

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

### 8° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 OTTOBRE 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

#### INDICE

##### Disegni di legge in sede deliberante

«Norme concernenti la gestione in via provvisoria di farmacie rurali e modificazioni delle leggi 2 aprile 1968, n. 475, e 28 febbraio 1981, n. 34» (864), risultante dalla unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Ferrari Marte ed altri; Ventre ed altri; Pujia e Bosco Bruno; Anselmi ed altri; approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE .....	Pag. 20, 33
BOMPIANI (DC) .....	29
CAMPUS (DC) .....	27
COLOMBO SVEVO (DC), relatore alla Commissione .....	29, 31, 32
DE LORENZO, sottosegretario di Stato alla sanità .....	30, 32
FIMOGNARI (DC) .....	27
JERVOLINO RUSSO (DC) .....	25
MELOTTO (DC) .....	23
MERIGGI (PCI) .....	21

MONACO (MSI-DN) .....	Pag. 22
PINTO Biagio (PRI) .....	24
SELLITI (PSI) .....	28

«Nuova 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» (408), d'iniziativa del senatore Bompiani ed altri senatori (Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento);

«Nuova 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» (418), (Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento)

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE .....	Pag. 2, 19
CONDORELLI (DC), relatore alla Commissione .....	2

*I lavori hanno inizio alle ore 10,35.*

#### **DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE**

«Nuova 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» (408), d'iniziativa del senatore Bompiani ed altri senatori (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*)

«Nuova 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» (418), (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*)

(Discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Nuova 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», d'iniziativa dei senatori Bompiani, Rossanda, Condorelli, Colombo Svevo, Foschi, Jervolino Russo, Mascaro, Melotti, Meriggi, Cali, Ferrara Nicola, Imbriaco, Melandri, Ongaro Basaglia, Sellitti, Trotta, Sclavi, Alberti, Muratore, Di Nicola, Rossi e Fimognari (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*).

Su materia connessa è iscritto all'ordine del giorno anche il seguente disegno di legge: «Nuova 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» (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*).

Data la connessione delle materie, propongo che i due disegni di legge siano discussi congiuntamente.

Non facendosi osservazioni, così rimane stabilito.

Prego il senatore Condorelli di riferire alla Commissione sui disegni di legge.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli senatori, vorrei ringraziare il presidente Bompiani, non soltanto per l'onore che mi ha voluto concedere affidandomi un compito così difficile e complesso per me, dato che sono nuovo di attività parlamentari, ma anche e soprattutto per avermi facilitato il lavoro attraverso una relazione, elaborata con estrema cura, in cui egli ha ricostruito tutte le fasi importanti della discussione sul precedente disegno di legge, concernente la stessa materia, e approvato dal Senato nella precedente legislatura, poi decaduto per lo scioglimento anticipato delle Camere.

I disegni di legge nn. 408 e 418 sono del tutto identici e ripropongono al Senato la discussione del disegno di legge n. 1759, che concerneva la nuova 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.

Il Senato, nei primi mesi di questa legislatura, ha voluto presentare un disegno di legge identico proprio per sottolineare la grande rilevanza che questo problema riveste nel paese e l'attesa che vi è per la sua risoluzione, al fine di incrementare il numero dei trapianti.

Le motivazioni, che hanno indotto i senatori di tutti i gruppi politici del Senato ed il Ministro della sanità a presentare autonomamente i due disegni di legge (peraltro del tutto simili) sui trapianti di organo da cadavere, sono le stesse che nella precedente legislatura indussero ad analogo risoluzione sia i parlamentari dei due rami del Parlamento che il Ministro della sanità. Infatti la causa principale della scarsa diffusione della pratica dei trapianti d'organo prelevati da cadaveri nel nostro paese risiede fondamentalmente nella complessità delle procedure del prelievo e del trapianto di organi previste dalla legge n. 644 del 1975, e dal successivo decreto di attuazione n. 409 del 1977, attualmente vigenti. Entrambi i provvedimenti non hanno inciso con efficacia sulla diffusione della pratica terapeutica dei trapianti di organi.

