d'accordo con i contenuti del documento dell'onorevole Lumia, mentre sono meno propenso a condividere quello predisposto dai colleghi del Senato, che trovo un po' approssimativo e, in un certo senso, volutamente insufficiente. Con la proposta del relatore Lumia, invece, ci siamo assunti una responsabilità enorme, quella della continuità dell'azione e della ricerca costante di nuovi elementi, perché credo che la necessità sia quella di porre sotto osservazione continua, tramite l'istituzione di un comi-

tato permanente, ciò che avviene nel paese. Questo è un modo diretto per partecipare a quello che succederà e quindi per poter intervenire per correggere un indirizzo o per avanzare nuove proposte.

Con la nostra proposta non possiamo dire che l'indagine conoscitiva si è formalmente conclusa, perché resta la possibilità di indagare in forma diversa e di entrare dentro i problemi, finalmente spostandosi dal consolidato insuccesso dei manicomi alla probabile grande fatica che deve affrontare la nuova psichiatria.

Ritengo che nel futuro della nostra società la presenza di un osservatorio permanente – non un comitato – del quale facciano parte tutti coloro che hanno comunque possibilità di relazione con le diverse esperienze umane ci consentirà di capire, affinché la possibilità di sopravvivenza possa essere accettata fino in fondo, che bisogna rivedere alcuni canoni della cosiddetta normalità.

Credo che l'intervento assoluto per ridurre ad un unico modello vitale tutte le persone inserite in una società come la nostra sia condannato a fallire. Probabilmente, invece, una omogeneizzazione delle diversità verso un modello condiviso e diverso di volta in volta potrà consentire di percepire il più rapidamente possibile lo stato di disagio nel quale ognuno di noi può trovarsi in qualche fase della propria vita.

MAURA COSSUTTA. Anche il mio non è un ringraziamento formale all'onorevole Lumia, perché ho apprezzato moltissimo la sua proposta di documento conclusivo, che considero sì un suo lavoro, ma anche il risultato di un impegno collettivo e serio nato da un'assunzione di responsabilità da parte della Commissione.

Credo abbiano ragione il presidente e tutti coloro che hanno riconosciuto che non si è conclusa una fase ma si sono solo raggiunte talune tappe (approvazione della legge finanziaria, conclusione dell'indagine conoscitiva) e altri risultati dovranno essere conseguiti.

Dico, con molta chiarezza, che quando abbiamo deliberato l'indagine conoscitiva sapevamo che avremmo sollevato il coperchio di una pentola.

Per questo non sono assolutamente d'accordo con il documento predisposto dai colleghi del Senato, in quanto elenca, in modo neutro, i disguidi, le difficoltà e quant'altro, senza introdurre quegli elementi che noi abbiamo evidenziato fin dall'inizio del nostro lavoro proprio perché si trattava di distorsioni già esistenti.

Per quanto riguarda il comitato permanente, siamo tutti d'accordo sul fatto che esso costituisca uno sbocco necessario ed uno strumento che deve essere adottato. Tuttavia, vorrei osservare, proprio in relazione a quanto sottolineato con chiarezza dall'onorevole Lumia, che tale comitato dovrebbe disporre necessariamente di strumenti più incisivi ed essere dotato di poteri ispettivi.

Devo denunciare in questa sede un fatto gravissimo accaduto presso l'ospedale di Guidonia. I funzionari della Commissione, che anch'io ringrazio molto perché sono stati un elemento prezioso del nostro lavoro, sanno che, insieme ai colleghi della Commissione, mi sono recata ufficialmente presso tale ospedale e che, a seguito di assemblee ed incontri con il personale, ci sono stati forniti taluni dati. Avevamo chiesto chiarimenti, tra l'altro, su situazioni che ci risultavano ambigue e non ci era stata data risposta; abbiamo constatato non solo una inadeguatezza dei dati ma anche che, a seguito della nostra visita, un primario ed un medico sono stati sospesi dal servizio. Ho saputo proprio l'altro giorno che il primario, dottor Ezio Di Mauro, è stato licenziato: questo è un fatto gravissimo, deciso nonostante l'intervento diretto dei presidenti della Commissione affari sociali della Camera e del Senato. È un atto di spavalderia che assume connotati di autentico terrorismo nei confronti del personale che opera da tempo ed anche nei confronti del lavoro che ufficialmente la Commissione ha svolto.

Se non vogliamo farci prendere in giro, se non vogliamo essere le anime belle,

(...)

spedale psichiatrico si trasforma in un eccesso di offerta residenziale, che necessariamente conduce alla domanda di posti letto residenziali, quindi incentiva e rinforza il discorso di un superamento collegato alla costruzione di strutture di fatto ancora manicomiali. Non è un caso che si parli ancora in modo abominevole di RSA psichiatriche; non è un caso che non si dica ancora nulla – ed il Senato lo conferma – di quella cosa vergognosa che è la trasformazione dell'ospedale psichiatrico, con il cambio dell'etichetta, in RSA. Noi l'avevamo detto; sappiamo che non è solo una battaglia culturale, perché esistono interessi giganteschi dietro questa realtà. Lo sanno bene i privati, che si sono già riciclati. Al riguardo, cito nuovamente il caso dell'ospedale di Guidonia: non cambia nulla, è una RSA: ha le sue stanzette, tutti sono puliti, cambia l'etichetta ma vengono ovviamente confermate le rette di degenza dei pazienti, che si chiamano ospiti. È una vergogna !

Che cosa dovremmo fare ? Penso che lo strumento sia rappresentato dal comitato permanente con compiti ispettivi, però dobbiamo guardare con lungimiranza anche alla prossima finanziaria. Occorre risolvere il problema del personale. Sono convinta che vi sia un'esigenza di riconversione e di riqualificazione, ma bisogna anche condurre un'azione coraggiosa (che può essere rappresentata da un progetto di legge specifico o da una disposizione inserita nella finanziaria) prevedendo che il personale che non può essere riconvertito (intendo il personale delle strutture private, che rappresenta un problema gigantesco) possa passare, con le qualifiche corrispondenti, nel Servizio sanitario nazionale. È uno strumento concreto per portare avanti questo processo, perché, lo ribadisco ancora una volta, non possiamo dire belle parole, essere le anime belle, quando poi concretamente non si risolvono i problemi.

Inoltre, in mancanza di tavoli, non tavoli *optional* ma tavoli programmati di concertazione tra la regione, il comune e l'azienda per il reperimento delle strutture abitative e per l'elaborazione del progetto relativo al superamento, non è pensabile che si possa risolvere il problema, perché allora il direttore generale scarica sul comune, il comune scarica sulla regione. Non è un caso che l'onorevole Lumia abbia delineato le tre ipotesi di progetti. Occorre la concertazione di tutte queste reciproche responsabilità. Noi abbiamo introdotto gli standard di qualità per la sanità ? Ecco, questo deve essere uno standard, un indicatore della giustezza o meno di quel progetto.

Per quanto riguarda le linee guida, sono d'accordo su questo aspetto vergognoso dell'*elettrochoc*. I funzionari del ministero dovranno rendere conto. Dico di più. Nelle scuole di Roma, per combattere la depressione dei bambini i medici scolastici dovevano prescrivere gli antidepressivi. La tendenza a somministrare farmaci per superare il disagio è assolutamente attuale; non è la barbarie del Medioevo, è la tendenza del XXI secolo. Concordo con l'onorevole Carlesi non solo sull'*elettrochoc*, ma anche sui protocolli terapeutici, sui quali va condotta una grande battaglia culturale e di merito.

Occorre altresì rivedere la disciplina sull'interdizione. Nella regione Emilia-Romagna vengono tutti interdetti. L'onorevole Caccavari è testimone ...

ROCCO CACCAVARI. Testimone e contestatore !

MAURA COSSUTTA. E contestatore, ovviamente. Ho partecipato personalmente ad assemblee a Parma ed in altri luoghi (per questo ho citato l'onorevole Caccavari, che da tempo spende la sua passione sul territorio) ed ho verificato che questa cosa è vergognosa. Nessuno controlla. Siamo schizofrenici se continuiamo a fare un po' di questo e un po' di quello. Se vogliamo portare avanti un monitoraggio, è ora di mettere assieme i pezzi e di seguire un filo logico nel ragionamento.

Per ultimo mi auguro, a proposito degli ospedali giudiziari, che, come previsto dalla finanziaria, il ministro venga a rela-

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII
(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA SPERIMENTAZIONE DELLA TERAPIA DI BELLA

[AUDIZIONE DEL PROFESSOR LUIGI DI BELLA E DI RAPPRESENTANTI DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA ASSISTENZA MALATI NEOPLASTICI (AIAN)]

(n. 1)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 GENNAIO 1998

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Audizione del professor Luigi Di Bella e di rappresentanti dell'Associazione italiana assistenza malati neoplastici (AIAN):

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 10, 14, 16 20, 21, 26, 27, 28, 32, 34

Polenta Paolo, *Presidente* 25, 26

Balamonte Giacomo (gruppo forza Italia) . 22, 32

Buffo Gloria (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 21

PAG.

Burani Procaccini Maria (gruppo forza Italia) 25

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 27

Camponeschi Ivano, *Rappresentante dell'Associazione italiana assistenza malati neoplastici* 32, 33

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 28

Caruano Giovanni (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 28

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 11

(...)

nire con la stessa tranquillità degli altri oratori. Finché non è terminato il tempo a disposizione del suo gruppo può proseguire nel suo intervento. Mancano cinque secondi !

GIOVANNI FILOCAMO. Mi avvio alla conclusione, signor presidente.

Voglio fare un ragionamento diverso da quello che comunemente si fa. In Italia si riscontra una situazione tragicomica: io avrei voluto che fosse comica ed invece è diventata tragica, perché si sta giocando sulla salute dei cittadini italiani, e non ci sta giocando il dottor Di Bella ma ci stiamo giocando noi. Se infatti avessimo approvato l'ordine del giorno presentato in sede di esame della finanziaria e di cui l'ex ministro Costa era primo firmatario non ci troveremmo in questa situazione. Il ministro della sanità è stato giocato da una commissione tecnica non all'altezza della situazione, è stato preso in giro; quindi la colpa non è solo del ministro ma anche della commissione tecnica, che se ne deve andare.

Chiedo allora al professor Di Bella di accettare una sperimentazione guidata da lui stesso e dalla sua *équipe* e controllata da una commissione esterna, in modo che noi parlamentari possiamo essere tranquilli nel chiedere che questa nuova terapia venga inserita nel prontuario nazionale affiché chi ha diritto alla gratuità ne possa usufruire.

PRESIDENTE. Poiché tutti i gruppi hanno esaurito il tempo a loro disposizione, proporrei di consentire a ciascun collega che ha chiesto di parlare ma che ancora non è intervenuto di porre in un minuto una domanda *flash*, proprio perché mi dispiace che per difficoltà organizzative alcuni deputati non possano prendere la parola.

ROCCO CACCAVARI. Accetto questa limitazione di tempo perché sulla questione sicuramente dovremo tornare, anche perché mi pare che dal dibattito di questa mattina si è delineata una condotta che ci deve vedere tutti coinvolti.

Ho un profondo rispetto per il professor Di Bella perché è un uomo che dedica la sua esistenza alla lotta contro la malattia inguaribile: soprattutto quando egli ha cominciato ad occuparsene credo che fosse veramente tale. Se la centralità del suo lavoro di tanti e tanti anni è il malato, nei riguardi del quale tutti quanti siamo tenuti ad un atteggiamento di grandissima umiltà, gli chiedo di accettare l'esemplificazione sperimentale proposta proprio per convincere i diffidenti del metodo. Se la terapia può arrecare anche soltanto il conforto e il miglioramento della qualità della vita, chiedo che la sperimentazione si faccia e chiedo al professor Di Bella di accettarla. Infatti, coloro che sostengono il metodo Di Bella lo hanno provato su se stessi e sono una testimonianza che deve servire a consentire alle migliaia e migliaia di persone che sono malate di tumore in Italia di accedere a questo sistema. Diteci come fare.

ALBERTO DI LUCA. La somatostatina e la bromocriptina agiscono a livello dei recettori ? Ho finito.

PRESIDENTE. La ringrazio per la sua brevità.

GIUSEPPE PALUMBO. Anch'io cercherò di essere breve.

Ritengo che oggi l'approccio alle terapie tumorali sia multifattoriale, legato – come ha sostenuto il professor Di Bella – all'unità non solo di molti farmaci ma anche di molte terapie. Ritengo molto valida la terapia del professor Di Bella, però perché qualunque tipo di terapia sia valida è necessario – questa è una legge – che sia riproducibile. Ed invece, per quanto ho potuto capire questa mattina, non so se per il metodo del professor Di Bella la riproducibilità sia tecnicamente realizzabile, a causa di problemi di preparazione di farmaci, di cocktail di farmaci, di varietà di risposta dei pazienti. Ciò non toglie che si possa cominciare a compiere una verifica sui dati che il professor Di Bella ha a disposizione, sui pazienti, sulle cartelle cliniche; dopodiché,

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII
(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLA SPERIMENTAZIONE DELLA TERAPIA DI BELLA

[AUDIZIONE DEI RAPPRESENTANTI DELLA COMMISSIONE ONCOLOGICA NAZIONALE E DELLA COMMISSIONE UNICA DEL FARMACO (CUF)]

(AUDIZIONE DEI RAPPRESENTANTI DELLE REGIONI)

(n. 2)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 GENNAIO 1998

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

Audizione dei rappresentanti della Commissione oncologica nazionale e della Commissione unica del farmaco (CUF):

Bolognesi Marida, *Presidente* 37, 38, 40, 41 43, 46, 49, 53 56, 58, 60, 62

Amadori Dino, *Presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica, componente della Commissione oncologica nazionale* 51, 52, 57

PAG.

Buffo Gloria (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 48

Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 48

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 40

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 44

Cossutta Maura (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 46

Del Barone Giuseppe (gruppo CCD) 41

Di Capua Fabio (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 49

PAG.

Giacalone Salvatore (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 47
Giannotti Vasco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 42
Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale) 45, 46
Mangiacavallo Antonino (gruppo rinnovamento italiano) 43
Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) 44
Oleari Fabrizio, *Direttore del dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità* 37; 50, 51
Pagliaro Luigi, *Direttore dell'Istituto di medicina generale e pneumologia dell'Università degli studi di Palermo, componente della CUF* 60, 61
Petrella Giuseppe (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 47
Preziosi Paolo, *Direttore dell'Istituto di farmacologia dell'Università cattolica del Sacro Cuore, componente della CUF* 58
Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 40, 41, 51
Santi Leonardo, *Direttore scientifico dell'Istituto nazionale dei tumori di Genova, componente della Commissione oncologica nazionale* 53
Silano Vittorio, *Direttore del dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza del Ministero della sanità* 38
Tomatis Lorenzo, *Direttore scientifico dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Burlo Garofalo di Trieste, componente della Commissione oncologica nazionale* 56, 57

PAG.

Audizione dei rappresentanti delle regioni:

Bolognesi Marida, *Presidente* 62
Polenta Paolo, *Presidente* 70, 71, 74
Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) . 69
Buffo Gloria (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 66
Braghetto Iles, *Assessore alla sanità della regione Veneto* 62, 69, 71
Caccavari Rocco (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 69
Cosentino Lionello, *Assessore alla sanità della regione Lazio* 64, 73
Del Barone Giuseppe (gruppo CCD) 67, 68
Di Capua Fabio (gruppo sinistra democratica-l'Ulivo) 69, 70, 73
Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale) 66, 70, 71
Porcu Carmelo (gruppo alleanza nazionale) 68
Saccomanno Michele, *Assessore alla sanità della regione Puglia* 63, 72, 73
Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 71
Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 68, 69

ALLEGATO 75

altre, con il pericolo che si forzi ancora un mondo che deve rimanere asettico. Se condividete questo mio timore, gradirei una vostra risposta.

GLORIA BUFFO. Premesso che non sono un medico, dico subito che mi rivolgo ai nostri interlocutori in considerazione non solo del loro ruolo istituzionale e del compito cui sono stati chiamati ma anche come medici ricercatori di grande esperienza. Vorrei sapere se considerino soddisfacente il modo in cui nel nostro paese viene monitorato il fenomeno dei tumori. Chiedo, inoltre: quanti sono i malati? Di quali tipi di tumori? Quali terapie vengono applicate? Quali sono gli esiti?

Voi considerate possibile agire, non solo per vie legislative ma anche per altre strade, sulla qualità, nella pratica medica, delle cure oncologiche? Mi riferisco al rapporto con il paziente, che spesso non è di grandissima qualità – per fortuna non sempre – e ai rischi di accanimento terapeutico o, comunque, di interventi che, in qualche caso, si rivelano impropri. Voi che siete esponenti tra i più autorevoli riconosciuti del mondo scientifico e accademico, come vi spiegate la sfiducia così diffusa, che la vicenda Di Bella ha in qualche modo scoperchiato, nella medicina ufficiale? Pensate forse che sia una sfiducia che nasce soprattutto dal cattivo funzionamento della sanità? Si tratta, infatti, di due questioni diverse, che in alcuni casi si intrecciano e si sovrappongono. Cosa ritenete che si possa fare subito? Naturalmente, questo non è un compito che può essere caricato interamente solo sulle vostre spalle. Cosa pensate sia possibile fare subito – è quindi un consiglio che vi chiediamo – per evitare che i cittadini colpiti da tumori, già oggi sicuramente curabili con terapie tradizionali e senza devastazioni, perché questo è possibile per diverse tipologie tumorali, le abbandonino persino nei casi in cui il professor Di Bella non si sente di dare una garanzia? Ieri egli ha detto che le sue cure non sono, nemmeno a suo parere, efficaci in tutte le tipologie tumorali. Mi ha molto colpito che alla stessa domanda rivolta al professor Di Bella e ai suoi collaboratori non ci sia stata alcuna risposta.

ROCCO CACCAVARI. A me pare che da parte del professor Di Bella, accettando questo invito alla sperimentazione, vi sia stata la sottolineatura del successo di un metodo empirico affidato soltanto alle sue intuizioni. Quindi, è un processo che si avvia al di fuori della scienza, ma è anche vero che la scienza per poter essere tale deve accettare anche quello che non è spiegato per poterlo spiegare.

Sono convinto che quando la sperimentazione sarà compiuta, qualunque sia il risultato non supereremo la tragedia nella quale ci ha posto questa situazione, perché sempre e comunque qualcuno continuerà a crederci se dimostreremo che non funziona, e sempre qualcuno continuerà ad essere diffidente se dimostreremo che funziona, a meno che non sia una terapia miracolistica che porti alla guarigione.

Il grande equivoco all'interno del quale ci siamo tutti quanti cacciati, a mio avviso per una volontà eccessivamente portata a ricercare soluzioni definitive, è di aver trascurato un fondamento che, a mio parere, è essenziale nella medicina: il medico è soprattutto uno statistico. E ieri di dati non ne ho sentito citare nessuno dal professor Di Bella; anzi, ho colto un'affermazione molto grave (voglio sottolineare che ho insistito per la sperimentazione): ha affermato che non poteva esaminare con chiarezza le cartelle che gli venivano sottoposte perché sulle stesse mancava la diagnosi. Credo che questo sottolinei non una malafede ma una buonafede, che la scienza assolutamente deve rifiutare.

Dunque, partendo da questo dato di fatto, credo si debba sottolineare il fatto di aver risposto, questa volta, non in termini scientifici ma fortemente emozionali, ad una richiesta della pubblica opinione; vivaddio, ci siamo comportati come essere umani, accettando quindi di poter addirittura sperimentare la prova di un errore, non la prova di una certezza.

Infatti, quello che è significativo nella ricerca – e voi me lo insegnate – non è tanto il dimostrare l'efficacia quanto il mostrare la prova del contrario. Credo che dovremmo tutti riflettere su questo aspetto.

FABIO DI CAPUA. Vorrei solo manifestare la mia sorpresa perché sin dall'inizio questo problema è sembrato essere una questione soltanto italiana, se non addirittura regionale o paesana. Mi domando come non sia emersa l'esigenza che momenti di verifica rigorosa, necessari in questo settore, vedano invece un coinvolgimento di strutture, organismi, soggetti internazionali, di quei paesi che sono molto all'avanguardia nella ricerca su questa patologia, sulla quale investono molte risorse. Abbiamo purtroppo registrato ieri una testimonianza di partecipazione del professor Di Bella ad iniziative e congressi internazionali. Ritengo opportuno procedere ad un approfondimento e ad una verifica sull'attendibilità di questi dati e fornire una risposta sull'efficacia della terapia attraverso una sperimentazione che tenga conto anche dei lavori, degli approfondimenti e dei risultati che altri paesi stanno realizzando. Abbiamo bisogno di un momento decisivo e risolutivo, che però non sia gestito – ed è impossibile che possa essere gestito – soltanto in ambito nazionale.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola ai nostri ospiti per le risposte, formulerò anch'io alcune domande. Colgo l'occasione della presenza del professor Amadori, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica. Si è parlato poco dei risultati della terapia ufficiale: quali tumori si riesce a guarire, in quale percentuale. Gli ultimi anni che cosa ci dicono nel campo dei tumori? Come è possibile rendere più sistematico quel monitoraggio di cui si è parlato e far sì che i risultati siano conosciuti da tutti (questo è uno dei limiti del nostro Servizio sanitario nazionale)?