Prima di passare alla discussione sui disegni di legge nn. 408 e 418, vorrei dire alcune cose di ordine generale sul problema dei trapianti nel nostro paese rispetto alle altre nazioni. Innanzi tutto vorrei precisare un concetto molto importante. Sicuramente alcune delle malattie, per le quali è indicato il trapianto d'organo nella fase terminale, possono essere prevenute; mi riferisco in particolare alle malattie renali che sono causa dell'uremia cronica terminale. Infatti, se esaminiamo e analizziamo queste malattie (le più importanti sono le glomerulonefriti, le pielonefriti, il rene policistico, le nefropatie da malattie sistemiche, le nefropatie vascolari, le nefropatie da farmaci, le nefropatie da inalazione o contatto con veleni industriali e agricoli) si può dire che oltre il 50 per cento di esse possono essere prevenute o bloccate nella loro evoluzione maligna se curate adeguatamente in fase di esordio. Quindi, se è vero che la cura e la prevenzione in fase di esordio delle malattie potrà ridurre in futuro il fabbisogno dei trapianti d'organo è necessario che l'interesse delle autorità sanitarie e del Parlamento sia maggiormente indirizzato verso la politica della prevenzione delle malattie. Posso affermare con tutta tranquillità che ormai, oggi, siamo in possesso di nozioni sufficienti per poter effettuare questa opera di prevenzione. Ad esempio, per quanto riguarda il problema che più ci interessa, ossia quello delle malattie renali che possono evolvere nella uremia cronica terminale, vi sono delle linee da seguire che sono quelle degli *screening* su fasce mirate di popolazione: su donne in stato interessante (si sa che la gravidanza comporta almeno nel dieci per cento dei casi un rischio nefrologico), in occasione di visite mediche di leva e di quelle per l'avviamento al lavoro, su cittadini ricoverati in ospedale. Si potrebbero avanzare delle proposte concrete, ma l'importante è affidare ad una commissione di esperti l'esame di questi problemi. Si potrebbero utilizzare le Società nazionali, come ad esempio quella di nefrologia per quanto concerne le malattie renali, che

potrebbero fornire dei documenti, al fine di individuare le modalità di attuazione delle norme. Vi è da dire che, per quanto riguarda la prevenzione, siamo in notevole ritardo rispetto ad altre nazioni, e ciò è un vero peccato, perchè non dobbiamo credere che i trapianti d'organo possano costituire una panacea che risolve tutti i problemi. Ricordiamoci che i trapiantati sono dei soggetti sui quali incombe il rischio dell'insufficienza dell'organo, a cui si aggiungono tante altre complicazioni, come quelle di ordine cardiovascolare e le alterazioni scheletriche; vi è, inoltre e in modo particolare, il rischio di infezioni e di tumori (linfomi e tumori cutanei) che sono in gran parte secondari alla terapia immunosoppressiva. Quest'ultima infatti, se da una parte allontana il pericolo del rigetto, dall'altra non è certamente priva di gravi effetti collaterali.

Onorevoli colleghi, dobbiamo chiedere con fermezza che si giunga in futuro ad una riduzione del fabbisogno di trapianti d'organo e perchè ciò possa verificarsi è necessario migliorare la terapia nelle fasi di esordio delle malattie e soprattutto prevenirle.

Ora, nell'esaminare brevemente i risultati dei trapianti d'organo, vorrei fare una distinzione fra due diverse epoche: il periodo precedente all'introduzione in terapia di un antibiotico, la ciclosporina A (che è finora il più efficace tra gli immunosoppressivi ed è stato scoperto recentemente) ed il periodo successivo all'impiego di questo antibiotico che certamente ha profondamente migliorato la sopravvivenza dei trapiantati. Vorrei in proposito citare qualche dato. Per il trapianto renale, dopo l'introduzione di questo farmaco, la sopravvivenza media, a un anno di distanza dal trapianto, supera l'80 per cento. Per quel che riguarda i trapianti di fegato, che ormai dopo l'introduzione della ciclosporina non possono più essere considerati sperimentali ma parte integrante della terapia (in modo particolare per le atresie biliari), si è passati da una sopravvivenza del 30-40 per cento a oltre il 70 per cento; negli Stati Uniti tale terapia è rivolta soprattutto a curare le malattie dei bambini, mentre in Europa viene applicata maggiormente in altri tipi di epatopatie come ad esempio la cirrosi epatica. Vi è poi l'*exploit* del trapianto cardiaco. Si può dire che oggi, ad un anno di distanza dal trapianto, la sopravvivenza è del 75 per cento, in alcuni centri è anche superiore.

Addirittura in Francia siamo quasi al 90 per cento, però - ripeto - ad un anno soltanto di distanza dal trapianto. Anche per quel che riguarda il trapianto cuore-polmoni, metodo che viene utilizzato in particolari situazioni in cui anche i polmoni sono fortemente compromessi, vi sono ottime speranze, in quanto è accertato che la sopravvivenza supera il 50 per cento nei casi, per esempio, di malattie altamente mortali a breve termine.

Ho voluto riprodurre in una rappresentazione grafica (la figura 2 nella relazione) il dato drammatico che riguarda l'andamento dei trapianti cardiaci nel mondo; in essa si può notare un altissimo picco del numero dei trapianti ad un anno di distanza dal primo trapianto, effettuato - come tutti sanno - dal professor Barnard nel 1967, poi una discesa brusca e poi una lenta risalita. Ciò dimostra un certo comportamento esistente nella medicina che fa meditare: all'inizio l'entusiasmo ed anche una certa concorrenza tra i chirurghi hanno

comportato questo *exploit* notevole, ma poi si è visto che i tempi non erano ancora maturi per effettuare questo trapianto a causa dell'alta frequenza dei rigetti ed allora vi è stata la riduzione del numero dei trapianti. Successivamente, soprattutto dopo l'introduzione della ciclosporina A, vi è stato un successivo incremento.

La curva sottostante, sempre nella figura 2, dimostra invece l'andamento dei trapianti in uno dei centri più qualificati del mondo, quello di Stanford diretto dal professor Shumway che è stato uno dei grandi teorici dei trapianti di cuore (i primi trapianti furono fatti in Russia - questo lo debbo ricordare -, la parte sperimentale più importante e poi la parte clinica si sono sviluppate soprattutto negli Stati Uniti); il gruppo del professor Shumway è andato avanti molto lentamente ed ha soprattutto il merito di aver introdotto per la prima volta per la terapia contro il rigetto la ciclosporina A.

A tal proposito, vorrei fare una considerazione per quel che riguarda l'attuazione dei trapianti cardiaci nel nostro paese. Il Consiglio superiore di sanità ha predisposto nel febbraio di quest'anno l'autorizzazione di quattro centri per l'attuazione del trapianto cardiaco e mi auguro che l'andamento sia analogo a quello della curva relativa al centro di Stanford e non a quello della curva superiore.

Mi permetterei in tal senso di suggerire una proposta di ordine pratico: tutte le volte che viene autorizzato un centro per l'attuazione di trapianti che si effettuano per la prima volta nel nostro paese, almeno due tecnici, due chirurghi, siano inviati, a spese del Ministero della sanità, per sei mesi od un anno, nei centri più qualificati, per acquisire l'opportuna esperienza soprattutto per quel che riguarda la coordinazione, perchè penso che l'organizzazione sia l'aspetto più importante, in quanto si tratta di lavori di squadra: non è un trionfo del singolo, ma di un gruppo non solo di medici, ma anche di infermieri di paramedici e di tecnici. È una questione di organizzazione complessa e credo che questi sarebbero soldi spesi veramente bene. In questo modo, potremmo portare rapidamente il nostro paese a livelli certamente non inferiori a quelli dei paesi più avanzati in questo campo.