La seconda domanda è la seguente. Il professor Di Bella, riferendosi ai pesanti effetti collaterali della chemioterapia, ha detto che la chemioterapia uccide e la sua terapia no; ha inoltre affermato di usare dei chemioterapici, ma in dosi minori. Si stanno compiendo studi diretti all'individuazione di una chemioterapia più selettiva, che distrugga solo le cellule tumorali e non presenti effetti collaterali? A che punto è la ricerca in questo senso? È possibile studiare, come il professor Di Bella forse indirettamente ci suggerisce, dosaggi diversi, più leggeri ma somministrati per più tempo, che possano raggiungere gli stessi risultati debilitando meno il fisico?

Un terzo quesito riguarda il prezzo della somatostatina, su cui occorre fare chiarezza, se è vero, come è vero, che è già in parte in fascia A – quindi rimborsabile – un tipo di farmaco che ha le stesse proprietà, mentre altri invece non lo sono. Al riguardo si è fatta grande confusione, per cui sono necessari dei chiarimenti. Sempre con riferimento alla somatostatina, nell'audizione di ieri avevo chiesto – ma non mi è stata fornita risposta – come mai la Serono non abbia chiesto la sperimentazione, o non abbia sollecitato istituti di ricerca a farla, per indicazioni diverse da quelle prescritte.

Io sono tra quanti avevano chiesto che si avviasse la sperimentazione ed in queste audizioni si tenta di trovare una via di uscita da una situazione di preoccupante allarme sociale. Ma a vostro avviso come si fa ad operare la sperimentazione su tumori sui quali esiste già la certezza dei risultati, senza avere problemi etici? E quali sono i problemi etici che impediscono alcuni tipi di sperimentazione? Inoltre, non sarebbe opportuno affiancare a questa sperimentazione una ricerca, un'indagine epidemiologica sul pregresso ad opera, per esempio, dell'Istituto superiore di sanità o di altri organismi vostri? Un risultato sul pregresso risulterebbe utile ed avrebbe forse meno implicazioni etiche nelle varie forme di sperimentazione.

Un altro quesito riguarda la prevenzione oncologica ed il piano sanitario nazionale. Come è stato sollecitato da tutti

(...)

ILES BRAGHETTO, *Assessore alla sanità della regione Veneto*. Senza le delibere regionali!

TIZIANA VALPIANA. Esatto. Rivendico questa primogenitura perché né il collega Conti, che all'epoca era sottosegretario alla sanità, né il ministro della sanità, onorevole Costa, hanno mai dato una risposta sul metodo Di Bella, nonostante la gente vi facesse ampiamente ricorso anche allora. Dunque, che cosa li ha folgorati sulla via di Damasco?

ROCCO CACCAVARI. La Bindi!

GIACOMO BAIAMONTE. Dopo aver ascoltato questa mattina la comunità scientifica, che è stata molto chiara (d'altra parte, in qualità di medico, non potevo non condividerne le posizioni), comincio a ritenere che in questo momento nel nostro paese ci troviamo in un'*impasse* molto difficile. È stato detto che si procederà soltanto ad una ricerca osservazionale e non randomizzata perché non c'è il tempo, non è possibile. Quindi è una ricerca anomala sotto certi punti di vista e non può essere presa in piena considerazione.

Detto questo, esprimo le mie congratulazioni ai signori assessori per la decisione politica che hanno preso per poter fronteggiare la situazione dei *mass media* e dei pretori, che arbitrariamente hanno assunto decisioni che non dovevano assolutamente assumere; ma tant'è, oggi avviene anche questo in Italia. Ripeto, vi faccio le congratulazioni perché siete stati unanimi e vi siete messi perfettamente d'accordo su una questione che bisogna risolvere, perché i cittadini fanno pressione.

Non mi vorrei trovare nelle vostre condizioni (mi riferisco ai pretori di prima) se un giorno alcuni giudici amministrativi della Corte dei conti vi dovessero fare dei rilievi. Questo è quello che succede nel nostro paese. È vergognoso, signori miei. Come possiamo accettare una cosa di questo genere? La collega Valpiana è andata molto oltre, riferendosi agli anni passati; io chiedo perché una tale decisione non sia stata assunta razionalmente nel mese di luglio, prima di far scoppiare un caso del genere.

FABIO DI CAPUA. Non posso nascondere un certo sconcerto alla fine di questa « due giorni » di audizioni che ci hanno consentito di acquisire una serie di elementi conoscitivi, di prese di posizione. Lo sconcerto deriva soprattutto dalla conferma sostanziale che questa vicenda ha assunto toni sicuramente più elevati in questi ultimi tempi essendosi fortemente connotata politicamente (credo che ciò non possa essere assolutamente smentito) per posizioni ufficialmente rese, per gli schieramenti dei *mass media*, i quali hanno assunto posizioni diversificate a seconda delle loro collocazioni, per gli atteggiamenti e le posizioni di molti uomini politici, per le iniziative adottate dalle regioni. Non a caso, alcune regioni amministrate dalla destra, particolarmente attente e sensibili, si sono rivelate dei veri e propri *sponsor* del metodo. Anzi, l'assessore del Veneto mi consenta di dargli atto di un equilibrio rigoroso (frutto probabilmente di una saggezza, di un rigore scientifico che la medicina veneta dimostra da moltissimi anni) nell'essersi un po' dissociato da un coro piuttosto improduttivo.

Lo sconcerto mi è stato confermato da alcune dichiarazioni rese dal professor Di Bella in questa sede. Non so se molti colleghi abbiano letto il testo del suo intervento svolto qui ieri, in cui sono emerse almeno un paio di situazioni secondo me abbastanza raccapriccianti. Una è quella di una ipotizzata alternativa, rappresentata dal suo metodo, alla terapia chirurgica per patologie in cui quasi esclusivamente la chirurgia ha un ruolo terapeutico efficace. Si è parlato di chirurgia della mammella in termini diabolici e devastanti, ignorando che la scuola oncologica italiana ha perfezionato delle metodiche di quadrantectomia, di chirurgia conservativa apprezzate e riconosciute nel mondo, metodiche che da tempo hanno ormai superato questo problema con altissime percentuali di sopravvivenza. Queste affermazioni del professor Di Bella

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 13)

SEDUTA DI MARTEDÌ 17 MARZO 1998

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LA SOLIDARIETÀ SOCIALE, LIVIA TURCO, SULLE INIZIATIVE ASSUNTE DAL GOVERNO PER L'ATTUAZIONE DELLE MOZIONI BUTTIGLIONE ED ALTRI N. 1-00070, COMINO ED ALTRI N. 1-00112, FIORONI ED ALTRI N. 1-00115, IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione del ministro per la solidarietà sociale, Livia Turco, sulle iniziative assunte dal Governo per l'attuazione delle mozioni Buttiglione ed altri n. 1-00070, Comino ed altri n. 1-00112, Fioroni ed altri n. 1-00115, in materia di tossicodipendenza:

Bolognesi Marida, *Presidente* 259, 262, 267, 270

Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 261

Del Barone Giuseppe (gruppo CDU-CDR) .. 262

Gasparri Maurizio (gruppo alleanza nazionale) 264, 266, 268, 269

Gramazio Domenico (gruppo alleanza nazionale) 263

Lumia Giuseppe (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 259, 268

Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 267

Turco Livia, *Ministro per la solidarietà sociale* 263, 266, 267, 268, 269

consentire di compiere un positivo passo in avanti, per arricchire il cammino fatto anche nel nostro paese.

Ecco perché questa ulteriore tappa che il ministro ci ha offerto rappresenta un terreno molto serio di confronto, dove le differenze possono tutte arricchirsi, anche qualora non si condividano alcuni presupposti del Governo e della maggioranza. È un terreno su cui si può evitare il conflitto ideologico, su cui finalmente si può guardare con serietà e con i dovuti strumenti al fenomeno delle tossicodipendenze e curare la vita contro le droghe: è l'espressione sintetica utilizzata dalla Conferenza di Napoli che rispecchia benissimo un cammino vero, operativo, un cammino ricco di contenuti e ci aiuta tutti a procedere in questa direzione.

Penso che il contributo del nostro Governo debba essere da questo punto di vista marcato e forte, sia a livello europeo sia per la prossima conferenza che si terrà a giugno a New York, organizzata dall'ONU. Si tratta, ripeto, di una questione internazionale, che attiene al tema della globalizzazione, perché la globalizzazione non è solo finanziaria ed economica; la globalizzazione è anche legata al fenomeno della droga, è legata alla riduzione dell'offerta e quindi alla lotta alla criminalità organizzata, la quale interviene nella gestione delle droghe. L'esperienza, che stiamo maturando, di lotta e di riduzione della domanda, quindi di intervento di cura della vita e di riabilitazione complessiva, deve sposarsi con una riduzione dell'offerta. Mettere insieme, comparare queste strategie di cura della vita e di lotta al traffico internazionale della droga e alle criminalità che vi stanno dietro richiede uno sforzo all'interno del meccanismo della globalità, che è anche culturale e sociale, a livello anche della Comunità europea e dell'ONU: questo organismo internazionale, tra l'altro oggi guidato, per questo aspetto, da un italiano, Pino Arlacchi, può diventare un'occasione ulteriore di crescita e di maturazione per il cammino che stiamo compiendo nel nostro paese e nel contesto internazionale.

ROCCO CACCAVARI. Va immediatamente rilevato come nella relazione del ministro sia contenuto l'insieme di tutte quelle tappe che nel percorso di questi anni hanno caratterizzato le diverse prese di posizione del Governo, consigliato e guidato forse dal pensiero degli operatori, nel campo delle tossicodipendenze. Mi pare che una serie di considerazioni svolte possano davvero rappresentare una innovazione rispetto al modo abituale di affrontare questa problematica. Si tratta di uno sforzo che dobbiamo compiere, tenendo conto della necessità dei numeri relativi ai finanziamenti, ai soggetti, agli operatori, a tutte le questioni che in ambito statistico devono essere poste in evidenza per poter bene legiferare.

Abbiamo necessità di attualizzare la nostra cultura in questo campo, proprio perché il cambiamento dei tempi è segnato soprattutto dal cambiamento delle società. Credo che non si possa più ragionare in ordine ai trattamenti nei riguardi della tossicodipendenza senza considerare una questione che va fortemente sottolineata, quella dell'universalità del disagio. Bisogna quindi ragionare, oltre che dei mezzi che consentono di affrontare questo disagio, anche delle motivazioni che rendono uniformi, in tutto il nostro pianeta, condizioni per le quali il ricorso alla droga molto spesso rappresenta una soluzione. Abituati come siamo a vivere all'interno della nostra società ricca, il disagio ci viene qualificato come disagio solo morale o come disagio definito, in maniera forse un po' impropria, esistenziale. Dobbiamo invece fare i conti anche con quella universalità del disagio espressa da intere popolazioni che, attraverso le droghe, cercano di dare qualità alla propria vita. Bisogna cioè uscire dall'idea secondo cui l'uso della droga sia solo la copertura di un dolore; molto spesso è invece un tentativo di dare sensazione vitale, di dare la percezione diretta di cosa significa vivere, perché è vero che la droga attenua le sofferenze, trasforma le relazioni, crea l'illusione di poter vivere in maniera diversa.

Trasportando nel nostro mondo questa possibilità di sopravvivere che tante popolazioni povere hanno attraverso l'uso delle droghe, forse dobbiamo immaginare quale possa essere la povertà esibita nel mondo occidentale dai giovani che di questa droga fanno abuso. Credo che questa sia una povertà che ci coglie tutti, perché dobbiamo avere la capacità di arricchire le giovani generazioni di nuovi valori, ai quali noi stessi siamo chiamati ad adeguarci per l'esercizio culturale che ci è imposto; ed i nuovi valori passano anche attraverso il riconoscersi inadeguati, perché i valori attuali della solidarietà sono legati al riconoscimento di società diverse, quindi di culture a volte antitetiche rispetto alla nostra. Quando queste omogeneizzazioni si tentano solo attraverso lodevolissime iniziative legislative ma senza maturazione culturale, è probabile che nel mondo giovanile rimanga la scoria di questa durissima lavorazione della materia, quella del tentativo di mettere assieme mondi così diversi.

Ritengo quindi che la droga abbia sicuramente una sua invadenza quasi incoercibile nel mondo giovanile; ma è anche vero che l'invadenza che dobbiamo fermare è quella dell'abbattimento della ricerca dell'adeguamento dei valori alla società per quella che è oggi. Non possiamo immaginare che il giovane tossicodipendente che oggi ha venti anni e che comincia a far uso delle droghe dopo venti anni di campagna antidroga sia uguale al giovane che, invece, ha iniziato negli anni settanta, dopo venti anni di incentivo all'uso nella società negativa nella quale è cresciuto.

Lo sforzo culturale viene richiesto a noi adulti; non dobbiamo dire ai giovani cosa devono fare, cerchiamo di capire noi cosa dobbiamo fare per adeguare questa ricerca dell'omogeneizzazione ai livelli che riteniamo alti, cerchiamo di capire quanto questi livelli invece rappresentino un obiettivo di diversità per i ragazzi stessi, come questi livelli possano essere addirittura origine di conflitto nel loro mondo e nel loro modo di proporsi al mondo.

Credo quindi, condividendo pienamente tutta l'articolazione della relazione per quanto riguarda le iniziative legislative ed anche l'ampliamento delle opportunità di contatto, che forse il vero passaggio al quale dobbiamo umilmente adeguarci è quello di imparare a ragionare e ad inventare un dialogo con questa diversità. Una diversità che non è più quella identificata da noi; è una diversità veramente sentita all'interno del mondo giovanile, rispetto alla quale è difficile stabilire codici di comprensione senza compiere un passaggio culturalmente impegnativo. Possiamo fornire tutti i servizi che vogliamo, ma se con gli operatori sulla strada, nei SERT, nella comunità dove si segnala una parte di questa sofferenza, non riusciamo a parlare il linguaggio che la diversità raccoglie consentendoci di metterci in comunicazione, finiremo per essere soltanto i « prescrittori » di qualcosa, di qualche situazione all'interno della quale alcuni, ma non tutti, possono riconoscersi.

Allora, tenendo conto dell'articolazione degli interventi, dobbiamo lavorare tutti insieme al riconoscimento di questa identità, di questa innovazione sociale rappresentata da un mondo giovanile che sta quasi rinunciando al conflitto con le generazioni precedenti – quel conflitto che era invece la maniera salutare di darsi il cambio nella società stessa – per chiudersi all'interno di un conflitto tutto proprio, dove obiettivamente molto spesso la droga passa come unica consolazione.

PRESIDENTE. Sono un po' in imbarazzo, colleghi, poiché l'onorevole Gasparri, il quale ha manifestato la volontà di intervenire, ha comunicato che per un problema di traffico dovrà tardare. La mia disponibilità, come quella della Commissione, è elevatissima, ma dovrei dare la parola al ministro, visto che non vi sono altri colleghi i quali intendono intervenire e non vorrei forzare nessuno.

GIUSEPPE DEL BARONE. Anche perché se arriva tra un'ora !

PRESIDENTE. Non sarà un ora, sono già passati circa venti minuti da quando ha chiamato per avvertire del ritardo.

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII

(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA

SUGLI ASPETTI SOCIALI E SANITARI DELLA PROSTITUZIONE

(SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LE PARI OPPORTUNITÀ ANNA FINOCCHIARO)

(n. 2)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 23 LUGLIO 1998

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione del ministro per le pari opportunità, Anna Finocchiaro:

Bolognesi Marida, *Presidente* 19, 29, 32

Burani Procaccini Maria (gruppo forza Italia) 26

Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 27

PAG.

Finocchiaro Anna, *Ministro per le pari opportunità* 26, 29

Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 19

Pozza Tasca Elisa (gruppo misto-per l'UDR-patto Segni/liberali) 23, 26

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 21

momento successivo il problema interno ed affrontando immediatamente quello della tratta e dello schiavismo nei confronti delle ragazze provenienti dai paesi dell'est o dall'Africa. Esistono rilevanti differenze tra la tipologia della prostituzione indotta dall'est e quella indotta dall'Africa, anche per quanto riguarda il tipo di sfruttatore, che è completamente diverso. In Africa si usa la tecnica tribale, con violenze di tipo più psicologico e religioso che fisico, mentre nell'est si assiste a violenze più di tipo fisico e psicologico che religioso. Inoltre, mentre dall'Africa, anche per lo stato di arretratezza e per la mancanza di informazione, arriva la prostituta che crede veramente di venire a svolgere un altro mestiere, dai paesi dell'est molto spesso arrivano purtroppo delle bambine a cui viene detto che faranno le prostitute, però con tutti gli accorgimenti e le protezioni possibili. Questo non avviene dappertutto, perché sappiamo benissimo che, specialmente in alcuni paesi dell'entroterra contadino, vengono letteralmente rapite. Le ragazze originarie delle città dei paesi dell'est si sono abituate nel tempo ad una prostituzione rapida, con il turista proveniente dai paesi ricchi; queste persone, recandosi in Italia, pensano di poter fare la stessa cosa, invece si trovano schiavizzate e nell'impossibilità di agire diversamente.

L'indagine conoscitiva dovrebbe essere mirata alle tipologie, affrontando l'argomento – con tutti i mezzi utili, come quelli citati dalla collega Pozza Tasca – sia sul piano internazionale sia su quello nazionale. Su quest'ultimo, ministra, qualcosa va fatto, e anche rapidamente. Ho letto nella sua relazione che il Lazio è una delle regioni con il più alto indice di prostituzione; sono state citate delle strade, ma io ve ne potrei citare centomila dalle mie parti e vi potrei dire che fino a Formia-Gaeta si tratta di prostitute dell'est, da Formia-Gaeta in giù sono nigeriane (la Domiziana è una strada allucinante).

Siamo in prossimità della sospensione dei nostri lavori per la pausa estiva, ma a settembre saremo disponibili a riprendere l'argomento. Sarebbe anche utile se lei potesse avviare delle indagini mirate; ho letto che ha già fatto alcune cose ottimamente, ma occorre farne altre per suddividere l'argomento, in modo da incidere con il bisturi settore per settore, fatto che ritengo indispensabile.

ROCCO CACCAVARI. Penso che l'interessamento del Parlamento su una questione del genere debba essere limitato ad alcuni aspetti, in quanto un discorso generale porterebbe molto lontano, trattandosi di un fenomeno che non si sa quando è iniziato e che credo non finirà. Varrebbe la pena di soffermarsi su taluni aspetti allarmanti sotto il profilo antropologico e sociale, come per esempio quello della tratta, facendo un'operazione di buona intelligenza politica nel senso di non isolare le donne che offrono il loro corpo per l'attività sessuale dalle altre centinaia e centinaia di persone che vengono sfruttate per il lavoro nero. Alla fine l'assimilazione non sembri irriverente, perché non credo ci sia differenza tra chi lavora sulla strada e la famiglia cinese chiusa in un *garage* a fabbricare scarpe o *jeans* per venti ore al giorno.

Credo che sottolineare fortemente soltanto gli aspetti della sessualità ci faccia tagliare in maniera molto netta per diverse identificazioni il problema generale che invece dobbiamo affrontare, quello di una società occidentale che considera la vita delle persone provenienti da altre parti del mondo come materia disponibile per rispondere al proprio mercato, sia quello del piacere sia quello di altre economie. Ritengo quindi che la nostra attenzione debba essere sempre di più focalizzata sul rendere agibile la presenza di queste persone, per qualunque ragione siano venute nel nostro paese, tenendo conto di elementi che loro stesse ci proporrebbero se gliene dessimo il tempo, vale a dire la loro dignità e la loro capacità di essere insieme a noi costruttori della dignità di tutto il paese.