Un'altra parola la debbo spendere ancora per quel che riguarda il problema del trapianto di midollo emopoietico. È vero che non si tratta di trapianto da cadavere, però per la grande importanza che riveste, questo aspetto deve essere sottolineato. Anche in questo campo, per merito soprattutto dell'utilizzazione della ciclosporina A, abbiamo avuto ormai una evoluzione importantissima; è una pratica che viene impiegata nella terapia delle leucemie acute, delle leucemie croniche ed in alcuni altri casi come l'anemia plastica e il morbo di Cooley, che nel nostro paese è un grandissimo problema. Per quel che riguarda le leucemie acute, se il trapianto viene fatto nella prima fase di remissione, appunto dopo la terapia anaplastica, la sopravvivenza supera ormai il 70 per cento dei casi addirittura dopo cinque anni; per i talassemici, secondo dati riferiti da ematologi di grande rilievo, addirittura si avrebbe una guarigione del 65 per cento dei bambini affetti da morbo di Cooley; nella anemia plastica si ha invece una sopravvivenza che è circa del 70 per cento.

Proprio per l'enorme rilevanza che ha questo problema, credo che il Ministero della sanità e il Parlamento dovrebbero porvi attenzione in

modo tale da consentire anche la diffusione di questi centri qualificati in varie parti del nostro paese, perchè attualmente sono funzionanti soltanto tre centri, quelli di Genova, di Pesaro e di Pescara, che operano veramente molto bene; vi sono anche altri centri che avevano iniziato ad operare in questo settore come quelli di Bologna, di Roma e di Padova, mentre nel meridione d'Italia non vi è proprio nulla.

Debbo ancora dire che la pratica dei trapianti costituisce un valido approccio terapeutico non soltanto per i motivi legati alla cura dei malati, ma anche per motivi di ordine economico per il Servizio sanitario nazionale. Si può dire che, specie nei paesi più sviluppati, mentre il costo della cura dell'insufficienza renale allo stadio terminale ammonta all'1-2 per cento della spesa sanitaria nazionale ed è in continuo aumento, il costo della operazione di trapianto renale è notevolmente inferiore. Quindi, vi sono anche dei motivi di carattere economico.

Per quel che riguarda la valutazione del fabbisogno di trapianti di organo in Italia e la situazione attuale del nostro paese rispetto ad altre nazioni, dobbiamo dire che certamente non ci troviamo in una situazione felice; almeno per quanto riguarda i dati fino al 1980, ci troviamo in una situazione drammatica, perchè facendo il confronto con altre nazioni (ho qui una tabella) vediamo che per esempio quando in Norvegia la percentuale dei trapianti era del 69 per cento, in Italia era del 7 per cento. I dati che riguardano l'Italia sono un po' contrastanti fra di loro a causa della diversità delle fonti che ho potuto consultare; dai dati che ho a disposizione risulta che i cittadini in trattamento dialitico sarebbero circa 16.000; risultano inoltre un incremento dei nefropatici terminali di 70 casi per milione di abitanti ogni anno e un incremento annuo di dializzati di 3.800 unità.

Per quel che riguarda il dato relativo alla situazione mondiale, si può dire che il numero dei pazienti con insufficienza renale cronica aumenta del 15 per cento l'anno, mentre il numero dei trapiantati aumenta del 10 per cento; quindi, la percentuale dei pazienti sottoposti a trapianto è in diminuzione.

Per quanto riguarda l'Italia, vi è una relazione del professor Vicari dell'Istituto superiore di sanità, della quale riporto i dati più importanti: si può dire che la quasi totalità (oltre il 90 per cento) dei prelievi e dei trapianti del quinquennio 1978-82 è concentrata in cinque regioni, ed in particolare nella regione Lombardia e nel Veneto, le quali sono poi collegate da un unico centro regionale di riferimento; tali centri nella Lombardia e nel Veneto svolgono oltre il 60 per cento dell'attività nazionale. L'attività dei trapianti è praticamente assente nelle regioni meridionali (solo l'1,4 per cento). Il centro regionale di riferimento previsto dalla normativa vigente è presente solo in due dei suddetti gruppi regionali, cioè in Piemonte e poi in Lombardia e Veneto che sono - appunto - afferenti ad un unico centro di riferimento.