Detto questo, occorre riflettere sul fatto che qualunque donna si presenti in un luogo del nostro paese dove possa essere avvicinata trova un cliente. Sono

d'accordo allora che la domanda crescente debba essere riportata alle vere radici che la determinano, cioè a questa fragile, quasi inconsistente modalità di considerare la sessualità nel nostro paese, che impedisce per esempio l'educazione sessuale nelle scuole, che impedisce che all'interno delle famiglie si apra fino in fondo il discorso sulla conoscenza del proprio corpo, che impedisce soprattutto, nella società in generale, di fare i conti con i propri desideri e con i propri istinti. Se analizzassimo più da vicino le ragioni che portano un maschio a cercare per strada il soddisfacimento della propria sessualità scopriremmo che non sono da questi motivi lontane le donne della sua vita (la mamma, la moglie, la morosa), vale a dire le persone che l'hanno condizionato sotto il profilo dell'identificazione o del riconoscimento fino in fondo della sua potenzialità sessuale, che non è soltanto quella della procreazione ma – viva Dio, va detto – è anche ricerca del piacere. L'amore è cattura, è passione, è caccia, è fuga, è anche procreazione: se non entriamo nell'ambito di queste considerazioni facciamo l'errore di considerare quello sessuale come un rapporto d'amore anche quando non avvenga entro i canoni ed i limiti che noi, socialmente, culturalmente, politicamente e per religione, abbiamo posto. Non è così. È perseguibile lo sfruttamento della persona, uomo o donna che sia; è perseguibile la maniera violenta con cui questo rapporto può essere portato avanti, ma la possibilità di mettersi insieme ad una persona per ricercare la soddisfazione di un istinto naturale credo debba spostarci verso quel tentativo, di cui ho parlato prima, di educare affinché queste cose diventino patrimonio della cultura del nostro paese. Forse questo ci agevolerà quando si tratterà di decidere come comportarsi e come agire. Scegliere di identificare quartieri o strade in cui relegare le persone dedite alla prostituzione equivale a chiudere gli occhi e far finta di non vedere, perché basta non passare da lì e non si sa nulla; però, questo dovrebbe avvenire anche per tutte le altre forme di esibizione della prostituzione, perché stiamo parlando soprattutto delle donne extracomunitarie o che provengono da paesi da cui, per ragioni loro, sono costrette ad allontanarsi, senza invece accentuare l'attenzione sul fenomeno indigeno: basta infatti aprire un quotidiano per vedere centinaia di annunci corredati da numero di telefono e da varie descrizioni. È questo un modo decente, non visibile, ma è anch'esso un fenomeno che deve essere tenuto presente.

Credo che si debba fare una campagna non contro i comportamenti ma contro le condizioni in cui tali comportamenti vengono ad essere attuati. Occorrerebbe per esempio intensificare il lavoro sulla strada: ho potuto operare sulle strade con i pulmini, avvicinandomi a questo mondo attraverso le ragazze tossicodipendenti, e so che è necessaria molta prudenza e una grande capacità di comprendere cosa stia avvenendo in quelle persone. Offrire l'alternativa di un letto in una casa di assistenza con un pasto caldo due volte al giorno, con la prospettiva di andare a dormire alle otto di sera, contraddice profondamente le manifestazioni di una personalità che in maniera deviante – posso dire così, anche se non è il mio concetto – si concretizza nel fare la prostituta. Il fenomeno va compreso sotto gli aspetti più profondi – antropologico, psicologico e sociale – delle persone, mentre credo che più razionalmente si possano adottare dei provvedimenti sul piano dell'ordine pubblico.

Starei anche attento alle soluzioni come quella svedese, perché bisogna verificare le cause che portano una persona a cercare compagnia. Molto probabilmente in un paese un po' meno bigotto faremmo tesoro di culture lontane dalle nostre, forse più semplici, dove la vita sessuale è vissuta con istinto. Nei popoli in cui la sessualità rientra veramente nella parte gioiosa della vita non esiste prostituzione, perché non esiste trasgressione; la sessualità è vissuta liberamente e tranquillamente come e quando si può. Certo, lo si dice sempre, vorremmo che l'amore fosse controllo e appartenenza fin quando lo si desidera, poi bisognerebbe lasciarsi e rivol-

gersi altrove. Queste cose si dicono, ma poi magari si pensa alla mamma e alla sorella e non si è più d'accordo.

PRESIDENTE. Do ora la parola al ministro Finocchiaro per la replica.

ANNA FINOCCHIARO, *Ministro per le pari opportunità*. Ringrazio tutti i colleghi intervenuti, perché questi due pomeriggi di discussione mi pare abbiano delineato con grande chiarezza alcuni criteri di orientamento del lavoro della Commissione, nonché del dibattito politico, culturale ed istituzionale sulla prostituzione, taluni punti di partenza, criteri ordinatori della discussione che mi paiono acquisiti. Guardate, non è un risultato da poco ! Come mi pare abbia accennato la collega Burani Procaccini, non è un problema da poco ! I linguaggi, quello massmediologico ma anche politico e del sapere collettivo, che si intrecciano sul tema della prostituzione e su quello della tratta sono spesso linguaggi da Babele. Avere adottato alcuni criteri ordinatori della discussione in maniera così netta da parte degli interventi di tutti i gruppi mi rassicura circa il fatto che un lavoro efficace possa essere svolto anche in tempi non brevissimi.

Ho concluso la relazione in maniera pessimistica. L'onorevole Valpiana ha detto che dobbiamo essere sostenuti dall'ottimismo della ragione: non c'è dubbio, altrimenti non mi sarei messa a lavorare su un fenomeno che, per le caratteristiche, per la qualità e per la quantità degli interessi che muove, per il suo ambito internazionale e per un'altra serie di questioni che non sto minutamente a descrivere, comporta un compito immane, anche per molti aspetti di cui ha parlato poc'anzi l'onorevole Caccavari.

Quali sono questi criteri ordinatori ? Il primo mi pare che sia quello che ha molto esplicitamente citato l'onorevole Burani Procaccini, cioè che dobbiamo cominciare a tracciare una linea di demarcazione, in funzione di una ragione non ideologica ma di osservazione e di analisi della realtà, che dobbiamo avere il coraggio di vedere e leggere fino in fondo, ci piaccia o non ci piaccia. Una demarcazione netta tra quella che chiamiamo prostituzione autogestita, che è soprattutto nazionale – io ho fornito alcuni dati ed altri sono disponibili; molte analisi, peraltro, sono state prodotte da associazioni di prostitute, di *sex worker*, anche in collaborazione con organismi internazionali e con l'Istituto superiore di sanità – e il fenomeno della riduzione in schiavitù a fini di sfruttamento sessuale, perché si chiama così. Si chiama così in forza della sua natura ormai esplicita e pericolosissima – perché, come ha sottolineato l'onorevole Massidda nel suo intervento, corrisponde ad uno dei tre *business* più importanti delle organizzazioni criminali di stampo mafioso di carattere internazionale – nonché per le modalità con cui viene attuata. Gli episodi riferiti dall'onorevole Pozza Tasca riguardano soltanto alcuni dei pochissimi fatti che assurgono alla cronaca; ma ogni giorno, in questo paese, moltissime giovani donne provenienti da altri paesi e che sono sfruttate a fini sessuali subiscono violenze straordinarie, fisiche e di riduzione della propria libertà.

Sono due fenomeni diversi e diversamente vanno trattati. Fare confusione ideologica su questo punto è non soltanto pericoloso ma ostativo della ricerca di una soluzione efficace, che deve essere la più pragmatica possibile e, se sarà necessario (come sembra che sia), anche adottata sperimentalmente, con grande attenzione alla qualità del problema in quel territorio. Infatti, lo sfruttamento sessuale delle donne, nigeriane piuttosto che albanesi, in Veneto piuttosto che in Puglia o in Campania, ha caratteristiche diverse e per questo credo che un lavoro organizzato e strutturato sotto il profilo normativo, ove necessario, o sotto il profilo amministrativo vero e proprio da parte del Governo nazionale non possa non trovare nelle regioni e negli enti locali il luogo di applicazione.

La convinzione di una distinzione netta tra il fenomeno della tratta ed il fenomeno della cosiddetta prostituzione autogestita ha sostenuto il Governo, e in particolare il mio ufficio, nella introdu-

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII
(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SUGLI ASPETTI SOCIALI E SANITARI DELLA PROSTITUZIONE
(AUDIZIONE DEI RAPPRESENTANTI DELLE ASSOCIAZIONI ARCI, CARITAS E PARSEC)

(n. 3)

SEDUTA DI GIOVEDÌ 10 SETTEMBRE 1998

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PIERGIORGIO MASSIDDA**

INDI

DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Audizione dei rappresentanti delle associazioni ARCI, Caritas e Parsec:

Massidda Piergiorgio, *Presidente* . 35, 41, 56, 59
Bolognesi Marida, *Presidente* 42, 49
Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) . 39
Berettini Sonia, *Componente della direzione nazionale dell'ARCI* 37, 56, 57
Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 52
Carchedi Francesco, *Presidente del Parsec* 36, 43, 47, 57
Gidoni Massimo, *Consulente sui progetti socio-sanitari dell'ARCI* 51
Gulia Giuseppe, *Incaricato per la questione della tratta della Caritas italiana* 36, 46, 56
Nozza Vittorio, *Responsabile della formazione della Caritas italiana* 50
Polenta Paolo (gruppo popolari e democratici-l'Ulivo) 42
Pozza Tasca Elisa (gruppo misto-per l'UDR-patto Segni/liberali) 39, 54
Striano Salvatore, *Operatore del progetto Cabiria dell'ARCI* 48, 57
Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 40, 55

scuno di noi ha un suo atteggiamento, c'è un aspetto ben concreto, che è quello emergente di questi anni, cioè la violenza legata al *racket*: credo che questo sia l'elemento fondamentale, da affrontare con strumenti opportuni. Va affrontato e va conosciuto, perché ho la sensazione che tutti noi che lavoriamo in questo campo abbiamo compiuto studi e portato avanti osservazioni per cercare di fare valutazioni quantitative e qualitative del fenomeno, però tutto molto faticosamente ed in modo spesso approssimato. Comunque, il fenomeno è in continua evoluzione, per cui io direi che è necessario individuare uno strumento di monitoraggio, che possa in qualche modo tenere il polso del fenomeno stesso. Per questo ciò che si sta facendo dà sicuramente strumenti di conoscenza.

Pensiamo alle unità di strada. Queste sono strumenti di conoscenza nel momento in cui vanno a contattare, diciamo, una situazione di patologia sociale ma non si pongono come un terapeuta, cioè non propongono direttamente un discorso di uscita dal comportamento di prostituzione ma propongono come prima battuta una alleanza, una alleanza tra gli operatori e gli utenti per fare in modo che la prostituzione non sia di danno né all'utente né al cliente. Questo è il presupposto della fiducia, quindi il presupposto per un cammino che può portare anche ad uscire da quel comportamento, può portare ad una alleanza forte, quindi può portare molto in là. Dunque, direi che le unità di strada, sia fisse sia mobili, per la riduzione del danno sono uno strumento senz'altro di prevenzione ma anche di conoscenza del fenomeno e di gestione intelligente dello stesso, però per quella che è la parzialità del loro intervento.

Un'altra esigenza, che credo sia già stata indicata ma che vorrei sottolineare, è quella della formazione di operatori che siano preparati ad entrare in un mondo come questo, che è evidentemente molto complesso ed investe, come cerchi concentrici, gli aspetti più personali, prima umani e poi sociali, economici, politici e così via: è un discorso grandissimo. Quindi, un operatore che sia capace di muoversi in questo mondo non è che lo si possa inventare, va formato. Lo spirito dei volontari è indubbiamente uno spirito positivo ma non è sufficiente, quindi è un aspetto molto grosso e da prendere in considerazione quello della formazione di un personale per approcciare questo problema e portarlo avanti.

Un'osservazione: un nodo molto importante, ad esempio nelle unità di strada, che spesso fa riconoscere agli operatori l'esistenza di limiti è quello dell'accesso alle strutture sanitarie, ai servizi. È un nodo difficile perché superato il momento dell'impatto iniziale, quando magari si dialoga e si ha reciproca fiducia, di fronte alla proposta di esami clinici sorge la domanda del dove. Vanno forse fatti a pagamento, in qualche struttura privata? Infatti, possono senza pericolo ricorrere alle strutture pubbliche persone che non hanno documenti? È un problema molto grosso, perché poi costoro diventano mine vaganti. La mancanza di assistenza sanitaria è un problema enorme.

Tra l'altro, credo che vi sia la necessità di portare fino in fondo il coordinamento tra tutte le iniziative. Chi lavora nel campo le conosce per interesse personale oppure perché qualcuna di queste riesce. Ritengo tuttavia che sia necessario anche l'intervento del legislatore al fine di coordinare le varie iniziative e monitorare i dati, mettendo altresì a disposizione di tutti gli operatori informazioni e strumenti utili.

ROCCO CACCAVARI. Raccolgo con molto interesse i ragionamenti svolti finora, nella convinzione che dal punto di vista informativo, oltre che della qualità del lavoro, c'è sempre la possibilità di apprendere di più. È chiaro infatti che la presenza sul campo suggerisce continuamente nuovi elementi su cui ragionare. Penso che una definizione della prostituzione come quella che è stata fornita in questa sede soccorra ancora di più nella scelta di distinguere l'azione che è dovuta da parte delle istituzioni nei riguardi della tratta da quella che è dovuta da parte

della società nei riguardi della prostituzione. Mi fermo alla prima parte perché ritengo che, per quanto concerne l'atto in sé, nel momento in cui vi è uno scambio che consente il pagamento della prestazione, bisogna stare attenti ad entrare nell'ambito di questo contratto.

Ritengo che la nostra sia un'azione che si avvia con ritardo; come è stato ricordato, nella storia abbiamo avuto molteplici esempi del problema dello sfruttamento e della riduzione in schiavitù delle persone ed in particolare, per l'argomento che qui trattiamo, delle donne. Mi riferisco alla tratta delle bianche, quando le donne europee sparivano negli emirati arabi, suscitando varie leggende attorno a questi avvenimenti. La situazione attuale ci fa nuovamente ritrovare motivi legati alla povertà che inducono le persone a porre sul mercato loro stesse.

Dobbiamo capire innanzitutto se è vero che la tratta si svolge solo sulla strada, perché secondo me vi sono altri luoghi ed altre condizioni: basta pensare al giro dei *night*, dove la schiavitù in un certo senso è ancora più orribile, trattandosi di donne costrette a vivere solo di notte, a bere senza voglia ed a condurre una vita completamente priva anche di quel minimo di autonomia che potrebbe metterle a contatto con le unità di strada. Dobbiamo avere il coraggio di superare questa barriera di merce a confronto solo con il visibile: so che è difficile – perché anch'io ho fatto l'operatore di strada – superare una porta chiusa, protetta e blindata dalla mafia o dalla delinquenza; tuttavia si deve sapere che così nei luoghi chiusi come sulla strada si svolge lo stesso orrore sotto il profilo dello sfruttamento.

Dobbiamo dunque lavorare per il raggiungimento di una cultura che porti a riconoscere che non si può salvaguardare alcun posto dove l'indegnità di un rapporto che ci sconvolge fuori possa poi essere dimenticata. Credo che nelle nostre periferie annegate nell'oblio le donne siano sottoposte ad una violenza per la quale, oltre che vendere il proprio corpo, esse pagano prezzi ancora più alti: la schiavitù della propria intelligenza e della propria sensibilità, nonché dell'essere donna nel suo complesso. Dico questo non per dilatare il ragionamento, ma per ricordare che non possiamo ogni volta scoprire che esiste qualcosa e concentrare su ciò la nostra attenzione, forse per dimenticare altri aspetti.

La prostituzione di strada è diventata un disturbo perché è sempre più visibile, ma c'è sempre stata; come è stato affermato, sono proprio i benpensanti, i quali magari di notte alimentano il mercato, che di giorno denunciano questo fatto. A seguito di ciò si sviluppa l'insipienza dei sindaci, che effettuano scelte poco intelligenti, perché ricacciare continuamente un fenomeno significa poi farlo ingrandire ed aggravare da altri elementi di difficoltà. Mi sono recato dal prefetto della mia città per raccomandargli di non ricorrere alle multe come soluzione del problema e mi è stato risposto che era stato stabilito il divieto di sosta in certe strade per cui chiunque si fosse fermato avrebbe preso una multa (quindi, o le catturano al volo, oppure non so come faranno). Dunque non vi è alcuna multa per le prestazioni, ma solo per la sosta in certe strade: esistono anche queste alchimie nella nostra società, da parte di chi fa a gara a comportarsi nel peggiore dei modi!

Desidero aggiungere un'altra considerazione sul contributo fornito dagli enti religiosi in questi ultimi tempi, lavorando sulla base della grande esperienza che essi hanno sempre avuto nel soccorrere queste donne, con finalità o meno di redenzione (ma questo non interessa). È molto significativo che si possa ricorrere a tale secolare accoglienza per un problema molto attuale, che ripete anch'esso comportamenti secolari. Da questo punto di vista siamo sprovvisti di mezzi perché non vi è un luogo dove si possano accogliere queste donne in attesa che la loro situazione legale e sociale decanti. Forse sarebbe un segno di grande civiltà da parte nostra mettere le donne in condizione di scegliere. Credo che nessuna donna scelga di fare una vita legata alla violenza, ma ritengo altresì che non necessariamente

debba scegliere di andare a servizio da qualcuno: magari potrebbe aver voglia di riprendere a studiare, di fare la giornalista e non la colf, mentre noi siamo costretti, per la ristrettezza dei mezzi e la scarsità delle risorse, ad offrire sempre le stesse cose, cioè un letto ove dormire, un po' da mangiare e qualche lavoretto saltuario. Ciò demotiva dall'uscire da questa situazione, tant'è che alcune donne preferiscono fare per un paio d'anni quel tipo di vita e mettere da parte qualche soldo per poi tentare una scelta autonoma.

Il volontariato ha un grande merito per ciò che sta facendo; credo tuttavia che come istituzione dobbiamo finalmente uscire da un perbenismo che da una parte ci fa scandalizzare e dall'altra paralizza una vera e propria azione di riscatto sociale di queste persone, che rientrano nel gran numero degli immigrati. Desidero altresì sottolineare che per riduzione in schiavitù si intende non solo la prostituzione ma anche il lavoro di quindici-venti persone rinchiuse in un garage a fabbricare, per esempio, ciabatte che poi vengono vendute altrove. La nostra azione deve essere volta a cambiare la cultura, cioè a capire che non vi è il meno o il peggio: la riduzione in schiavitù è tale comunque si manifesti e non solo quando è il corpo a diventare strumento di mercato. Noi conviviamo con una prostituzione adattata al nostro modello sociale (telefonini, alberghi e così via), mentre la prostituzione di strada ci sollecita maggiormente: tuttavia non dobbiamo dimenticare che esiste una prostituzione di strada « nostrana », di fronte alla quale la reazione dovrebbe essere uguale.

Uniamo dunque le risorse e facciamo in modo che il volontariato possa operare con gli strumenti necessari e più adatti, perché quando un'associazione non riesce più a finanziare le proprie iniziative spesso non vi è un immediato ricambio istituzionale; ciò non può essere scritto in una legge o stabilito solo in un'ordinanza del sindaco perché occorrono le motivazioni a percepire come molto spesso la solidarietà deve essere ad un passo da tutto quello che dobbiamo fare, cioè garantire la dignità di tutte le persone che vengono nel nostro paese e trasformare lentamente le loro richieste in veri e propri diritti. Credo che questo sarà il passo che ci consentirà di parlare di questi fenomeni con maggiore responsabilità.

ELISA POZZA TASCA. Dopo l'ampia riflessione che abbiamo svolto, ricca di valori e di contenuti, vorrei spostare l'attenzione su un punto che forse può sembrare banale ma che per me ha acquisito grande importanza soprattutto dopo le molteplici missioni da me svolte negli ultimi mesi in Albania per conto del Consiglio d'Europa. Dunque mi rivolgo più specificatamente a questo tipo di traffico, del quale ho maggiore conoscenza, unitamente alla questione della vendita di organi dei minori.

Vorrei spostare l'attenzione sul cliente, al quale finora si è soltanto accennato: infatti sto cercando, nell'ambito dei vari dibattiti ai quali partecipo, di dare una responsabilità al cliente, non tanto morale, perché non mi compete, quanto civile. Esiste infatti un mercato in espansione perché ci sono una domanda ed un'offerta; abbiamo inoltre assistito ad interventi da parte dei sindaci volti a colpire il cliente per tentare di arginare momentaneamente quanto sta succedendo e personalmente non sono scettica su quanto si sta facendo, anche perché è soltanto un mese che avviene questo, soprattutto a fronte del ritardo delle istituzioni (del quale mi assumo la mia parte di responsabilità). I sindaci hanno ritenuto necessario applicare il codice della strada perché non esiste un codice penale che possa dare delle risposte. Mi riferisco al codice penale perché credo che il reato di tratta sia un fenomeno nuovo, non previsto dal codice, che dobbiamo prendere in considerazione. I paesi nordici, ed in particolare la Svezia, stanno portando avanti iniziative di legge che mirano a colpire il cliente.

Vi chiedo pertanto se, oltre ad operare sul versante delle donne, possiamo fare qualcosa per responsabilizzare i clienti,

(...)

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 1)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 23 SETTEMBRE 1998

(Ai sensi dell'articolo 119, comma 3, del regolamento)

AUDIZIONE DEL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE TECNICA PER LA SPESA PUBBLICA, ALESSANDRO PETRETTO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PAOLO POLENTA

INDICE

PAG.

Audizione del presidente della Commissione tecnica per la spesa pubblica, Alessandro Petretto:

Polenta Paolo, *Presidente* 3, 9, 16, 22

Baiamonte Giacomo (gruppo forza Italia) . 15

Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 13

Catalano Giuseppe, *Componente della Commissione tecnica per la spesa pubblica* 20

Cè Alessandro (gruppo lega nord per l'indipendenza della Padania) 8, 10

Di Capua Fabio (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 10

PAG.

Filocamo Giovanni (gruppo forza Italia) . 12

Giacco Luigi (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 15

Lucchese Francesco Paolo (gruppo misto-CCD) 9

Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia) . 5, 12

Petretto Alessandro, *Presidente della Commissione tecnica per la spesa pubblica* 3, 5, 8, 16

Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) 11, 16

ALLEGATO 23

dalle vostre parole, mi sembra che anche voi non abbiate del tutto presente la situazione. Mi ha colpito sentire che il *budget* complessivo della spesa sanitaria non è ancora chiaro. Mi piacerebbe in proposito sapere quale sia il ritorno derivante, per esempio, dai *ticket*, dai servizi che vengono offerti (sappiamo che alcuni vengono fatti con convenzioni all'estero). Di tutto questo non riusciamo ad avere informazioni, per cui sarebbe cosa gradita se poteste farci avere elementi informativi presenti nei vostri studi.

Vorrei aggiungere una sola domanda a quelle già poste dai miei colleghi. Si è detto che lo Stato sta cercando, al fine di ridurre le spese, di favorire l'utilizzazione dei servizi privati da parte di chi se lo può permettere, per cui in linea di massima non sarebbe nemmeno contrario al ricorso alle assicurazioni integrative. Siamo stati recentemente invitati a diversi congressi organizzati dalla ANIA, l'Associazione nazionale degli istituti di assicurazione: una delle critiche che rivolgevano ai DRG, in merito alla differenza tra ospedalità convenzionata esterna e ospedalità pubblica, riguardava il fatto che la prima non era obbligata ad avere il pronto soccorso o altri servizi che magari comportavano altissimi costi. Ebbene, le assicurazioni hanno illustrato un loro studio reso pubblico, da cui risulta che, anche tenendo conto di tutti i servizi obbligatori, queste hanno la capacità di dare un servizio ad altissimo livello convenzionandosi con le stesse strutture ed addirittura con gli stessi ospedali pubblici; badando ovviamente al costo qualità-prezzo, riescono a dare lo stesso servizio – anzi, qualitativamente migliore e con maggiore velocità – ad un terzo di quanto previsto dalla spesa sanitaria. Ci chiediamo allora dove siano questi rivoli nascosti per i quali lo stesso servizio costa allo Stato tre volte di più, quando convenzionandosi con delle assicurazioni queste riescono a fornirlo con un costo pari ad un terzo.

Probabilmente anche voi nel quadro del bilancio avrete necessità di valutare questa situazione, perché alla fine sembrerebbe quasi che allo Stato converrebbe, piuttosto che fornire un servizio diretto, convenzionarsi con gli istituti assicurativi.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei davvero che queste audizioni venissero ripetute perché attraverso le notizie e le informazioni che ci avete dato è possibile formulare qualche considerazione che ci responsabilizza di più nelle cose che andiamo dicendo.

Vorrei porre una domanda secca: si sa se sia vero che la spesa sanitaria è sottostimata ? Per soddisfare una mia curiosità ho appreso che quando un *manager* prende in mano un'azienda decotta per prima cosa interviene sul personale; mi pare che la spesa sanitaria per gran parte sia investita sul personale, per cui, se questo rimane sempre lo stesso, tutti i nostri ragionamenti si incentrano su quella quota che riguarda beni e servizi. Lungi da me l'idea di mandare le persone a casa, ma se potessimo programmare con una responsabilità più coinvolgente anche i lavoratori della sanità, si potrebbe pensare al riutilizzo di questa forza lavoro in altri ambiti del settore. Quando in un ospedale si eliminano dei posti letto si determina un aumento del personale disponibile, mentre, a fronte di questo, generalmente sul territorio si avvertono delle carenze; mi pare che attraverso lo spostamento, con la logica abbastanza semplicistica espressa da me ma opportunamente sostenuta dal vostro valore tecnico, potremmo recuperare forza lavoro e dare risposte.

Da questo punto di vista, la concorrenza non può essere uno degli elementi che molto spesso determinano anche conflittualità tra le aziende ospedaliere e le ASL del territorio: ho assistito a situazioni nelle quali, proprio in base a questa conflittualità, è venuto meno un principio a mio avviso fondamentale in una seria programmazione sanitaria, quello per cui, quando si chiudono letti in ospedale per favorire un trattamento sul territorio, deve esserci la contestuale apertura di servizi che assorbano ciò che in ospedale non viene più seguito. Se vogliamo salva-

guardare il principio per cui l'ospedale deve trattare la cuzie ed il territorio deve affrontare il resto delle patologie e della prevenzione, credo che questa contestualità sia il titolo primo cui riferirsi per pensare ad una programmazione impegnativa e seria.

Ciò detto, volevo porre un'altra domanda. Vorrei sapere se le cifre da voi fornite sulla spesa privata e pubblica tengano conto anche di una spesa indegna, quella delle retribuzioni in nero. Vi è tutto un mondo della sanità che dà prestazioni senza fattura; sappiamo che queste cose esistono, che ottenere una ricevuta da un professionista è una fatica immonda, non soltanto perché si può avere pagando l'IVA, ma perché questa poi rappresenterebbe una testimonianza di abitudini che andrebbero sicuramente cambiate. Credo che questo inquini non solo la spesa ma anche la deontologia di un tipo di lavoro nel quale il rapporto tra prestatore d'opera e chi quest'opera riceve, avendo necessità di essere basato sulla fiducia, deve essere un rapporto chiaro.

Penso, poi, che il controllo della spesa debba passare anche attraverso l'analisi di alcuni indicatori che di solito sono messi da parte quando si parla di numeri. Si parlava poco fa della formazione del personale, ritenendo che il medico formato possa essere più capace di utilizzare i farmaci o la strumentazione necessaria ad effettuare gli esami; questo è vero, però è anche vera una realtà a proposito della quale porto un esempio che ho vissuto direttamente. Il direttore generale della USL ha promesso ai medici un incentivo nel caso vi fosse stato risparmio nella spesa farmaceutica: non solo ciò è immediatamente avvenuto, ma sono stati recuperati nelle terapie farmaci che erano stati abbandonati da tempo. Raggiunto il tetto stabilito, distribuito quanto si era risparmiato e ritirata la proposta da parte del direttore generale, la spesa farmaceutica si è nuovamente impennata. Dobbiamo, allora, avere il coraggio di dire che c'è anche una morale sociale che va salvaguardata e la possibilità di indicare con precisione quanto costa la sanità passa anche attraverso questa responsabilità: la qualità non è retta soltanto dal risultato che si ottiene ma anche dal percorso che porta a tale risultato. Se noi, con i DRG, abbiamo praticamente favorito le dimissioni selvagge ed i ricoveri più rapidi, questo non è un risparmio, in quanto non garantisce salute, non garantisce il prosieguo delle cure e, in fondo, rappresenta una modalità abbastanza pericolosa di gestire la salute pubblica.

Voglio anche dire che i reparti clinicizzati delle università, che in molte aree territoriali sono punti di riferimento ed anche di eccellenza per le prestazioni sanitarie che sono offerte, continuano a mantenere la loro collocazione in un limbo; sono, cioè, luoghi nei quali si fa una medicina sicuramente dignitosa, ma forse non tanto eccellente rispetto a quella che si può praticare in una divisione ospedaliera. Tuttavia la legislazione, molto spesso a favore del mantenimento delle lunghe carriere, fa in modo che vi sia una disparità di trattamento, per cui il grado di soddisfazione che c'è negli ospedali è sicuramente più basso di quello che c'è nei reparti clinicizzati. Credo che eliminare questa ingiustizia potrebbe anche incentivare a fare delle economie, se non in denaro almeno, ad esempio, nella durata dei ricoveri; si potrebbe anche pensare a qualche situazione nella quale il contributo delle università potrebbe diventare più responsabile chiamandole a quella formazione permanente di cui si discuteva prima e facendo in modo che la formazione di per sé non sia, ad esempio, come quella attuata dall'ordine dei medici che si preoccupa di formare i propri iscritti, ma sia un dovere generale dello Stato, che la garantisca attraverso la propria organizzazione ministeriale.

Concludo ponendo ancora una domanda. I riscontri che noi possiamo fare per valutare il livello di salute pubblica del nostro paese consentono veramente di evidenziare se vi sia una qualità corrispondente all'aumento della spesa che avviene di anno in anno?

(...)

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINI CONOSCITIVE E DOCUMENTAZIONI LEGISLATIVE

COMMISSIONE XII
(AFFARI SOCIALI)

INDAGINE CONOSCITIVA
SUGLI ASPETTI SOCIALI E SANITARI DELLA PROSTITUZIONE

(AUDIZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEL TAVOLO DI COORDINAMENTO NAZIONALE SULLA PROSTITUZIONE E SULLA TRATTA, NONCHÉ DEI RAPPRESENTANTI DELL'ASSOCIAZIONE PAPA GIOVANNI XXIII)

(n. 5)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 GENNAIO 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PIERGIORGIO MASSIDDA**

INDICE

PAG.

Audizione dei rappresentanti del tavolo di coordinamento nazionale sulla prostituzione e sulla tratta, nonché dei rappresentanti dell'associazione Papa Giovanni XXIII:

Bolognesi Marida, *Presidente* ... 83, 98, 100, 101 102, 106, 108, 109, 110, 111

Massidda Piergiorgio, *Presidente* 94, 96, 97 104, 110

PAG.

Antonioni Elsa, *Rappresentante della Casa delle donne per non subire violenza* 92

Benzi Oreste, *Presidente dell'associazione Papa Giovanni XXIII* 87, 109, 110

Bufo Marco, *Coordinatore del tavolo — Rappresentante dell'associazione On the road* 85, 110

Caccavari Rocco (gruppo democratici di sinistra-l'Ulivo) 97

Carlesi Nicola (gruppo alleanza nazionale) 96

(...)

rigida. Ritengo personalmente (quindi mi farebbe piacere sentire anche altri pareri al riguardo) che probabilmente la strada dell'eccessiva penalizzazione di fatto stia accentuando oltre misura quello Stato di polizia che nessuno di noi vuole, come diceva don Gallo; le libertà del cittadino devono essere tutelate e non possono essere lese con alcuna motivazione. Credo che questo sia fondamentale.

Inoltre riteniamo che il problema della prostituzione non possa essere risolto né con la liberalizzazione né con la penalizzazione, perché è un problema vecchio come la storia dell'uomo. Vi chiedo quindi se siate a conoscenza di altre strade alternative che siano state seguite. Vi faccio un esempio cogliendo quanto ho avvertito dai vostri interventi: l'autogestione, perché mi pare che il più grosso problema sia lo sfruttamento. È stata evidenziata un po' da tutti l'esigenza di evitare lo sfruttamento...

ANDREA GALLO, *Coordinatore della comunità San Benedetto al Porto.* È l'unico reato da perseguire.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Il problema è quindi rappresentato dalla cosiddetta autogestione. Potete riferirci qualche esperienza – diversa da quelle che già conosciamo di eccessiva penalizzazione o di eccessiva liberalizzazione – che rappresenti forse la strada più facile da perseguire? Vi chiedo di fornirci qualche spunto, comprendendo che noi come legislatori dobbiamo assolutamente tener conto di tutte le realtà.

Qui si è parlato soltanto di prostituzione di clandestini, che è sicuramente il fenomeno più consistente; tuttavia io provengo da aree in cui la prostituzione nazionale è presente. Qualora questa si fosse enormemente ridotta, siete a conoscenza delle ragioni?

Infine, avete affermato un qualcosa di estremamente grave, su cui non mi soffermo perché intuisco la delicatezza dell'argomento. Fermo restando il riconoscimento dell'importanza del ruolo della polizia e delle altre forze dell'ordine, ci avete detto cose estremamente delicate sulle quali come legislatori saremo chiamati a sentirvi nuovamente o comunque ad indagare. Abbiamo infatti appreso che addirittura vi possono essere forze di polizia che affittano locali per interposta persona: stiamo arrivando ai film all'americana. Sono reati piuttosto gravi.

Concludo invitandovi ad aiutarci, possibilmente attraverso le vostre esperienze, ad individuare una strada per la revisione delle norme esistenti che però non sia né troppo repressiva né troppo libertaria.

ROCCO CACCAVARI. Ho avuto modo anch'io, nel corso delle precedenti audizioni, di esprimere il mio parere su queste problematiche. Credo però che gli stimoli derivanti dall'incontro odierno vadano soprattutto riferiti ad una straordinaria tradizione di questo paese, che almeno negli ultimi trent'anni ha visto interessati ad intervenire sulle questioni dell'emarginazione sociale laici e cattolici (e adesso, per fortuna anche qualche altra confessione) con questo tipo di contrapposizione, per addivenire allo stesso risultato. Penso non spetti a noi discutere della dignità di persone che mettono in crisi i propri valori esistenziali, addirittura le proprie risorse vitali, come può capitare nella prostituzione (ma anche nel caso delle tossicodipendenze: penso alle battaglie che per anni abbiamo portato avanti con don Gallo e don Benzi in quel campo); pensare che noi possiamo definire tale dignità al punto di individuare anche il modo per recuperarla credo sia un atto di presunzione. Vorrei restare nell'ambito di una dimensione più concreta, cui ci richiama la sofferenza quotidiana di queste persone, quando è sofferenza, perché molte volte non lo è: alcune volte, come abbiamo sentito, la scelta della prostituzione può essere un investimento, altre volte finisce per rientrare nell'ambito di una programmazione dell'utilizzo delle proprie risorse e quindi anche del corpo e via di questo passo.

La domanda che voglio porre è questa, senza con ciò individuare due fronti contrapposti, ma semplicemente prendendo

atto dell'esistenza di due metodi che tendono allo stesso risultato. Quali sono in concreto gli elementi che possono far dire, ad esempio, a don Benzi: « Ho ottenuto questi risultati », e quali gli elementi che fanno individuare a don Gallo i suoi risultati? Quali sono cioè gli elementi sociali, umani, anche psicologici ma comunque fortemente individuali, delle persone che vengono avvicinate o che si avvicinano, che permettono di stabilire che la loro esperienza nel mondo della prostituzione è finita o si sta concludendo o sta comunque cambiando?

La nostra arroganza di ricchi, facendoci prestare attenzione solo al comportamento esteriore delle persone, ci fa spesso dimenticare come la povertà delle donne, delle persone che si prostituiscono sia una delle ragioni fondamentali per cui esse non possono comportarsi diversamente. Se queste persone fossero messe in condizione di vivere adeguatamente, forse gran parte di esse non si prostituirebbe. L'abuso che di loro noi facciamo attraverso la nostra ricchezza, che distrugge pure noi, anche se in un altro senso, deve farci riflettere su un fatto. Se è vero, come veniva accennato poc'anzi, che vi è una riduzione della prostituzione indigena a fronte di un incremento della prostituzione in generale dovuto all'arrivo da altri paesi di persone disponibili a prostituirsi, considerate le condizioni di povertà in cui sono costrette ad agire tali individui, è proprio vero che noi ci rifiutiamo di riconoscere la loro dignità di persone. Noi disconosciamo il valore di queste persone! Sebbene nel nostro paese i rapporti tra offerta e consumo di sesso si possano anche far rientrare nella logica di una civiltà progredita, quando arrivano persone straniere ci dimentichiamo di questa civiltà e approfittiamo delle loro condizioni. Penso quindi sia necessaria, come premessa di ogni discussione in materia, una educazione alla sessualità, in maniera tale che si capisca fino in fondo che se questa domanda persiste e prorompe anche in presenza di condizioni obiettive che favoriscono la prostituzione ciò vuol dire che noi siamo arretrati proprio sotto il profilo della cultura e della capacità di convivere con persone che entrano nel nostro paese in condizioni di debolezza e sono quindi purtroppo disponibili anche a prostituirsi.

TIZIANA VALPIANA. Mi scuso innanzitutto per non aver potuto ascoltare tutti gli interventi (che leggerò comunque sul resoconto stenografico dell'audizione) dal momento che, come è pessima abitudine del Parlamento, siamo sempre chiamati a numerosi impegni in contemporanea...

PRESIDENTE. L'Assemblea è stata convocata successivamente.

TIZIANA VALPIANA. D'accordo, fatto sta che io sono molto arrabbiata perché, essendo dovuta andare in Assemblea, ho perso l'intervento della rappresentante del centro antiviolenza.

Poiché tutti noi, avendo già svolto numerose audizioni su questo tema, abbiamo già avuto modo di esprimere le nostre posizioni, a me interessava uscire oggi da questo incontro con delle proposte concrete di tipo normativo. Tenuto conto che siamo in una sede parlamentare, quali sono i suggerimenti che voi potete offrirci da questo punto di vista? Alcuni ci sono già stati forniti, ma io vorrei fare alcune domande specifiche al riguardo.

Credo che il punto importante da cui dobbiamo partire sia la constatazione, che mi sembra abbia sottolineato all'inizio del suo intervento anche don Gallo, che in realtà il problema della prostituzione viene spesso analizzato non tanto perché ai *media,* all'opinione pubblica interessi in generale la sorte, la felicità, la vita delle persone che sono vittime o che fanno parte comunque del mondo della prostituzione, ma perché in realtà questo fenomeno viene a scardinare da una parte i nostri princìpi e dall'altra il nostro benessere e l'ordine pubblico delle nostre città. Quando è scoppiata più forte che in altri momenti l'emergenza prostituzione è stato perché il fenomeno interferiva con la stagione estiva, creava problemi di traffico o ancora perché alcuni comuni avevano

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

7.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 28 LUGLIO 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

INDAGINE CONOSCITIVA SUGLI ASPETTI SOCIALI E SANITARI DELLA PROSTITUZIONE

Esame e approvazione del documento conclusivo:

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 7

Caccavari Rocco (DS-U) 5

ALLEGATO: Documento conclusivo 7

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; misto: misto; misto-UDEUR-Unione democratica per l'Europa: misto-UDEUR; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano popolari d'Europa: misto-RIPE; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

colare, con riferimento all'articolo 18 del testo unico, riteniamo necessario prevedere la possibilità di concedere il permesso di soggiorno per motivi di protezione sociale anche in mancanza della denuncia dei soggetti che praticano lo sfruttamento. Al riguardo, sarà opportuno coinvolgere anche i comuni per progetti di inserimento lavorativo e sociale delle persone che vogliano uscire dal mondo della prostituzione.

A settembre – ripeto – vedremo quali iniziative sarà il caso di assumere da parte nostra. Se il provvedimento sulla tratta o il regolamento di attuazione del testo unico delle leggi in materia di immigrazione saranno ancora in alto mare, sicuramente dovremo muoverci in qualche modo. Mi fermo qui. Visto il silenzio che finora abbiamo registrato da parte sia del Governo sia delle regioni, come ho già detto, credo che il Parlamento possa svolgere ancora una volta, come già è avvenuto con riferimento ad altri problemi, un ruolo attivo e di stimolo per addivenire a soluzioni adeguate.

ROCCO CACCAVARI. Penso che il miglior risultato che questa indagine conoscitiva potrà dare sarà quello di mantenere viva l'attenzione su una problematica sociale e personale molto spesso, non dico dimenticata, perché tutti i giorni ognuno di noi si può misurare con la portata del fenomeno della prostituzione, ma tacitamente messa da parte. Penso che l'indagine abbia invece offerto a questa Commissione opportunità di intervento in un ambito della vita delle persone e della società al quale è necessario approcciarsi con grande umiltà per comprendere certi fenomeni.

Ampliando il ragionamento che lei presidente ha opportunamente fatto con riferimento alla prostituzione delle immigrate, vorrei richiamare l'attenzione sul fenomeno della prostituzione in generale. Abbiamo infatti a che fare con una problematica molto complessa anche per quanto riguarda questo particolare comportamento di natura indigena. Quando parliamo di prostituzione, dobbiamo evitare di fermarci ai fenomeni che appaiono più evidenti, cercando di prestare attenzione anche a quelli più nascosti. Se lo sfruttamento delle donne immigrate avviene purtroppo in termini esagerati, evidenti ed anche violenti, lo sfruttamento della prostituzione indigena avviene anche attraverso forme più sottili quali, per esempio, gli affitti degli alloggi, dei locali nei quali viene esercitata la prostituzione (e le cifre al riguardo sono davvero da capogiro).