Su un totale di diciotto enti autorizzati al trapianto su tutto il territorio nazionale, soltanto dieci (il 56 per cento) hanno operato attivamente. Inoltre non sono state ancora attuate alcune disposizioni della normativa vigente e in particolare la istituzione del Registro Nazionale dei trapianti, presso l'Istituto superiore di sanità, del Centro

Nazionale di Riferimento, della Consulta tecnico permanente sempre presso l'Istituto superiore di sanità.

Una nota di ottimismo tuttavia proviene dall'attività svolta nella Lombardia e nel Veneto dalla Associazione Nord Italia Transplant. In relazione ad essa debbo riferire i seguenti dati. Il programma serve un territorio di circa 17 milioni di abitanti, con una popolazione di oltre 5.000 pazienti in dialisi e un fabbisogno di circa 450 trapianti all'anno (cioè 25 per milione di abitanti all'anno). Nel 1983 vi è stato un incremento del 33 per cento rispetto all'anno precedente e dai dati esposti risulta che, qualora si riesca a mantenere la tendenza realizzata dal 1980 al 1983, nell'anno 1985 il Nord Italia Transplant potrà raggiungere il valore di 25 trapianti per milione di abitanti, che è ritenuto dalla maggior parte degli autori un valore ottimale per soddisfare il fabbisogno emergente, che è pari a 425 trapianti. Quindi posso affermare che questo valore è stato praticamente raggiunto dalla Lombardia che, nel 1983 con i suoi 22 trapianti per milione di abitanti, ha raggiunto l'*optimum*, seguita dalla Liguria e dal Veneto. Inoltre questo dato mi conduce ad una considerazione importante e cioè che anche con la normativa vigente si può avere un incremento effettivo del trapianto, purchè vi sia l'impegno, la volontà da parte di tutti di lavorare insieme, da parte dei politici, in modo particolare della classe sanitaria, di tutti i cittadini e da parte dell'associazione di volontariato che deve svolgere anche un'attività di educazione sanitaria. Tutto ciò dimostra che non dobbiamo attenderci tutto dalle leggi, ma dobbiamo anche attenderci molto dall'iniziativa dei cittadini.

Nella precedente legislatura si è molto discusso delle cause che hanno impedito alla legge attuale di ottenere un'ampia pratica della diffusione del trapianto in Italia. I motivi fondamentali sarebbero stati soprattutto i seguenti: il problema del consenso, il potere di opposizione dei familiari del donatore, la scarsa o inesistente educazione sanitaria, la complessità delle autorizzazioni per i luoghi di prelievo e di trapianto, la disincentivazione della classe sanitaria, l'eccessiva durata del periodo richiesto per l'accertamento della morte cerebrale, la segnalazione non adeguatamente tempestiva della disponibilità del donatore, la complessità dei collegi medici per l'accertamento della morte, l'obsolescenza del lavoro richiesto dall'attività di prelievo e di trapianto disgiunta da adeguati incentivi di ordine economico, le inadempienze circa l'attuazione di alcuni punti importanti della normativa vigente sui trapianti d'organo (come Centri regionali di riferimento, Registro nazionale dei trapianti, Consulta tecnica permanente). A queste lacune, messe in rilievo nei precedenti dibattiti, si cerca di trovare una risposta soddisfacente con i disegni di legge che noi ci accingiamo ad analizzare. Nella mia analisi mi soffermerò esclusivamente su alcuni punti essenziali, rimandando alla discussione dei singoli articoli l'approfondimento delle varie tematiche.