Pertanto, ritengo che un intervento nei confronti di questa problematica sociale debba farci guardare dappertutto con la stessa attenzione e con lo stesso impegno. E l'impegno deve innanzitutto cominciare dal tentare di rivedere in qualche modo l'interpretazione dei reati indicati nella legge Merlin, che potrebbero rappresentare dei seri ostacoli per chi vuole davvero intervenire: basti solo ricordare il reato di favoreggiamento, di cui può essere accusato un volontario che distribuisca profilattici per prevenire una malattia da contagio sessuale, o ancora l'ipotesi di adescamento. Da questo punto di vista, si finisce con l'incentivare la clandestinità, dando luogo a quei comportamenti che tendono sempre più ad allontanare e ad isolare dal resto della società le donne e anche gli uomini che praticano la prostituzione.

Con molta serietà occorre tuttavia riconoscere la difficoltà con la quale ci si avvicina a questo problema, nel tentativo di mettere in atto un intervento assistenziale e socio-sanitario che qualifichi in qualche modo la presenza dello Stato nei confronti di questi cittadini.

Penso allora che anche in questo caso sia necessario fare tesoro della grande esperienza del volontariato, delle istituzioni locali, di quelle unità di strada (pubbliche o private) che hanno messo a punto delle strategie di intervento che rappresentano la modalità più diretta per aprire un contatto ravvicinato con questa parte della società, per cominciare a parlare del problema. E l'inizio del dialogo in un mondo dove tutto corre in fretta, dove il tempo è veramente denaro,

la possibilità di offrire ascolto può rappresentare l'avvio di una relazione che può avere buon esito.

Il buon esito non è la salvezza del mondo; l'obiettivo non deve essere quello di affrancare la persona dalle sue responsabilità (anche perché, come ho già detto, a volte si tratta di una scelta operata all'inizio). Il nostro intervento potrebbe consistere nel cercare di eliminare tutto quello che di violento e di costrittivo c'è attorno a questa attività che certe persone svolgono sotto la propria responsabilità e che alla fine, in termini economici, rende più ad altri che non a se stessi.

Dobbiamo riconoscere che quando si stabilisce una relazione, un contatto, si registrano anche risultati positivi: vi sono opportunità nel nostro paese (mi riferisco alle offerte di lavoro, di alloggio, alla possibilità di un percorso agevolato che consenta di riflettere e di valutare i passi compiuti) che ci spingono a dire che l'impegno va assunto perché porta comunque a dei risultati. Non si tratta solo di un silenzioso percorso che dobbiamo intraprendere insieme alla gente che soffre; dobbiamo convincerci che i risultati ci sono: anche l'offerta di una qualità di vita semplice ma garantita può aiutare ad abbandonare il mondo della prostituzione.

Credo che le politiche della riduzione del danno, mutuate da altre esperienze fatte per altre sofferenze sociali e raccolte da quel mondo straordinario che è il volontariato nel settore, possano essere perseguite con la convinzione – lo ripeto – che i risultati comunque ci saranno.

Credo anch'io, in conclusione, che sia necessario creare un fondo a cui attingere per poter mettere a punto strategie di intervento con le finalità che ho cercato di esporre.

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Caccavari. Ribadisco che la votazione di questo documento conclusivo serve a mettere un punto fermo su una questione che riprenderemo comunque a settembre con la presentazione di proposte concrete.

Passiamo ai voti.

Pongo in votazione il documento conclusivo *(vedi allegato)*.

(È approvato).

La seduta termina alle 15.45.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la stampa dal Servizio Stenografia il 4 agosto 1999.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

1.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 27 OTTOBRE 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE N. 45 DEL 1999 SULLA TOSSICODIPENDENZA

Audizione dei rappresentanti della Federsert:

Bolognesi Marida, *Presidente* 3
Polenta Paolo, *Presidente* 6, 11, 18
Burani Procaccini Maria (FI) 9
Caccavari Rocco (DS-U) 7
Carlesi Nicola (AN) 7, 11
Cossutta Maura (comunista) 10
Giacalone Salvatore (PD-U) 10
Grande Bernardo Stefano, *Rappresentante della Federsert-Calabria* 16
Lucchese Francesco Paolo (misto-CCD) ... 7
Lumia Giuseppe (DS-U) 6
Pentiricci Norberto, *Rappresentante della Federsert-Umbria* 15
Valenzi Carlo, *Presidente della Federsert* . 3, 11

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega forza nord per l'indipendenza della Padania: LFNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; misto: misto; misto-UDEUR - Unione democratica per l'Europa: misto UDEUR; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano popolari d'Europa: misto-RIPE; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

La Federsert è coinvolta, in base alla normativa, non solo per quanto riguarda il personale della dirigenza ma anche per alcuni aspetti qualitativi. Vorrei una vostra valutazione in proposito. Mi riferisco, per esempio, alle strategie integrate che sono state individuate dalla legge come un nuovo approccio al problema; si tratta di personalizzare l'intervento, senza innamorarsi di un modello a prescindere dalla persona che si ha di fronte, e di privilegiare più vie. Ricordo che la Federsert è anche coinvolta nell'inedito rapporto che vorremmo creare con le strutture del privato sociale.

Infine, vorrei una vostra valutazione sulle cosiddette nuove droghe, un terreno complesso, pieno di trabocchetti e concrete difficoltà.

NICOLA CARLESI. Desidero anch'io porre ai rappresentanti dei SERT, che ringrazio per essere intervenuti, alcune domande di carattere generale. Il dottor Valenzi ha giustamente focalizzato l'intervento sull'attivazione delle procedure concorsuali, previste dalla legge, per le quali si sono verificati ritardi. Tuttavia, come giustamente rilevava il collega Lumia, vorremmo sapere qualcosa di più sulla vostra professionalità e sul destino di tanti operatori.

Anch'io condivido la richiesta di sapere come stia funzionando l'integrazione prevista dalla legge tra i SERT e i soggetti del terzo settore e se le regioni si siano mosse al fine di facilitare questo approccio al problema che definimmo, già in quella fase, come indispensabile per trattare il tossicodipendente.

A distanza di un anno dall'ultima volta che vi abbiamo audito, vorremmo una vostra valutazione sull'andamento delle tossicodipendenze, per verificare la possibilità di aggiungere in via legislativa alcuni meccanismi utili. Il campo delle tossicodipendenze, infatti, non è statico, come dimostra il fenomeno delle nuove droghe. Vorremmo capire come ci si stia attrezzando nei servizi pubblici per affrontare questo problema, che ormai sembra aver acquisito una priorità rispetto a quello dell'eroina.

Se possibile, sarebbe importante conoscere quale sia la differenza a livello regionale in tema di inserimento lavorativo, anch'esso previsto dalla legge, e quali siano le difficoltà per cui in tante realtà non decollano gli strumenti approvati.

Un altro argomento che mi sta particolarmente a cuore – ricordo che la questione fu inserita nella legge grazie ad un mio emendamento approvato dalla Commissione – è se siano stati messi a regime gli indicatori per la verifica della qualità dei servizi, soprattutto in relazione – in proposito ci fu un dibattito molto acceso – al trattamento metadonico. Sarebbe molto utile una verifica a distanza dei risultati di questa terapia sostitutiva.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Innanzitutto vorrei ringraziare il dottore Valenzi e la Fedesert, che sono stati vicini alla Commissione in tutta la fase di elaborazione della legge ed anche dopo, mettendo a fuoco le varie problematiche anche nel corso di alcuni convegni.

Vista la difficoltà per alcune regioni ad applicare la legge, vorrei sapere se riteniate opportuno un intervento del ministero attraverso circolari o addirittura con un decreto-legge, perché sia dato alle regioni un indirizzo univoco.

Vorrei chiedere anche se, rispetto a quando c'era una certa incomprensione tra i SERT, il privato sociale e le comunità, questa legge abbia consentito una collaborazione di tipo diverso.

Ho letto di recente sui giornali che l'esperienza della Danimarca sembra ormai superata. Non so quale sia la vostra opinione attuale, ma è certo che non appare più come un modello applicabile.

Vorrei sapere infine quale sia la vostra posizione rispetto alle nuove droghe, che devono essere combattute alla stessa stregua e con lo stesso impegno con cui si combatte l'eroina.

ROCCO CACCAVARI. Ringrazio anch'io i rappresentanti della Federsert per

la loro presenza. Voglio richiamare l'attenzione dei colleghi, che giustamente – poiché la qualità degli interlocutori lo consente – hanno cercato di porre domande tecniche, sulle condizioni di precariato in cui da anni si trovano gli operatori che lavorano nell'ambito delle tossicodipendenze. Credo sia da tutti riconosciuto lo sforzo che abbiamo fatto con la legge n. 45 del 1999 per riuscire a dare la giusta dimensione alla professionalità degli operatori che hanno scelto di interessarsi di un problema di cui nessun altro voleva occuparsi. C'è chi dice che quello di questi operatori sia un destino e che è proprio la loro condizione di precarietà che li spinge ad interessarsi con passione delle situazioni drammatiche. È giunto il momento, a mio avviso, di dare a questi operatori le dovute garanzie, in modo che essi possano operare e trattare le problematiche di cui si occupano con la necessaria serenità.

Ritengo che la mancata applicazione in moltissime regioni di quanto disposto dalla legge n. 45 e dagli atti conseguenti sia da ricondurre ad una abitudine ormai storica del nostro paese di considerare ogni attività relativa alla problematica delle tossicodipendenze ed in generale a quella dell'emarginazione come attività di pochi spericolati, senza rendersi conto che il lavoro straordinario che questi operatori svolgono tende a garantire la società dal verificarsi di situazioni molto più gravi. Dopo aver lavorato tutti assieme alla legge, credo sia giusto farci carico di questo problema (da questo punto di vista dobbiamo anzi recuperare dei ritardi) e verificare cosa sia successo. Certo, abbiamo bisogno di sentire anche dai rappresentanti della Federsert qual è la situazione e quali sono i risultati del monitoraggio dei parametri che avevamo indicato come punti di riferimento per verificare l'andamento della legge, ma ritengo che questa debba essere essenzialmente una nostra preoccupazione.

Innanzitutto, occorre riconoscere la dignità di una professionalità che non si apprende sui libri. Credo che tutto quello che c'è da sapere sulle tossicodipendenze debba essere ancora scritto. E i protagonisti di questo « sapere » sono proprio le persone che attualmente lavorano in questo campo e che provengono dalle discipline più diverse. Concordo quindi sul fatto che nella scelta dei dirigenti delle strutture si debba tener conto dell'esperienza che si è acquisita lavorando. Nella scelta dei dirigenti non si può a mio avviso distinguere tra medico, sociologo o psicologo come se le capacità acquisite con l'esperienza potessero essere cancellate dal dato puramente astratto dell'appartenenza o meno ad una categoria professionale. Occorre forse procedere ad una razionalizzazione delle presenze nei SERT, occorre mettere assieme tutti gli elementi necessari per comporre quel « sapere » cui facevo cenno prima, in cui vengono a confluire le diverse conoscenze, fino a dar luogo ad una vera e propria disciplina che possa arrivare ad avere la dignità di essere oggetto di insegnamento universitario, ma tutto ciò, ovviamente, non può avvenire senza tener conto del grande contributo che gli operatori possono dare. È quindi necessario procedere innanzitutto alla sistemazione della situazione lavorativa degli operatori in questione, alla definizione degli organici e soprattutto al riconoscimento delle loro responsabilità. Parliamo di luoghi dove si creano situazioni in cui le responsabilità sono tantissime e tali da implicare l'operatore con tutta la sua dignità professionale ed anche umana. Ritengo che il riconoscimento della funzione svolta da questi soggetti sia ormai improcrastinabile. La prima cosa da fare è dunque adoperarsi perché venga rispettato il termine del 31 dicembre 1999 per poi porre in atto tutte le operazioni necessarie per mettere fine alla situazione di disordine che vi è attualmente all'interno dei SERT.

In questa Commissione abbiamo ascoltato anche altri validi operatori del settore, abbiamo ascoltato i rappresentanti delle comunità, abbiamo ascoltato vari esperti. Tutti abbiamo riconosciuto il valore della loro presenza e dell'attività da loro svolta. Il SERT, però, è un elemento fondamentale per una società civile, in

quanto (lo si evince dalla sua stessa definizione) costituisce un servizio: ciò vuol dire che il SERT è un luogo dove chiunque si presenti, qualunque problema relativo alla tossicodipendenza abbia, trova qualcuno disposto ad aiutarlo. Credo che una società civile debba essere in grado di assicurare questo tipo di servizio, con operatori che siano però garantiti per quanto riguarda la loro posizione lavorativa e ai quali soprattutto sia riconosciuta la propria dignità. Questo è un passo che il nostro paese deve ancora compiere. È quindi fondamentale riuscire a far sì che dal 31 dicembre 1999 si lavori seriamente alla sistemazione dei SERT.

Per quanto riguarda le domande tecniche sulle nuove droghe o quant'altro, le porremo in un'altra occasione.

MARIA BURANI PROCACCINI. Innanzitutto, ringrazio per la loro presenza i nostri ospiti, dei quali riconosciamo le particolari capacità professionali e tecniche. Condivido molte delle domande fatte dai colleghi e quindi ascolterò con interesse le risposte che verranno fornite. Vorrei però fare qualche considerazione a partire da quelle che sono le esperienze con cui ognuno di noi viene a contatto sul territorio in cui vive e su quelli limitrofi.

La professionalità degli operatori (lei, dottor Valenzi, ne ha parlato) è un aspetto sicuramente molto delicato. Al riguardo vorrei che ci forniste il vostro consiglio e il vostro aiuto. Sarebbe utile se ci suggeriste eventuali correzioni da apportare alla legge. Mi consta infatti, per esempio, che troppe volte entrano a far parte dei SERT medici delle ASL che, pur di rientrare in patria, per così dire, accettano di fare il medico del SERT. In questa maniera ci troviamo di fronte alle professionalità più disparate, magari eccellenti nel proprio campo, ma senz'altro non preparate per svolgere quel tipo di lavoro. Inoltre, nelle città dove opera (mi riferisco non alle grandi città ma alle cittadine, alla provincia), il SERT viene visto come un posto malfamato, oscuro, pericoloso, senz'altro non facente parte del tessuto sociale della città e quindi da emarginare. Penso invece che la sua funzione di recupero sia strettamente legata alla capacità di farsi accettare dal territorio in cui opera. Questo è un punto su cui volevo richiamare la vostra attenzione.

In questa materia è fondamentale l'azione delle regioni e la loro funzionalità. Come membri del Parlamento noi rappresentiamo lo Stato e quelle cui poniamo mano sono appunto leggi nazionali. Ma cosa si può fare (chiedo anche a voi suggerimenti in tal senso) per rendere in qualche modo omogenei – pur nel rispetto delle autonomie verso le quali stiamo andando sempre di più – gli interventi delle regioni in questo campo? Non è pensabile che ognuna operi in un modo diverso dall'altra o, peggio ancora, che vi siano alcune regioni che non intervengono affatto (questo è un dato di cui prendo nota e che mi fa molto dispiacere).

Infine, richiamo la vostra attenzione su un problema che voglio porre a voi proprio in quanto operatori, in quanto tecnici. Mi è capitato di poter offrire lavoro a ragazzi che provengono dalle comunità di recupero. Giustamente, il sindaco della città mi ha detto: « Sì, facciamoli lavorare, però facciamoli lavorare, insieme con i ragazzi del SERT, in lavori socialmente utili ». Mi chiedo se sia possibile operare questa commistione. I comuni che agiscono in tal senso non finiscono per nuocere agli uni e agli altri? Si tratta di questioni delicate. Anche quello della scelta del lavoro è un aspetto delicatissimo e mi lascia sconcertata questa specie di allegria con cui spesso i comuni, a fin di bene (perché sono in ogni caso decisioni prese a fin di bene), prendono determinate decisioni rischiando di rovinare un lavoro che sicuramente può essere svolto anche dalle comunità di recupero (o da chi grazie all'aiuto del SERT, è riuscito con la terapia scalare – si spera definitivamente – a disintossicarsi), ma non certo con le stesse modalità con cui viene svolto dai SERT.

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

4.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 12 GENNAIO 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE N. 45 DEL 1999 SULLA TOSSICODIPENDENZA

Audizione di rappresentanti delle regioni e delle province autonome:

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 4, 6, 15, 16 18, 19, 20, 22

Borghi Gianluca, *Assessore alle politiche sociali della regione Emilia-Romagna* .. 8, 16, 21

Caccavari Rocco (DS-U) 17

Conti Giulio (AN) 16, 19, 20

Delleva Anton Giulio, *Direttore dell'ufficio di igiene della provincia autonoma di Bolzano* 11

PAG.

Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) .. 15

Pierdomenico Franca, *Funzionario della regione Abruzzo* 3, 21

Rampazzo Lorenzo, *Funzionario della regione Veneto* 12, 20

Revello Maria Teresa, *Funzionario della regione Piemonte* 10, 17, 18

Scantamburlo Dino (PD-U) 16

Scola Nicola, *Funzionario della regione Marche* 7, 20

Testa Anna, *Funzionario coordinatore dell'unità operativa tossicodipendenza della regione Liguria* 5, 6, 19, 20

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega forza nord per l'indipendenza della Padania: LFNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

ROCCO CACCAVARI. Indubbiamente, la materia appassiona. Immagino che anche ciò sia la dimostrazione di come, in un ambito di questa portata, sia molto difficile distinguere il ruolo politico da quello amministrativo. Il coinvolgimento di chi opera in questo settore è così totale che prendere qualche volta le distanze è davvero difficile. Devo quindi innanzitutto rivolgere un ringraziamento a tutti i funzionari delle regioni che da anni si battono perché vi sia una risposta adeguata a fronte di una problematica che nella nostra società non può essere né isolata né definita. Sono d'accordo con il collega Conti sul fatto che il fenomeno della droga, che abbiamo visto nascere, non avrà mai termine.

Io credo che occorra comunque avere considerazione del lavoro svolto nelle regioni fino ad oggi, con tutte le incongruenze e le difficoltà che lo hanno caratterizzato (spesso sono mancate le regole ma altre volte sono mancati anche gli argomenti perché si ponessero delle regole). Noi abbiamo di volta in volta demandato al privato o al pubblico, a seconda delle circostanze, la risoluzione di un problema che invece finalmente – come sembra di cogliere dai vostri interventi – si sta cercando di affrontare con una certa collegialità, mettendo assieme sia i progetti che le linee di intervento; ed il riconoscimento dei finanziamenti ha proprio questo valore. Si tratta di un impegno economico a fronte del quale occorre poi andare a verificare la conseguente risposta operativa. Al riguardo si può ragionare sulla qualità dell'intervento, ma non certamente sui suoi risultati e sul suo eventuale successo, perché io credo che nessuno possa dire oggi con certezza cosa si deve fare per vincere effettivamente questa battaglia. Certo, sappiamo che dobbiamo fare alcune cose perché la lotta sia condotta in maniera efficace e leale, poi i risultati li vedremo. Al riguardo, ci sarebbe da parlare a lungo, ma non è questa la sede per farlo. Passo quindi alle domande.

Innanzitutto, rilevo con la dovuta attenzione che la regione Veneto e la provincia autonoma di Bolzano si occupano di un problema di dipendenza che è il più diffuso nel nostro paese. È il momento di finirla con il dire che si beve solo nel Veneto o da quelle parti: si beve in tutto il paese!

MARIA TERESA REVELLO, *Funzionario della regione Piemonte.* Anche in Piemonte. Ci siamo dimenticati di dirlo, ma anche per noi le tossicodipendenze...

ROCCO CACCAVARI. Lo so. Io mi occupo di questo problema e so che in tutte le realtà del nostro paese c'è attenzione verso di esso, anche se manca ancora una legge al riguardo. Credo però che da questo punto di vista si debba chiedere davvero uno sforzo alle regioni perché dedichino maggiore attenzione a questa problematica, proprio perché essa attraversa nella sua evoluzione o, per meglio dire, involuzione sociale tanti aspetti della vita comune. Si faceva cenno poco fa agli incidenti stradali mortali (il 33 per cento avviene in occasione di intossicazione alcolica), ma vi prego di immaginare i miliardi e miliardi spesi negli ospedali oppure i milioni di giornate lavorative perse a causa dell'alcolismo. È una problematica, quindi, sulla quale occorre concentrare sicuramente maggiore attenzione. Comunque, mi sembra che si cominci a ragionare di questi problemi. A mio avviso, per esempio, è stato importante che nella legge n. 45 si sia fatto un accenno anche all'alcolismo. Speriamo di poter presto portare a termine una legge specifica, che consenta di lavorare ancora di più in questo senso.

Una questione che non mi sembra sia stata affrontata in modo approfondito da nessuno è quella delle carceri. Credo che noi dovremmo prestare un'attenzione particolare alla situazione di uno dei pochissimi luoghi dove è possibile effettuare un monitoraggio completo. Pochi tra i detenuti riescono infatti a nascondere di essere tossicodipendenti (anzi, alcuni fingono di esserlo per le ragioni che conosciamo). Ebbene, vorrei sapere se, nell'applicazione della legge n. 45, ci si preoc-

cupi di determinare quella integrazione socio-sanitaria che è indispensabile quando si affronta il fenomeno della tossicodipendenza. Pensiamo, per esempio, alla soluzione di favorire l'uscita dal carcere per le condizioni di salute (ed è bene che sia così). Ebbene, vorrei sapere cosa si fa nelle regioni per fare in modo che l'uscita dal carcere di un tossicodipendente sia l'occasione per un'accoglienza diversificata rispetto al solito e per far sì che l'immissione del soggetto in un circuito di assistenza sia mirata, se possibile, ad avviare un processo riabilitativo. Le strutture a custodia attenuata, dove sono state create, hanno dato buoni risultati in tal senso. Credo che la mancata diffusione di questo istituto abbia determinato all'interno del sistema generale della detenzione la convinzione che simili strutture siano una sorta di fiore all'occhiello, senza pensare invece che si tratta di strutture assolutamente necessarie. La diversificazione della pena, infatti, diventa assai importante nel momento in cui si è convinti che la pena non debba essere semplicemente restrizione in carcere ma anche un'occasione di modificazione dello stile di vita. Occorrerebbe quindi attivare in tutte le realtà strutture volte a tal fine. Chiedo appunto quale sia l'impegno delle regioni da questo punto di vista, raccomandando anche, se possibile, nello sforzo che tutti facciamo nell'elaborare, di considerare qualunque struttura, dal servizio pubblico alla comunità, alle strutture carcerarie, agli ospedali e a tutte le altre strutture interessate dai progetti in materia, luoghi di accoglienza di persone intossicate. Credo che il discorso sulla distinzione delle diverse sostanze debba davvero essere abbandonato. Altrimenti, se manteniamo la logica di differenziare le droghe illegali dalle droghe legali, ci si troverà nelle condizioni di doverci inventare nuove droghe quando in realtà – credetemi – le nuove droghe non esistono, perché esse erano già vecchie quando abbiamo incominciato, tanti anni fa, ad occuparci di questi problemi.

PRESIDENTE. A questo punto, chiedo agli ospiti che volessero rispondere ad alcuni dei quesiti posti di intervenire molto rapidamente: mi dispiacerebbe far aspettare ulteriormente il ministro Melandri, che è venuto per il provvedimento sul *doping*. Invito inoltre gli auditi ad inviarci eventualmente ulteriore materiale concernente le questioni che sono state poste. Li invito altresì a considerare che questo primo incontro potrebbe anche essere l'occasione per stringere un rapporto più forte con le regioni su questa come su altre materie. Questo è il modo di operare che la Commissione intende seguire nei prossimi mesi.

Do quindi la parola ai nostri ospiti, invitandoli nuovamente ad essere molto rapidi.

MARIA TERESA REVELLO, *Funzionario della regione Piemonte*. Sarò sintetica. Io ho lavorato quattordici anni nei SERT e poi ho fatto la scelta di occuparmi della tossicodipendenza da un altro punto di vista. Capisco l'emotività, ma penso di poter anche dire con molta tranquillità che la strada che si sta intraprendendo è quella corretta (e lo sto dicendo da tecnico, non da altri punti di vista), perché forse per la prima volta nella storia dei servizi pubblici e dei servizi privati c'è, per così dire, un sentire comune che in qualche modo sta dando i suoi frutti, con tutte le sofferenze del caso. Non vi dico cosa sta succedendo in Piemonte in questo momento: ci si sta confrontando anche con una certa forza, però finalmente si parla, si stanno smettendo i « non detti », le propagande superficiali tipo « il mio detersivo lava più bianco del tuo » e così via. Quindi, qualcosa dal mio punto di vista di tecnico che proviene dalla trincea, sta effettivamente cambiando. Questo è il mio contributo personale come Maria Teresa Revello.

Rispetto all'assunzione di personale, quello che noi abbiamo rilevato di carente nella legge n. 45, legge tra l'altro agognata da tutti (l'abbiamo aspettata come non so cosa), è la discrasia tra il 1996 e il 1999, cioè tra il trattamento previsto per chi ha

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

5.

SEDUTA DI MARTEDÌ 18 GENNAIO 2000

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE N. 45 DEL 1999 SULLA TOSSICODIPENDENZA

Audizione di rappresentanti delle regioni e delle province autonome:

Polenta Paolo, *Presidente* 3, 6, 11, 14, 15, 18, 19, 21, 22

Astore Giuseppe, *Assessore alla sanità della regione Molise* 3

Cabras Maria Pia, *Dirigente responsabile del settore tossicodipendenza della regione Toscana* 7

Caccavari Rocco (DS-U) 19

Castegnaro Laura, *Funzionario della provincia autonoma di Trento* 5, 22

Cuccu Paolo (FI) 21

PAG.

Cutrone Girolamo, *Assistente amministrativo della regione Sicilia* 14, 22

Fiore Gelsomina, *Dirigente dell'ufficio sociosanitario ed assistenziale della regione Basilicata* 4

Lavalle Antonella, *Dirigente della sezione sanità della regione Molise* 6

Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) .. 17, 18, 19

Lumia Giuseppe (DS-U) 15

Maiocchetti Caterina, *Funzionario della regione Umbria* 11

Musti Lucia, *Dirigente del settore fasce deboli della regione Campania* 6, 19

Vignola Maria Pia, *Funzionario della regione Calabria* 10, 19, 21

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega forza nord per l'indipendenza della Padania: LFNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

regioni meridionali si è un po' indietro, forse anche per motivi politici, per i ribaltoni, per il fatto che sono cambiati gli assessori. In Campania, tra l'altro, oltre agli assessori sono cambiati anche i funzionari. Mi pare sia stato detto che vi è stata una rotazione dei funzionari.

LUCIA MUSTI, *Dirigente del settore fasce deboli della regione Campania.* Assolutamente no!

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Mi scusi, è stato un *lapsus*, volevo dire in Calabria.

MARIA PIA VIGNOLA, *Funzionario della regione Calabria.* In Calabria stanno cambiando proprio in questi giorni.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. In Sicilia, addirittura, vi è stato un assessore a termine, con scadenza, come i prodotti alimentari: scadeva ad una certa data, dopo di che doveva subentrare un altro! Questo spiega perché, come ha detto il dottor Cutrone, che è stato molto circostanziato e preciso, in Sicilia si è molto indietro rispetto all'attuazione della legge n. 45. Il dottor Cutrone ha detto che le procedure sono state avviate. Ciò significa che si è ancora nella fase di elaborazione e che operativamente non è ancora partito alcunché. È tutto ancora da fare, in definitiva. Certo, il dottor Cutrone ha aggiunto che quando si partirà, avendo già predisposto tutto, i tempi saranno brevi. Comunque, al momento solo tre province si sono attivate per quanto riguarda i concorsi: Agrigento, Enna e Siracusa; nelle altre province non si sa cosa sia successo.

Devo però constatare che l'aspetto relativo alla fase concorsuale va in generale un po' a rilento. Come ha già fatto l'onorevole Lumia, rivolgo quindi un appello a tutti voi a fare presto, sia perché la legge stabilisce un termine sia perché quella che si presenta è un'occasione importante, che non va sprecata. Noi ci siamo impegnati e abbiamo discusso a lungo al riguardo. Abbiamo lavorato molto su questo punto e alla fine abbiamo stabilito alcuni criteri. Bisogna cogliere la palla al balzo ed attuare questa parte della legge: occorre definire gli organici dei SERT altrimenti, passata questa occasione, si rischia di far rimanere tutto in alto mare; sarà poi difficile riprendere il bandolo della matassa.

Ringrazio i nostri ospiti. Sarei loro grato se potessero rispondere alle domande che ho posto.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al successivo oratore, pregherei tutti di essere molto concisi dal momento che, dopo l'audizione, la Commissione ha altri impegni.

ROCCO CACCAVARI. Vi ringrazio per aver accettato di partecipare a questo incontro. Sento anche la necessità di dire che comprendo la difficoltà ed il grande sforzo, per quasi tutti voi, di riferire l'attività svolta. Da una parte, vi è la vostra competenza e la vostra professionalità, dall'altra, vi è l'indeterminazione politica, che in alcune regioni non vi consente di svolgere il vostro lavoro. Questa è una premessa dovuta per capire che in parte la responsabilità di ciò che non viene realizzato in alcune regioni risale all'evanescenza politica ed alla conseguente mancanza di stabilità. Credo che ciò vada messo nel conto. Se vogliamo dunque fare una graduatoria, non possiamo farla tra chi ha fatto di più e chi ha fatto di meno, ma piuttosto tra chi è stato messo nelle condizioni di lavorare e chi invece no.

Per quanto riguarda i progetti, in linea di massima essi hanno in comune l'intenzione di dare il massimo possibile di risposte a questa problematica che da tanti anni è presente nel nostro paese. Ritengo che il problema della tossicodipendenza sia stato affrontato e che le regioni che erano nelle condizioni di lavorare abbiano fatto la loro parte. La legge n. 45 del 1999 tende a sanare non soltanto situazioni personali del personale (scusate il gioco di parole), ma anche una certa impostazione culturale che ha consentito in qualche modo una procedura

anarchica negli interventi: ognuno si inventava delle cose, andava avanti cercando di realizzare dei progetti, molte volte sull'onda della suggestione di una sperimentazione soltanto teorica ma non verificata nella pratica. Quanto è stato fatto fino ad oggi ci ha consentito di verificare, per esempio, se i rapporti tra il pubblico ed il privato possano essere utilizzati per realizzare veramente progetti concreti. L'esperienza ci dice che il pubblico ed il privato possono lavorare assieme, ci dice però anche che la qualità dell'intervento deve essere garantita, non soltanto dalla buona volontà o dalla disponibilità al lavoro ma anche dal possesso di una professionalità che va riconosciuta. La sanatoria proposta con la legge n. 45 per quanto riguarda il personale è volta al riconoscimento di professionalità formatesi sul campo. Voi sapete infatti benissimo che non esiste nessuno laureato in scienza delle tossicodipendenze e che moltissimi operatori ed operatrici hanno acquisito questa cultura sulla loro pelle. Questo va detto subito e con chiarezza. Quando parliamo di sanatoria non si tratta di rimediare a carenze organizzative ma di riconoscere e valorizzare professionalità che si sono acquisite con grande sacrificio. Quindi, quando le regioni non danno attuazione alla legge n. 45 del 1999 mortificano il lavoro di chi presta servizio nei SERT e operano una discriminazione non più tollerabile nei confronti di persone che da anni dedicano tutte le proprie risorse mentali, culturali ed anche sociali (perché c'è gente che sacrifica anche la propria carriera) al lavoro in questo settore. Questo vale anche per i funzionari regionali. Non lo dico perché voi siete qui ma perché è la verità. Io ho lavorato tanti anni in questo settore e conosco funzionari che hanno rinunciato a carriere brillanti perché chiamati, dalla loro vocazione sociale, ad interessarsi di queste problematiche.

Per quanto ci riguarda, noi dobbiamo fare le leggi ma soprattutto dobbiamo trovare il modo di effettuare un controllo in maniera tale che le regioni non possano più sfuggire ai loro doveri. Tutte le volte che si verifica un ritardo – voi lo sapete – c'è sempre una giustificazione; è cambiato l'assessore, è cambiata la maggioranza, c'è una minoranza che si oppone, ci sono insomma delle ragioni politiche. Vi è però anche un'altra ragione, che va a discredito di chi la fa valere, ed è il fatto che essendo purtroppo quello di cui ci occupiamo un settore marginale, non nell'impostazione ma proprio nella cultura, finisce probabilmente per essere quello sul quale qualche direttore generale pensa di poter risparmiare. Non attivare i concorsi vuol dire non dare riconoscimenti economici e quindi risparmiare in termini finanziari. Nel bilancio generale c'è quindi anche il pensiero, in qualche modo giustificato, che trattandosi di un settore nel quale non si possono esibire grandi risultati tangibili, risparmiare su di esso è un lusso che ci si può concedere.

Quindi, davvero vi pregherei di impegnare la vostra intelligenza e la vostra operatività nel voler attuare questa legge per forza, senza rincorrere giustificati motivi di interpretazioni diverse, poiché se dovesse sfuggire la volontà che, all'interno della legge, tende a riequilibrare i rapporti tra professione e risultato stesso del lavoro dei professionisti ci troveremmo, andando avanti, in una situazione sempre peggiore. Vi è, infatti, anche un dato di fatto cui bisogna fare riferimento: la stanchezza dei lavoratori di reggere in una condizione di precariato. È successo che molti accorressero verso questi servizi perché altrove non vi era lavoro; adesso si sta verificando un fenomeno contrario, cioè che non avendo stabilità di lavoro, non avendo riconoscimento professionale, non avendo adeguato riconoscimento economico, molti tendono ad andare via. Potrebbe così accadere che servizi importanti e fondamentali per la gestione sociale di una problematica di questo genere vengano ad essere impoveriti dalla fuoriuscita di quei professionisti che per tanti anni si sono formati.

Io non vi pongo delle domande, vi dico solo che dovremmo ancora continuare, per un po', a fare riferimento alla volontà – non la buona volontà, bensì la volontà

professionale – di far comprendere all'ultimo assessore o all'ultimo presidente di regione, che arriva a quella carica per ragioni politiche e, quindi per problemi molto lontani, sotto il profilo delle sue conoscenze, da quelli di cui deve poi occuparsi, che vi deve stare a sentire e deve accogliere quello che attraverso la legislazione si cerca di fare come un suggerimento a migliorare la condizione, attraverso il riconoscimento professionale degli operatori, dei cittadini che hanno bisogno di questi servizi. Infatti, non dobbiamo mai dimenticare che tutto ciò che è previsto dalla legge – dall'accreditamento a tutto il testo – tende a migliorare la qualità di prestazioni che sono dirette a riparare i danni a volte incalcolabili che all'interno della nostra società sono determinati dalle persone che usano sostanze tossiche.

Vi prego anche di tenere conto di tutti gli intossicati, quindi di insistere molto anche per i servizi per l'alcolismo, che voi sapete essere una delle malattie sociali più rappresentative, e di non trascurare in questa attività la necessaria integrazione tra sanitario e sociale, perché nessuno parla più dell'AIDS, nessuno parla più delle malattie da contagio sessuale, ma voi sapete benissimo che stanno crescendo molto, per cui l'integrazione tra i riferimenti sociali e sanitari è assolutamente necessaria sia per attuare la prevenzione, quando è possibile, sia per riparare i danni gravi che, purtroppo, si sono verificati.

PAOLO CUCCU. Non è la prima volta che mi trovo perfettamente in linea con le considerazioni dell'onorevole Caccavari. Ritengo che abbia perfettamente ragione su tutti i punti che ha testé analizzato; mi limito, dunque, a fare qualche considerazione sul modo veramente serio e altrettanto professionale in cui tutti voi avete esposto le vostre ragioni e le vostre problematiche.

Peraltro, è anche la massiccia presenza femminile che mi induce a tali considerazioni, poiché essa ha un significato: probabilmente, le donne hanno cercato di portare nel loro lavoro un qualche cosa in più. La loro determinazione nell'esporre i problemi mi ha fatto capire che sicuramente non si fermeranno; non si fermeranno neanche quando difficoltà politiche, dovute all'intervento di assessori o di presidenti di regione o collegate alle difficoltà interpretative della norma del 1999, potranno metterle in imbarazzo. Sono sicuro, da quanto ho potuto intuire, che non si fermeranno neanche nel momento in cui qualcuno vorrà o potrà muoversi nei loro confronti in modo anomalo.

In questa Commissione noi siamo tutti, maggioranza e opposizione, disponibili ad ascoltarvi sempre, comunque e dovunque. Quello delle tossicodipendente è un tema grandissimo, che riguarda tutti noi, riguarda i nostri figli, riguarda le future generazioni. Dobbiamo impegnarci tutti. Nessuno si deve fermare. Dobbiamo dare il massimo per risolvere, nei limiti del possibile, questo grave problema.

PRESIDENTE. Non essendovi altri colleghi che intendono prendere la parola, possiamo procedere ad un breve giro di repliche.

MARIA PIA VIGNOLA, *Funzionario della regione Calabria.* Io devo molto al ministero ed ai parlamentari che hanno da tempo regolamentato la materia. In una regione come la Calabria dove è difficile, molto difficile camminare se non si hanno delle regole, delle spinte, noi ci siamo trovati in una posizione di privilegio rispetto ai colleghi che si occupano di psichiatria, *handicap* o altro proprio perché, a scadenze periodiche, sono state emanate normative che hanno delineato i campi di intervento e, principalmente, hanno finanziato le attività. Infatti, la nostra regione non ha mai previsto un capitolo di bilancio per le tossicodipendente e abbiamo utilizzato esclusivamente i finanziamenti nazionali; dunque, abbiamo veramente fatto molto rispetto alle possibilità. Pensate che nell'ambito dell'assessorato sono l'unica ad interessarmi di tossicodipendenza; dal 1986 sono l'unico

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

11.

SEDUTA DI MARTEDÌ 30 MAGGIO 2000

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SICUREZZA ALIMENTARE

Audizione dei rappresentanti di Federchimica:

Polenta Paolo, *Presidente* 3, 10, 16, 20
Caccavari Rocco (DS-U) 14
Carlesi Nicola (AN) 15
Cuccu Paolo (FI) 13
Fusco Gianluca, *Presidente di Agrofarma* . 5, 16
Galletti Paolo (Misto-Verdi-U) 10, 18
Giacalone Salvatore (PD-U) 13, 14
Giorgetti Enrica, *Responsabile del servizio rapporti con le istituzioni legislative nazionali e dell'Unione europea di Federchimica* 3, 16
Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) .. 15, 20
Vingiani Leonardo, *Direttore di Assobiotec e di AISA* 7, 17, 18, 20

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

una serie di prodotti siano distribuiti in modo anomalo, in modo impreciso e fuori dalla dose ottimale. Ciò può produrre danni enormi. Il fatto stesso di affidare questi prodotti, che sono sempre e comunque dei farmaci, a persone molte volte inesperte, senza che vi sia alcun coordinamento da parte di un esperto, lascia perplessi. Questo ruolo, per esempio, potrebbe essere svolto dalla figura del dottore agronomo, che a mio modesto avviso dovrebbe avere anche la possibilità, non dico di ricettare nel senso classico del termine, come nel caso della medicina umana, ma di fare qualcosa di simile, in modo che vi sia comunque un controllo durante e dopo l'uso di questi prodotti. Questo, effettivamente, è oggi un anello debole della catena; mi sembra che nessuno se ne preoccupi. Al riguardo voglio richiamare l'attenzione di tutti.

Sugli organismi geneticamente modificati, e in particolare su alcuni di essi, collega Galletti, non mi sento al momento di fare una guerra di religione. Stiamo molto attenti, facciamo molta attenzione, controlliamo tutto ! Ma le guerre di religione probabilmente non servono a nessuno.

ROCCO CACCAVARI. Ricordo che nella prima metà del secolo scorso, quando ero bambino, mi si raccomandava, quando mangiavo la frutta, di stare attento che non ci fossero ospiti. Qualche volta ne trovavo qualcuno, però ricordo ancora quel sapore. Oggi non trovo più ospiti ma non trovo più neanche quel sapore. È un dato di fatto.

SALVATORE GIACALONE. Adesso l'ospite sarebbe una garanzia, in questo senso !

ROCCO CACCAVARI. Infatti si ritorna forse ad augurarsi, con le colture biologiche, che degli ospiti vi siano. Penso quindi che noi dobbiamo con molto realismo partire dalla constatazione dei cambiamenti intervenuti un po' in tutto il mondo tecnologico che ci circonda e dei risultati che tutto ciò produce. Ritengo che il concetto del rischio accettabile, di cui si parlava prima, vada oggi applicato forse a tutta la nostra vita. La prima operazione di cui vi è bisogno, a mio avviso, è quindi l'integrazione profonda della ricerca che viene effettuata in ambiti diversificati, dall'agricoltura alla medicina umana o animale. È vero infatti che in molti casi si riesce a far sì che in un dato alimento una certa sostanza dannosa non superi la dose minima tollerabile, ma non dimentichiamo che la persona che mangia quel frutto o quella verdura e introduce così quella quantità minima accettabile di una data sostanza, nello stesso giorno, respirando, ha assorbito dall'aria la quantità minima accettabile di benzene, magari ha anche assunto la quantità minima accettabile di un'altra sostanza attraverso un farmaco e forse, senza nemmeno saperlo, ha assunto altre sostanze tossiche. Il risultato è che nello stile della nostra vita la tossicità è un elemento costituente della nostra stessa sopravvivenza. Io non pongo una domanda: mi allarmo e vorrei allarmare anche voi al riguardo.