L'articolo 1 del presente disegno di legge esclude la possibilità di prelievo da cadavere ai fini di trapianto del cervello e delle ghiandole genitali, mentre non è specificato e quindi sono possibili prelievi di tanti altri organi o tessuti: in modo particolare le meningi, l'ipofisi ai soli fini di estratti, le cornee, parti di orecchie, ghiandole paratiroidi, polmoni, cuore, cartilagine, fegato, pancreas, reni, estratti di intestino, midollo osseo, ossa, pelle e vasi sanguigni.

Per quanto riguarda l'esclusione del prelievo del cervello, ritengo che risponda ad un principio giustissimo, in quanto si vieta sul nascere ogni tentativo di pratica di trapianto di cervello, o per meglio dire di testa, che è soltanto in fase sperimentale e che qualora fosse attuabile (il che è impossibile in quanto non si possono stabilire le connessioni del tessuto nervoso tra ricettore e donatore) sarebbe mostruoso, condannabile e non accettabile per la nostra morale e per la Costituzione che salvaguardia il principio della dignità umana.

Circa le ghiandole genitali, il disegno di legge attuale sancisce il divieto assoluto del trapianto di organi genitali prelevati da cadavere. Su questa decisione probabilmente pesa ancora il famoso processo (di cui si è molto parlato e che viene riportato in tutti i libri di medicina legale) celebrato a Napoli nel 1930, nel quale era imputata una persona che aveva acquistato un testicolo da un giovane. In quell'occasione vennero assolti sia il recettore sia il donatore, con una decisione piuttosto discutibile sul piano morale. Indubbiamente questa è una pratica che deve essere condannata in quanto creerebbe un commercio di organi, commercio per il quale non si può che esprimere un giudizio negativo. Tuttavia vi sono degli aspetti che potrebbero essere riconsiderati, come quei particolari casi di soggetti con gravi endogenopatie oppure che abbiamo subito la perdita dei testicoli per causa traumatica, quando si vuole ripristinare l'integrità psicofisica della persona menomata. Con mia lieta sorpresa un alto esponente della Chiesa si è espresso in forma dubitativa su questo argomento. Infatti (cito le parole del cardinale Palazzini) in una conferenza recente ha prospettato la possibilità che questa pratica possa eventualmente esser presa in considerazione in casi particolarissimi: «ma se il trapianto fosse possibile senza ledere il rispetto della dignità umana, nell'individuo coniugato o che intenda unirsi in matrimonio, dal punto di vista del trapianto non vedrei motivo di illecità, salvo altri risvolti di carattere morale come il consenso della comparte, coniuge o fidanzata, e nel caso di coniugati la validità o meno del matrimonio già contratto».

Debbo dire che l'autotrapianto è una pratica che viene effettuata con successo in casi di criptorchidismo in cui non sia possibile far discendere il testicolo nella borsa scrotale e, quindi, dei presupposti anche tecnici potrebbero esserci.

Io ho esposto questi concetti più che altro per allargare la tematica della discussione, perchè io stesso non ho poi una profonda convinzione sulla validità o meno, almeno in questa fase della vita attuale, di introdurre norme di questo genere.

Adesso mi vorrei soffermare su un argomento particolarmente delicato, rappresentato dalla parte centrale della legge, che riguarda il problema del consenso del donatore e dei familiari.

Questo è uno degli aspetti più travagliati dei testi di legge sui trapianti di organo, che si sono succeduti dal 1957 ad oggi, e possiamo dire che la legislazione si è man mano trasformata, passando dalla previsione di un assenso esplicito alla previsione della non esistenza di un dissenso sull'espianto, espresso in vita.

La legge del 3 aprile 1957, n. 235, in materia, recita all'articolo 1, primo e secondo comma: «È consentito il prelievo di parti del cadavere a scopo di trapianto terapeutico, se il soggetto ne abbia dato autorizzazione.



In mancanza di disposizioni dirette della persona, il prelievo è consentito qualora non vi sia opposizione da parte del coniuge o dei parenti entro il secondo grado».