Quando si inseguono separatamente singole finalità per settori distinti, pur tendendo nei singoli casi a raggiungere il risultato migliore, si rischia di ottenere invece complessivamente un risultato ben peggiore. Sarebbe quindi necessario integrare la ricerca e porsi un obiettivo condiviso, per esempio quello della minore tossicità globale di tutto ciò che si deve respirare, mangiare, usare come farmaco, ma anche indossare o semplicemente incontrare nel corso della propria esistenza. Unendo le risorse per il raggiungimento di un obiettivo comune, si potrebbero raggiungere risultati molto maggiori.

Noi abbiamo un obbligo. Anche tenuto conto dell'offerta di consumi che in campo alimentare ci arriva dalla stragrande parte del mondo, anche dalle popolazioni che muoiono letteralmente di fame, non dobbiamo perdere di vista l'obiettivo che ci prefiggiamo e, proprio per questo, non dobbiamo far pagare agli altri i nostri errori. Proprio in quei paesi

dobbiamo allora far sì che arrivino i prodotti più genuini possibili. Noi dobbiamo cioè utilizzare la nostra esperienza per assicurare in ogni caso che il rischio sia il minore possibile. Una ricerca integrata rivolta a questo obiettivo si tradurrebbe, a mio avviso, in un miglioramento della qualità della vita non solo dei paesi occidentali, che fanno la ricerca, ma di tutto il mondo.

Dico questo con molta convinzione, anche perché vengo da Parma, che è stata candidata a sede dell'agenzia europea per la sicurezza alimentare. Credo che il nostro paese debba orientarsi a dare sicurezza alimentare a tutto il mondo avendo appunto l'opportunità di partire da una base di conoscenze che rende l'Italia la nazione con la sicurezza alimentare più elevata in tutta Europa e in tutto il mondo.

Vorrei soltanto aggiungere una considerazione a proposito della precauzione. Sono stati citati esempi nei quali l'uso di alcune sostanze, di alcuni farmaci, di alcuni additivi ha determinato addirittura cambiamenti nell'evoluzione della vita (penso al DDT, che ha perfino condizionato geneticamente delle popolazioni). Non c'è da meravigliarsi di questo. Noi siamo partiti da una conoscenza soprattutto empirica, abbiamo imparato pagando dei prezzi. Dico sempre che se non fossero morti tanti per i funghi velenosi non avremmo saputo distinguere da quelli i funghi mangerecci. Ora abbiamo la possibilità, con l'aiuto della tecnologia, di prevenire molti di questi errori. Una ricerca integrata, che elimini in tutti gli ambiti una parte di rischio, potrà a mio avviso determinare alla fine una riduzione del rischio generale.

NICOLA CARLESI. Intervengo molto brevemente. Vorrei rivolgere alcune domande al dottor Vingiani, ringraziandolo innanzitutto per aver portato una nota di tranquillità, di rassicurazione rispetto a quello che fa il nostro paese in materia di sicurezza alimentare. Io non sono molto convinto che tutto ciò avvenga. Mi ricordo solo cosa è avvenuto quando furono sequestrati quantitativi enormi di carne nel momento in cui in Europa era scoppiato il problema diossina. In Italia furono sequestrate ingenti quantità di carne, mai potute analizzare per la carenza di strutture adeguate, in grado di effettuare tale controllo, da parte delle aziende sanitarie; per cui i produttori oltre a sopportare il sequestro, con tutto quello che ciò comporta, non seppero mai se avevano o meno acquistato carni inquinate. C'è ancora molto da fare, quindi, rispetto al problema della sicurezza, soprattutto dal punto di vista dell'organizzazione periferica, non solo nelle grandi città o nel nord Italia.

La domanda che volevo porre concerne però gli OGM. Al riguardo ho apprezzato quello che lei ha detto, dottor Vingiani. Evidentemente, lei non condivide quella che sembra essere l'impostazione attuale, la scelta cioè di specificare sull'etichetta degli alimenti la presenza di OGM solo in relazione ad una percentuale stabilita. Se si deve essere chiari per un problema non tanto di sicurezza quanto piuttosto di trasparenza rispetto a ciò che è contenuto nell'alimento, tanto vale scrivere sull'etichetta se c'è o meno l'OGM, al di là di quella che è la percentuale, perché altrimenti sembrerebbe quasi una truffa. Mi sembra questa la sua posizione. La domanda che voglio rivolgerle con riferimento agli OGM riguarda però la pericolosità per la salute umana. Ci sono ricerche indipendenti, non di parte, al riguardo? Esiste a tutt'oggi la possibilità di affrontare questo discorso in termini estremamente sereni e chiari? Cosa sapete in proposito? Potete per cortesia informare la Commissione sulle vostre conoscenze in materia?

FRANCESCO PAOLO LUCCHESE. Non ho ascoltato tutte le relazioni dei nostri ospiti ma vorrei porre una domanda con riferimento all'obbligo di indicare nelle etichette degli alimenti la presenza di un certo quantitativo di OGM. Che significato assume questa comunicazione? Si tratta di sostanze pericolose, rispetto alle quali la gente deve stare attenta? O siamo in

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

22.

SEDUTA DI MARTEDÌ 6 GIUGNO 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDICE

PAG.

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, Umberto Veronesi, sulle linee programmatiche del Governo in materia sanitaria *(ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento)*:

Bolognesi Marida, *Presidente* 3, 8, 15, 16
Caccavari Rocco (DS-U) 6
Carlesi Nicola (AN) 14, 16
Conti Giulio (AN) 16
Del Barone Giuseppe (Misto-CCD) 14
Giacalone Salvatore (PD-U) 7
Giannotti Vasco (DS-U) 5
Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) .. 3
Mangiacavallo Antonino (Misto-RI) 14
Veronesi Umberto, *Ministro della sanità* ... 9, 14 15, 16

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

che potrebbe essere eventualmente collocato anche nell'ambito della manovra finanziaria. Credo che lei sia a conoscenza, ministro, di questa iniziativa. Un gruppo di deputati ha presentato una proposta di legge che praticamente introduce il principio della defiscalizzazione per la ricerca scientifica. Si prevede infatti che il cittadino, ove lo desideri, possa detrarre dalla propria dichiarazione dei redditi fino a quattro milioni all'anno da destinare alla ricerca in campo oncologico. Per l'impresa la somma interamente detraibile, se destinata alla ricerca in campo oncologico, sale a 100 milioni. Certo, lei mi potrà obiettare: perché solo in campo oncologico? Il nostro obiettivo è quello di affermare un principio; naturalmente sarei ben felice di prevedere una norma generale che contemplasse tutti i fondi destinati alla ricerca. Se il Governo avesse questa intenzione, ne sarei – ripeto – ben felice. Ma intanto è importante, a nostro avviso, affermare un principio. Questa è una legge che può essere approvata in tempi rapidissimi. In questo senso – ripeto – è molto importante il suo parere.

Infine, ministro, le devo fare una richiesta, sperando nella sua capacità di risoluzione. Vi è un importante progetto di legge che giace da un anno in questa Commissione. Mi riferisco alla proposta di legge per la disciplina delle attività trasfusionali l'atto Camera n. 71: da un anno aspettiamo di avere un finanziamento di 40 miliardi per il triennio 2000-2002 per poterne riprendere l'iter. Tenga conto, ministro, che su un provvedimento importante come questo vi è un consenso abbastanza esteso da parte di tutta la Commissione. È assurdo che non si riesca a portarlo in porto. Si tratta di un'importante proposta di legge che è ferma da un anno perché non dispone di un modesto finanziamento di 40 miliardi. Tra l'altro, il provvedimento potrebbe essere approvato in tempi molto rapidi perché – ripeto – esso incontra in Commissione un largo consenso. C'è in questo caso una responsabilità del Governo (mi duole dirlo): io mi auguro e spero che la sua attenzione possa consentire a questa Commissione di riprendere i lavori per portare in porto un'importante legge qual è quella ricordata. La ringrazio, ministro.

ROCCO CACCAVARI. Signor ministro, devo sinceramente dirle che sono rimasto affascinato dall'esordio del suo intervento, perché lei ha usato una parola adesso desueta ma che ha sempre caratterizzato la buona storia dell'umanità: « rivoluzione ». Seguendo questo suo pensiero, che si capisce essere il risultato di una vita dedicata alla scienza, mi permetto di seguire un ragionamento al quale anch'io sono pervenuto, con molti meno numeri di lei ma con un'esperienza di vita in mezzo alle persone, che molto spesso manifestano la loro presenza proprio attraverso la malattia.

Credo che l'analisi che dobbiamo fare della condizione della persona malata non possa prescindere oggi dal riconoscimento del grande significato che riveste un'interpretazione esatta dei rapporti tra medicina e società, intendendo per questo non la spersonalizzazione dei soggetti protagonisti, cioè dei sanitari e dei cittadini che hanno un problema di salute, ma la valorizzazione, la validazione di questo rapporto anche attraverso il reciproco riconoscimento. Ritengo che la grande evoluzione che ha portato la società a dotarsi di strumenti umani di controllo del modo in cui viene seguito un paziente (mi riferisco per esempio ai tribunali del malato) sia una delle più straordinarie conquiste del rispetto reciproco che i soggetti a cui accennavo hanno potuto oggi raggiungere. A mio avviso questa è anche la conferma del fatto che (e passo di rivoluzione in rivoluzione) la scienza partendo dai dubbi cerca e a volte trova la verità, ma l'etica la valuta; e credo che da tale valutazione nasca anche il buon senso, intendendo per questo il massimo dell'espressione del coinvolgimento con il quale si debba poi seguire il rapporto tra medico e cittadino che a lui si rivolge.

Dico questo perché vorrei sottolineare come rispetto alla grande prospettiva di modernità che lei ha inserito nel suo intervento si debba a mio avviso tener

conto anche di vecchie storie, cioè le storie delle persone che in una condizione di malattia hanno risposte diverse – e a volte pongono anche domande diverse – a seconda di dove sono collocate. Esistono luoghi di eccellenza perché la malattia si manifesti in un modo o nell'altro. La sanità del carcere è chiamata a rispondere ad esigenze che certamente, per la loro gravità, non hanno riscontro sul territorio; il peggiore degli ospedali non è peggiore del miglior centro clinico di un carcere, perché molto spesso la condizione coatta crea attorno alla malattia proprio la difficoltà di quel rapporto etico al quale fortunatamente abbiamo da tempo affidato anche un risultato terapeutico.

Altro luogo di eccellenza è la strada. Abbiamo sofferenze che « viaggiano » dentro le persone sulla strada, intendendo per essa la strada dove si passeggia, si cammina, si transita; mi riferisco alle persone che non hanno luoghi di riferimento, che non hanno la possibilità di rivolgersi a qualcuno che li tuteli.

Credo che dovremmo essere più presenti in questi luoghi di eccellenza, di verifica della validità del rapporto tra medicina e società. Ritengo che se la sanità penitenziaria, attraverso i decreti attuativi, sarà avviata all'interno delle strutture penitenziarie, la salute collettiva di quei luoghi ne trarrà sicuramente un vantaggio. Allo stesso modo penso che le unità di strada, così come sono state concepite, con questa straordinaria sintesi di integrazione tra sanitario e sociale, consentano di bloccare per le strade la diffusione di malattie fortemente invasive, legate a comportamenti deresponsabilizzanti perché vi sono persone che non sanno a chi affidarsi. Dunque gli interventi in questi luoghi di eccellenza di manifestazione dell'etica consentirebbero di creare una sanità che non si assuma il rischio di dimenticare cittadini a seconda della condizione sociale nella quale si trovano. Penso quindi che l'ammodernamento della diagnostica debba anche legarsi alla capacità di intendere la cultura legata a questo ammodernamento come un passo avanti sotto il profilo non solo della scienza ma anche dell'etica; più mezzi ci sono da mettere a disposizione, più questi mezzi devono essere portati anche dove non è possibile arrivare facilmente.

A mio avviso è giusto pensare che la riforma che abbiamo condotto in porto debba trovare il suo sbocco attuativo fino in fondo, ma ciò non ci impedisce, mentre andiamo a sperimentare l'avvio di quella riforma, di pensare anche a dei correttivi per migliorarla. Dobbiamo essere in grado di comprendere che all'interno della nostra società, per quei luoghi di eccellenza cui prima accennavo, occorre anche una condivisione che ci consenta di immaginare che quella sofferenza può essere anche presente in altri luoghi, meno complicati sotto il profilo della vita civile ma nei quali le persone si possono sentire sole.

In proposito intendo fare un riferimento preciso all'assistenza domiciliare che, così com'è oggi, costituisce certamente un aiuto ma non un soccorso. Credo infatti che l'aiuto possa rimediare ad esigenze quotidiane, mentre il soccorso è necessario anche quando si verifica l'eccezionalità. Intendo dire che il trattamento di un paziente domiciliare che presenti una condizione di dolore permanente richiede un'assistenza permanente. Dobbiamo dunque immaginare che la terapia del dolore vada intensificata e riconosciuta come strumento da mettere a disposizione non solo negli ospedali e nelle cliniche, ma anche in luoghi, come il proprio domicilio, in cui le persone possano ancora recuperare, proprio secondo quell'etica, una propria dimensione più rispettosa della condizione umana, della quale non dobbiamo mai dimenticarci.

SALVATORE GIACALONE. La ringrazio, signor ministro, per le considerazioni importanti che ha espresso in questa sede. Dei temi caldi, quali la riforma-*ter* alla quale siamo molto legati, l'esclusività del rapporto medico, i rapporti con l'INAIL per la riabilitazione, le vicissitudini del contratto di lavoro, ha già parlato il mio capogruppo, l'onorevole Fioroni, e mi pare di non aver colto in questi giorni anche

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

12.

SEDUTA DI MARTEDÌ 13 GIUGNO 2000

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PAOLO POLENTA

INDICE

PAG.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SICUREZZA ALIMENTARE

Audizione di rappresentanti del CNR – progetto finalizzato biotecnologie e biostrumentazione, del Centro biotecnologie avanzate di Genova, dei professori Gianni Tamino e Marcello Buiatti 3

Polenta Paolo, *Presidente* 3, 6, 9, 11, 18, 27

Buiatti Marcello, *Professore del dipartimento di biologia animale e genetica dell'università di Firenze* 14, 25

Caccavari Rocco (DS-U) 20

Cozzolino Federico, *Coordinatore di un sottoprogetto del progetto finalizzato biotecnologie e biostrumentazione del CNR di Roma* 5, 22

Falaschi Arturo, *Componente del Consiglio direttivo del CNR* di Roma 6, 22

PAG.

Giacalone Salvatore (PD-U) 20

Lucchese Francesco Paolo (Misto-CCD) .. 18

Procacci Annamaria (Misto-Verdi-U) 18, 19

Rotilio Giuseppe, *Componente del Consiglio direttivo del CNR di Roma* 3, 21

Santi Leonardo, *Presidente del Centro biotecnologie avanzate di Genova e del Comitato nazionale per la sicurezza e le biotecnologie istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri* 9, 24

Tamino Gianni, *Professore del dipartimento di biologia dell'università di Padova e componente del Comitato nazionale per la sicurezza e le biotecnologie istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri* 11, 19, 24

Valpiana Tiziana (Misto-RC-PRO) 19

ALLEGATO 29

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

all'interno della salute sappiamo quanta importanza abbiano da una parte l'alimentazione e dall'altra l'ambiente), ogni persona dovrebbe essere messa in grado di sapere che cosa mangia e che cosa respira e di poter scegliere ciò di cui si alimenta attraverso un'etichettatura o comunque la rintracciabilità (ma, come avete detto voi, lungo tutta la filiera e non solo nel prodotto finito). Vi chiedo se avrebbe senso una legislazione molto restrittiva in un solo paese o se di fatto, come io ritengo, questo discorso sia sottratto alla democrazia e alla dimensione nazionale. Mi sembra che esso sia sottratto anche al controllo democratico degli organismi di tipo elettivo; siamo cioè di fronte a scelte politiche di fondo operate da organismi che non rispondono all'elettorato, da una parte, e che perseguono interessi privati, dall'altra, o da organismi come l'Organizzazione mondiale del commercio, che mi sembra abbia operato una scelta molto diversa dal principio di precauzione. Da questo punto di vista (capisco che la domanda è complessa e riguarda i massimi sistemi), di quali strumenti politici disponiamo per arginare o per tenere sotto controllo questo tipo di meccanismi, e quindi per poter fornire non dico delle garanzie (perché ormai siamo tutti consapevoli di essere delle cavie, particolarmente chi come me abita in Veneto, è vegetariano e quindi vive di mais e di soia: una tragedia personale !), ma delle contromisure anche parziali dal punto di vista politico ? Oppure ci scoraggiate del tutto su questa possibilità ?

SALVATORE GIACALONE. Ringrazio i nostri illustri ospiti per l'esposizione brillante, interessantissima e di notevole spessore culturale, che avrebbe meritato maggiore spazio e partecipazione da parte dei commissari, o forse un simposio *ad hoc*.

Facendo riferimento solo all'ultimo intervento, che conteneva qualche considerazione di ordine più squisitamente politico e più immediata, domando se l'intenzione fosse quella di considerare gli OGM in agricoltura non più come prodotti agricoli ma come prodotti industriali, e di considerare il criterio di precauzione con l'inversione della prova ed il sistema dell'HACCP come elementi che consentono di compiere questo salto categoriale e culturale, cioè il passaggio da un approccio di tipo agricolo ad uno di tipo industriale. Mi riferisco all'ipotesi di servirsi di questi come di elementi che si sono consolidati anche in altre realtà industriali, peraltro condivisi sul terreno europeo, e che ci consentono quindi un più efficace controllo. Chiedo solo una conferma in proposito.

ROCCO CACCAVARI. Ringrazio anch'io gli intervenuti, mentre non mi rammarico del fatto che non vi sia più tempo perché questo dipende da noi, non dai nostri ospiti; dobbiamo essere concreti da questo punto di vista. Rivolgo quindi un appello affinché si ritorni sull'argomento, dal momento che – immagino – nel futuro dovremo occuparci maggiormente di questi temi.

Esiste certamente la necessità di approfondire alcuni aspetti, ma la domanda che mi interessa porre, anche se non risponde a tutte le mie curiosità ed esigenze, mi aiuta ad entrare in un'ottica, per così dire, « fuori dalle responsabilità ma dentro al problema » che mi consente di capire di più.

Culturalmente siamo orientati a cercare sempre la migliore terapia per curare una malattia. Credo che la manipolazione genetica su un organismo nel campo alimentare sia simile in definitiva alla ricerca di un farmaco per il mantenimento della salute. Da questo punto di vista, ritengo che questo obiettivo non sia da mettere da parte con l'idea di un possibile danno; bisogna invece fare di tutto affinché la manipolazione non faccia male in quanto l'obiettivo deve essere perseguito. In altri termini, considero la modificazione genetica di tutto ciò che entra nel ciclo biologico, con l'intento di assicurare alla materia vivente la migliore resa, una strada da percorrere.

La mia domanda è la seguente: all'orizzonte, sulla base delle nostre conoscenze, è possibile prevedere una modificazione

della ricerca volta non solo a migliorare la resa, la qualità dei prodotti alimentari, ma anche il contenuto sotto il profilo terapeutico al fine di assicurare una buona salute ? Possiamo immaginare prodotti che ci facciano star bene o si deve ritenere che le modificazioni genetiche o altro tipo di ricerca in qualche modo mettano in crisi il sistema naturale del nostro organismo ?

GIUSEPPE ROTILIO, *Componente del Consiglio direttivo del CNR di Roma.* Riprenderò le domande cui mi sento di rispondere.

Quella da ultimo posta mi sembra particolarmente importante, pur non incidendo sul problema generale, perché, come avevo accennato, sono in fase di sperimentazione, soprattutto per le popolazioni del sud-est asiatico, qualità di riso arricchito transgeneticamente di vitamine, trasportatori del ferro e via dicendo. Questi alimenti in qualche modo integrati dal punto di vista nutrizionale vengono chiamati i nuovi alimenti e già, a mio avviso, questa parola induce perplessità, come se dovessimo andare verso le pillole proposte nei film di fantascienza. Al contrario, grazie all'ingegneria genetica, si ha proprio l'alimento rinforzato. È quindi vero quello cui accennava l'onorevole Caccavari; si sta effettuando della ricerca in questo senso e si sta passando alla fase applicativa in determinate aree del mondo. La sua attesa è in qualche modo soddisfatta, ma il problema generale rimane perché tutte le questioni di cui abbiamo prima parlato – il trasferimento orizzontale dei geni, la resistenza – restano invariate.