Questa era la posizione della legge, la quale prevedeva appunto il consenso esplicito del *de cuius* o in mancanza di esso, l'autorizzazione del coniuge o dei congiunti entro il secondo grado.

Poi vi fu la legge del 2 aprile 1968, la quale recita all'articolo 1: «Il secondo comma dell'articolo 1 della legge 3 aprile 1957, n. 235, è sostituito dal seguente: «Il prelievo è pure consentito su tutti i deceduti sottoposti a riscontro diagnostico a norma dell'articolo 1 della legge 1° febbraio 1961, n. 83, a meno che l'estinto non abbia disposto contrariamente in vita, in maniera non equivoca e per iscritto».

Questa legge da una parte priva, secondo me per errore, i congiunti della facoltà del consenso e del dissenso perchè nell'articolo questi riferimenti non sono previsti in caso di mancanza di disposizioni testamentarie del *de cuius*, ma nel contempo introduce - limitatamente però ai soggetti per i quali esiste l'obbligo del riscontro diagnostico - la possibilità di procedere all'espianto di parti di cadavere, purchè non vi sia stato in vita un divieto più che esplicito dell'estinto.

Quindi subentra per la prima volta il concetto del consenso presunto, sia pure per una categoria molto limitata di soggetti. Questo concetto del consenso presunto poi è stato esteso a tutti i soggetti dalla legge del 2 dicembre 1975 n. 644, che all'articolo 6 recita. «Il prelievo da cadavere non sottoposto a riscontro diagnostico o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria, è vietato quando in vita il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso.

Il prelievo è altresì vietato quando non ricorrendo l'ipotesi di cui al comma precedente intervenga da parte del coniuge non separato, o in mancanza, dei figli se di età non inferiore a 18 anni o, in mancanza di questi ultimi, dei genitori, in seguito a formale proposta del sanitario responsabile delle operazioni di prelievo, opposizione scritta entro il termine previsto nell'articolo 3, primo comma, e nell'articolo 4, secondo comma».

Ricordo che nel primo comma dell'articolo 6 viene consentito il prelievo solo nella ipotesi in cui il soggetto in vita non abbia esplicitamente negato il proprio assenso, quindi si estende a tutti il consenso presunto in mancanza di dissenso esplicito.

Ora, l'articolo 2 dei disegni di legge nn. 408 e 418 mantiene questo principio del consenso presunto al prelievo, che si desume dalla mancanza di dissenso esplicito mediante dichiarazione scritta. Viene posto però in forma diversa, rispetto alla normativa vigente, il problema del potere di opposizione dei familiari.

Leggo l'articolo 2:

#### Art. 2.

«È consentito il prelievo da cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico a norma dell'articolo 1 della legge 15 febbraio 1961, n. 83, o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria, relativamente ad organi per i quali è stato acquisito il consenso dell'anzidetta autorità.

Il prelievo è altresì consentito in tutti i casi diversi da quelli menzionati nel precedente comma quando al medico che deve eseguire l'espianto non risulti, nelle circostanze e nei tempi previsti per l'accertamento della morte dalla presente legge, che il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso mediante dichiarazione scritta, ovvero allorchè il congiunto presente, individuato nel coniuge non legalmente separato o, in mancanza di questo, in uno dei figli di età non inferiore a 16 anni o, in mancanza di quest'ultimo, in uno dei genitori, non attesti per iscritto che il soggetto ha in via esplicitamente negato il proprio assenso.

La volontà incontestabile di destinare il proprio corpo a prelievo d'organi o tessuti a fine di trapianto terapeutico successivamente alla morte può essere espressa anche mediante associazione ad istituzioni per la donazione di organi, riconosciute dal Ministero della sanità.

Le operazioni di prelievo di organi o tessuti da soggetti di età inferiore a 16 anni o interdetti sono consentite, previo assenso dei rispettivi rappresentanti legali».