Vorrei riprendere un argomento già trattato rapidamente dai colleghi che forse i commissari non hanno interamente colto. Penso che la vera risposta consista nella genomica, parola tecnica che indica una nuova branca della scienza, la quale ci fa capire che cosa può accadere alterando un gene. Ho ripetuto questo concetto come membro italiano del Comitato per i programmi scientifici europei su salute e alimentazione: vedo molto bene questi nuovi studi riguardanti la risposta totale del gene a determinati stimoli (di una pianta, di una cellula in coltura, sempre in laboratori protetti), perché solo in questo modo potremo vedere un futuro sicuro nel rafforzare nutrizionalmente le piante.

Naturalmente, come presidente *pro tempore* dell'Istituto nazionale della nutrizione, vorrei ricordare che ha cambiato il nome (INRAN) e la missione. Questo è un altro elemento chiave nella politica del Ministero delle politiche agricole.

Dobbiamo effettivamente difendere la varietà e le potenzialità benefiche della dieta naturale, specialmente di quella italiana. Purtroppo sento già avanzare dai produttori una richiesta di sviluppare le biotecnologie per migliorare i prodotti di nicchia; mi sembra una contraddizione in termini, perché il prodotto di nicchia è tale perché realizzato secondo una procedura stabilita, va mantenuto come tale. Bisogna stare attenti a simili confusioni anche a livello di una commercializzazione più efficiente rispetto a quello che si valorizza proprio per non avere manipolazioni di questo tipo.

Quello della restrizione in un unico paese è un problema grave. Non essendoci negli Stati Uniti e in Cina limitazioni simili a quelle cui noi siamo sottoposti, siamo infatti esposti a questo tipo di rischio, ma la presenza di un'Unione europea fortemente orientata alle moratorie ci permetterà di affrontare un futuro di ricerca in tranquillità. Ripeto: questa deve riguardare soprattutto il campo della genomica.

Conosco le idee dell'onorevole Procacci e le rispetto; naturalmente è stata la più diffusa nel sottolineare l'esigenza di una moratoria. Come ricercatore affido a voi il compito di una valutazione di questo tipo; devo dire che la moratoria alle applicazioni sul campo delle piante transgeniche può essere anche fatta, perché probabilmente dobbiamo trovare un nuovo modello sperimentale. Penso che anche i ricercatori non sarebbero contrari a limitare l'applicazione indiscriminata, come è avvenuto in questi ultimi dieci anni in cui

(...)

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

14.

SEDUTA DI MARTEDÌ 27 GIUGNO 2000

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MARIDA BOLOGNESI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **PAOLO POLENTA**

INDICE

PAG.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SICUREZZA ALIMENTARE

Audizione del ministro delle politiche agricole e forestali, Alfonso Pecoraro Scanio:

Bolognesi Marida, *Presidente* 2, 6, 9
Polenta Paolo, *Presidente* 20
Caccavari Rocco (DS-U) 10
Di Capua Fabio (D-U) 6
Galletti Paolo (Misto-Verdi-U) 7, 18
Giannotti Vasco (DS-U) 3
Massidda Piergiorgio (FI) 11, 12
Pecoraro Scanio Alfonso, *Ministro delle politiche agricole e forestali* 2, 3, 15, 18
Procacci Anna Maria (Misto-Verdi-U) 13

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord Padania: LNP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; comunista: comunista; Unione democratica per l'Europa: UDEUR; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano: misto-RI; misto-cristiani democratici uniti: misto-CDU; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

un punto di forza essendo l'Italia circondata dal mare. Vorrei conoscere il parere del ministro a tale proposito

Così come vorrei conoscere il suo parere sul ruolo, che a mio avviso può essere interessante, dello sviluppo dell'autocontrollo da parte delle aziende e dei produttori. In questa sede ci sono stati portati esempi a testimonianza che questa strada è percorribile, ma anche essa deve avere garanzie ed un atteggiamento premiale da parte nostra. Noi possiamo incentivare e disincentivare la qualità e la sicurezza della produzione attraverso un patto con i produttori e credo che questo rientri proprio nelle competenze del ministro. Mi interessa, dunque, sapere cosa ne pensi di questa idea di sviluppare l'autocontrollo come forma di garanzia ed anche come si possa sburocratizzare la strutture e ridurre l'eccesso di sedi, di leggi e di norme, anche considerando che quando non sono chiare le competenze, non si capisce più chi debba controllare.

Faccio ancora una considerazione riallacciandomi a quanto detto dall'onorevole Galletti. Oggi nel nostro paese, proprio perché è un paese di mare, sta prendendo molto piede l'idea della piscicoltura. Ma non sono chiare modalità e garanzie degli allevamenti: dove siano posti, se in Italia o all'estero, quali mangimi vengano impiegati e se sia vero o meno che si fa ricorso a farmaci che, poi, possono nuocere o immunizzare le persone, con la conseguenza, ad esempio, che quando si presenta un'epidemia di influenza scopriamo che gli antibiotici non hanno più efficacia. In particolare, essendo quella del pescato una cultura tradizionale in Italia, questo punto può rivelarsi di grande debolezza, anche per il mercato del turismo; è importante, dunque, capire quali garanzie si intenda dare ai cittadini a proposito del pescato di allevamento.

Concludo ringraziando anticipatamente il ministro per la sua presenza ed augurandomi, dal momento che conosciamo la sua sensibilità su questo tema, che egli possa seguire i lavori che la Commissione sta svolgendo e i risultati che ne trarrà, per trovare insieme, in questo scorcio di legislatura, gli strumenti per dare immediata risposta almeno ad alcuni dei problemi che sono stati sollevati.

ROCCO CACCAVARI. Penso anch'io che gli argomenti da trattare siano tanti. Mi limiterò a fare qualche considerazione perché vorrei che mi si tranquillizzasse su un aspetto che non è emerso chiaramente. Credo che la sicurezza alimentare sia cosa molto diversa dalla prevenzione della frode alimentare. Ritengo pertanto che noi dobbiamo prendere in seria considerazione l'aspetto relativo al controllo delle condizioni igieniche degli alimenti, fermo restando che bisogna distinguere da questo aspetto quegli interventi che servono ad evitare che sugli alimenti si inneschino delle frodi, mediante il ricorso ad additivi chimici o, alcune volte, forzando processi naturali (penso, per esempio, alle fermentazioni artefatte).

Detto questo, vorrei che prendessimo coscienza di un dato che non può essere trascurato. Mi riferisco alla scarsa igiene nella conservazione degli alimenti che caratterizza i luoghi dove gli stessi vengono consumati. Anche il più sterilizzato degli alimenti, infatti, quando viene toccato con le mani, immediatamente si inquina; del resto non può che essere così, perché altrimenti ci si dovrebbe ogni volta disinfettare le mani prima di toccare un alimento. Immaginiamo cosa vi è all'interno di un frigorifero o nel cassetto di una credenza ! Ciò deve farci riflettere: a me sembra che questa pretesa sterilità sia veramente un miraggio, che essa non possa esistere.

Proprio per questa ragione credo anzi che l'eccesso di controllo all'origine faccia aumentare ancora di più il rischio di inquinamento successivo. Se non vi è la possibilità di assicurare in tutti i passaggi la sterilità, quell'igiene che si pretende di garantire, prima o poi viene il momento in cui si rischia di vanificare tutto il lavoro precedente.

Voglio ricordare che la sicurezza alimentare consiste nella garanzia della qualità del prodotto, quindi nella presenza all'interno dell'alimento che si considera

delle sostanze che lo compongono, nel rapporto giusto ed equilibrato, e nella garanzia dell'assenza di agenti infettivi e di parassiti. Questo è il problema di fondo. Per fortuna nel tempo, attraverso l'utilizzo di risorse naturali, abbiamo evitato o contenuto la diffusione delle infezioni; attraverso i lavaggi abbiamo evitato la diffusione dei parassiti. A mio avviso bisogna porre attenzione, per esempio, a che la frutta stia molto al sole e non venga invece scaldata nei microforni, che forse sterilizzano un po' di più ma, abbattendo la qualità dell'alimento, lo rendono più facilmente aggredibile da parte dei parassiti e degli altri agenti infettivi nel caso in cui gli stessi entrino in contatto con loro. Ma c'è di più; l'alimento così trattato, infatti, quando arriva nell'organismo non garantisce più la costituzione di quell'insieme biologico che contribuisce alla difesa dell'organismo in questione. Un alimento troppo « pulito » finisce insomma con il determinare squilibri nel nostro organismo, rendendoci appunto più aggredibili da altri agenti con i quali è più facile entrare in contatto in una condizione di inquinamento ambientale qual è quella attuale. Pertanto, attraverso una sterilizzazione eccessiva, irrazionale, attraverso la garanzia eccessiva di un'alimentazione sterile, finiamo con l'indebolire la nostra capacità di difenderci dagli altri agenti aggressivi dell'ambiente, che invece sono forti e consistenti.

Ho richiamato un po' confusamente queste cose perché vorrei che tenessimo conto del fatto che l'eliminazione o l'interruzione di alcuni cicli biologici da sempre esistenti in natura, che garantiscono l'equilibrio tra la diversa materia vivente, ci espone al rischio di dare il sopravvento agli agenti che vengono utilizzati per sterilizzare. Impoverendo, per esempio, la fauna acquatica, il microclima delle acque o il microclima dei terreni, finiamo con il determinare condizioni in cui sarà necessario intervenire sempre di più per sterilizzare, per pulire, per rendere igienico un prodotto. Con riferimento per esempio alla manipolazione genetica, arriveremo al punto che dovremo stare attenti a cosa davvero andremo a manipolare. Banalizzo il concetto: la soia sulla quale agiamo oggi è la soia vera, naturale, o è il risultato del prodotto trattato con gli anticrittogamici, con gli incroci e con tutti gli altri interventi che sono stati effettuati? Quando oggi intendiamo manipolare geneticamente un prodotto, occorre dunque stare attenti perché agiamo su una materia già modificata. Se non si presta molta attenzione a tutto ciò, corriamo il rischio di assumere alimenti che sono modificati due volte e conseguentemente corriamo il rischio di procurarci un danno doppio.

Da questo punto di vista – e concludo – vorrei anche ricordare che le deiezioni organiche di miliardi di persone immettono nell'ambiente una quantità enorme di materiale di sintesi. Da alcuni dati in nostro possesso risulta che bevendo un bicchiere di acqua a Milano ci si può addormentare, perché l'acqua è ricca di diazepam, cioè di sonnifero! Altre sostanze possono arrivare al nostro organismo con altri tipi di inquinamento, anche se stiamo attentissimi a che i nostri alimenti siano sterilizzati.

Che cosa raccomando allora? Invece di rincorrere costantemente una condizione di perfezionismo igienico, cerchiamo di attestarci su modelli che siano compatibili con le condizioni attuali di sopravvivenza. Siamo arrivati al punto di eliminare il vermino dalla mela – e di questo siamo contenti – ma contemporaneamente abbiamo eliminato anche una forma di vita che ci garantiva l'appetibilità della mela che mangiavamo.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Visto il poco tempo a disposizione, non ripeto alcune valutazioni fatte dai colleghi, sulle quali concordo, ma mi soffermo brevemente su un argomento che ha già illustrato poc'anzi l'onorevole Caccavari. Quello che è scioccante per un parlamentare è che anche a seguito di tutti gli eventi che hanno occupato le cronache degli ultimi anni ci si era convinti che in Italia vi fosse un vero e proprio controllo delle frodi alimentari. Penso a cosa è

(...)

COMMISSIONI RIUNITE

COMMISSIONI RIUNITE
GIUSTIZIA (II) — AFFARI SOCIALI (XII)

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

1.

SEDUTA DI MARTEDÌ 15 GIUGNO 1999

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA II COMMISSIONE
ANNA FINOCCHIARO FIDELBO

INDI

DEL PRESIDENTE DELLA XII COMMISSIONE
MARIDA BOLOGNESI

INDICE

PAG.

Audizione del ministro di grazia e giustizia, Oliviero Diliberto, e del ministro della sanità, Rosy Bindi, sulla riforma della medicina penitenziaria *(ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento)*:

Finocchiaro Fidelbo Anna, *Presidente* 2, 6

Bolognesi Marida, *Presidente* 6, 14, 15, 16, 20

Baiamonte Giacomo (FI) 10

Bettoni Brandani Monica, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 2, 6, 7

Caccavari Rocco (DS-U) 10

Corleone Franco, *Sottosegretario di Stato per la grazia e la giustizia* 12, 15, 16, 17, 18

Cossutta Maura (comunista) 6, 7

Giacco Luigi (DS-U) 8

Giannotti Vasco (DS-U) 9

Olivieri Luigi (DS-U) 7, 9, 14

Saia Antonio (comunista) 11, 12, 17

Valpiana Tiziana (misto-RC-PRO) 13, 16, 18

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: democratici di sinistra-l'Ulivo: DS-U; forza Italia: FI; alleanza nazionale: AN; popolari e democratici-l'Ulivo: PD-U; lega nord per l'indipendenza della Padania: LNIP; I Democratici-l'Ulivo: D-U; unione democratica per la Repubblica: UDR; comunista: comunista; misto: misto; misto-rifondazione comunista-progressisti: misto-RC-PRO; misto-centro cristiano democratico: misto-CCD; misto-socialisti democratici italiani: misto-SDI; misto-verdi-l'Ulivo: misto-verdi-U; misto minoranze linguistiche: misto Min. linguist.; misto-rinnovamento italiano popolari d'Europa: misto-RIPE; misto federalisti liberaldemocratici repubblicani: misto-FLDR; misto-Patto Segni riformatori liberaldemocratici: misto-P. Segni-RLD.

molti problemi nella gestione di questa transizione e della riforma.

GIACOMO BAIAMONTE. Nel programma del Ministero della sanità ho visto tutta una serie di argomentazioni che possono essere valide in linea generale per una medicina di base, ma non ho visto una programmazione che riguardi la medicina preventiva, che deve essere alla base dell'organizzazione di una comunità, specialmente di quel tipo.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA XII COMMISSIONE MARIDA BOLOGNESI

GIACOMO BAIAMONTE. So – ne ho trattato in un'interrogazione parlamentare – che in Italia esistono carceri dove il malato di AIDS vive in maniera promiscua con la persona affetta da tubercolosi: sappiamo bene come la tubercolosi, in fase attiva, si diffonda proprio tra i malati di AIDS, che sono immunodepressi. Esistono centri clinici dove il personale di sorveglianza non viene selezionato e viene posto a contatto con questi pazienti, con eventuale diffusione di malattie molto gravi anche all'esterno. Per esempio, per ciò che concerne i centri clinici esistenti nelle nostre carceri non vedo alcuna organizzazione dal punto di vista sanitario da parte del Ministero della sanità: lì dovrebbero trovare cure tutti i carcerati che hanno delle affezioni, dalla più semplice alla più grave. È inutile fare delle programmazioni così teoriche senza tenere conto della realtà. Quello delle carceri è un mondo molto complesso – lo capisco, sottosegretario Corleone – ma è anche molto complessa la sanità; cerchiamo allora di valutare le cose con una certa attenzione. È questo il motivo per cui all'inizio del mio discorso ho fatto riferimento ad una medicina preventiva che – ripeto – in comunità di questo genere dovrebbe avere grande rilievo ma alla quale non ho visto fare il minimo accenno.

ROCCO CACCAVARI. A me pare che una scelta di questo genere qualifichi il Governo, perché finalmente si rende giustizia – è il caso di dirlo – ad una differenziazione assolutamente non giustificata tra persone che, transitoriamente o per lungo tempo detenute, sono trattate sotto il profilo della tutela della salute come cittadini di serie B. Questo deve essere alla base di tutta la ricerca che faremo via via che questa fase di sperimentazione consentirà di portare all'esterno il misterioso mondo della sanità del carcere. Il percorso che dovremo compiere sarà molto difficile, perché esiste nei mondi chiusi – e soprattutto in questo – un tacito ricorso al consenso, qualche volta anche al compromesso, in quanto purtroppo anche la salute diventa merce di scambio o merce con la quale accreditare benefici o privilegi.

Dico questo con una certa amarezza, perché avendo frequentato il carcere per tantissimi anni ho potuto notare come molto spesso la malattia debba avere per forza un decorso diverso in quanto la cronologia è molto modificata rispetto all'esterno; la cosiddetta urgenza oggi nel carcere diventa davvero una condizione difficilmente definibile (si rinvia dal venerdì al lunedì con grande tranquillità qualsiasi problema). Questa riforma tende non solo a dirimere conflitti fra ministeri ma a portare finalmente a piena attuazione il dettato costituzionale che garantisce la salute di tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro condizione. Credo che nella ricerca delle motivazioni per dare ancora più forza alla sperimentazione dobbiamo modificare profondamente alcuni istituti, soprattutto quello delle convenzioni esterne, con decine di specialisti, che fanno in modo che la disponibilità di questi sia legata quasi sempre al numero delle prestazioni (è una cosa che va detta); invece noi sappiamo che, nella popolazione carceraria come all'esterno, essendo molteplici le patologie, la disponibilità deve essere articolata secondo il bisogno e non secondo la disponibilità dell'amministrazione.

Altra questione che va sottolineata con forza è che il luogo dove viene consumata la patologia dei detenuti è sicuramente un luogo ad alto rischio per quanto riguarda la propagazione delle infezioni. Non intendo soltanto parlare dell'HIV, di cui forse abusiamo indicandola come malattia a rischio; esiste molto di più il rischio per l'epatite C, per la tubercolosi, per la sifilide. Credo quindi che dobbiamo entrare in questo mondo cercando di modificare l'articolato della legge ma soprattutto cambiando mentalità.

Quanto al mantenimento di un contingente all'interno, credo che sia opportuno: la malattia nel carcere non è soltanto una patologia, è anche un insieme di comportamenti, un momento relazionale, se si riesce ad avere a che fare con persone che capiscono i problemi dei detenuti, ma può anche essere un luogo di vessazione. Sappiamo che la malattia più diffusa nelle carceri è quella da simulazione, che molto spesso viene utilizzata perché mancano altre garanzie di giustizia; quindi, non sono contro questa soluzione, però la salute va gestita offrendo ai detenuti la possibilità di curarsi nonostante l'autolesionismo, l'aggravamento della malattia per avere benefici, la procurata malattia per ottenere vantaggi. Le condizioni di salute andrebbero sganciate dai benefici. È una questione di cui dovremmo discutere.

Ripeto, a me sembra molto importante questo passaggio attraverso un'osservazione molto attenta della situazione, dal detenuto al personale, dalle convenzioni esistenti a quelle che si andranno a stipulare, riconoscendo quanto deve essere modificato nell'organizzazione generale della sanità del carcere; non esiste solo il problema del personale, ma c'è quello delle ambulanze, dei telefoni che squillano a vuoto, degli orari; per un detenuto che sta male la notte ciò rappresenta un dramma (molti muoiono proprio per omissione di soccorso; sono cose che accadono). Abbiamo quindi bisogno di ripensare a questa materia, senza accusare nessuno ma mettendoci tutti in discussione, in maniera che sia garantito il diritto alla salute, che non si verifichino abusi con riferimento a questo diritto e che soprattutto si capisca che un mondo come quello delle carceri non può essere assimilato, sotto il profilo della sanità, ad altre realtà perché presenta specifiche peculiarità.

Concludo rilevando che la questione relativa ai finanziamenti deve essere posta a carico di un solo ministero, perché la gestione affidata a due ministeri diversi può determinare anche conflitti. E il primo conflitto già nasce per il fatto che gli addetti alla sanità carceraria avranno il vantaggio di passare alla dirigenza mentre in altre amministrazioni questo non succede. Apriamo il mondo delle carceri, senza timore che possa rappresentare un rischio sociale, facendo in modo che la sicurezza sia un contributo a che la sanità funzioni e non viceversa.

ANTONIO SAIA. Anch'io esprimo soddisfazione per il fatto che finalmente è stato predisposto questo decreto, di cui peraltro si attendeva l'uscita in quanto deriva da una legge delega. Devo però purtroppo rilevare che il modo in cui si svolge questa discussione non consente, come in altre occasioni, di entrare tecnicamente e specificamente nel merito dei contenuti del decreto, anche attraverso pareri ufficialmente espressi, per lo strano iter che ha avuto questo provvedimento. Anche se devo precisare che ciò non è avvenuto per una qualche responsabilità del Governo, esprimo tuttavia la mia seria preoccupazione per questa situazione. Ritengo pertanto che le considerazioni svolte, poiché derivano da un ordine del giorno che ha impegnato il Governo a sentire comunque il parere del Parlamento, debbano diventare per il Governo materia di attenta riflessione.

Condivido molte delle osservazioni dei colleghi che sono intervenuti prima di me: mi riferisco in modo particolare ai colleghi Maura Cossutta, Giannotti, Baiamonte e Caccavari. Desidero comunque puntualizzare alcune questioni.

Mi esimo dall'esprimere consenso sul fatto che finalmente i pazienti detenuti

(...)