Quindi, in definitiva, rispetto all'attuale normativa vigente, l'articolo 2 dei disegni di legge nn. 408 e 418 non compie un avanzamento sostanziale nel meccanismo del consenso. È stato conservato il principio del consenso presunto, in assenza di contraria disposizione in vita, sicuramente accertabile, del defunto; nel contempo è stato ridotto il ruolo dell'intervento dei familiari a quello di testimoni della volontà del defunto, quando essa sia stata chiaramente espressa in vita.

Ora, quest'ultima norma attenua notevolmente il meccanismo del consenso presunto, secondo me, perchè lascia ai congiunti ugualmente un potere di disposizione che essi possono esercitare con affermazioni non veritiere e con il solo onere della assunzione di una responsabilità morale, e non penale del loro comportamento.

Per quanto debba considerare obiettivamente che questa norma, nella seconda parte che riguarda il potere di disposizione dei congiunti, attenui, in fondo, il potere del tacito consenso, ritengo però che questa norma debba essere mantenuta così com'è stata scritta.

Innanzitutto sul consenso tacito vi sono ancora delle discussioni, però bisogna dire che noi siamo confortati non soltanto dal fatto che ormai questo dato si può dire che sia in parte entrato nel sentire comune, ma anche dal fatto che questo dato è stato sottolineato dalla massima autorità della Chiesa, dal pontefice Pio XII, tempo fa.

Io riporto qui, nella sostanza, una frase che egli ebbe modo di dire nel 1958 in occasione della allocuzione ai dirigenti della Società dei donatori della cornea. «Occorre educare il pubblico, spiegandogli con intelligenza e rispetto che consentire espressamente o tacitamente interventi contro la integrità del cadavere, nell'interesse di coloro che soffrono, non offende la pietà dovuta al defunto, quando si hanno per questa valide ragioni. Tale consenso può malgrado tutto comportare, per i parenti prossimi, una sofferenza ed un sacrificio, ma questo sacrificio si aureola di carità misericordiosa verso i fratelli sofferenti».

Il concetto del «consenso presunto» è già stato inserito da altri parlamenti, ad esempio quello francese lo ha fatto nel 1976. Anche i Ministri della Comunità europea hanno raccomandato nella risoluzione n. 7829 il «consenso presunto»: in mancanza di una volontà contraria

manifestata esplicitamente o implicitamente dal defunto il prelievo può essere effettuato ugualmente. Ritengo che non si debba andare oltre questi limiti, è il massimo che si può concedere in quanto è la stessa struttura attuale della società che non lo permette.

Il coinvolgimento dei familiari all'atto della donazione mediante la loro partecipazione al meccanismo del consenso è ancora quanto mai opportuno, per vari motivi che ora elencherò. Innanzitutto per il rispetto della nostra tradizione culturale che è orientata alla conservazione delle salme e non alla loro cremazione. Secondo, per la sovrapposizione che ancora sussiste in larghi strati della nostra popolazione per antica tradizione fra «culto dei morti» e «culto delle salme». Terzo, per la necessità di non mortificare nei loro affetti più cari i familiari del defunto non rendendoli partecipi all'atto della donazione e ingenerando così in essi motivi di rammarico e di disincentivazione. Un altro motivo ancora è rappresentato dalla garanzia richiesta dall'opinione pubblica di avere la certezza della possibilità di interventi dispositivi dei propri familiari a salvaguardia della vita, in momenti in cui non si è nelle condizioni di intendere e di volere. Infine, per il vantaggio psicologico che proviene ai medici addetti all'accertamento della morte ed alle operazioni di prelievo da una piena collaborazione dei congiunti del donatore, la quale, oltretutto, ha l'effetto di ridurre i rischi di eventuali procedimenti giudiziari.

D'altra parte ritengo che la «nazionalizzazione» dei cadaveri, imposta dalla legge in un contesto sociale ancora non adeguato a recepire una norma così stravolgente, potrebbe comportare effetti più negativi che positivi. Non vi può essere per il momento alcun interesse della nostra società alla «nazionalizzazione» dei cadaveri ai fini di trapianti d'organo, soprattutto per i seguenti motivi: 1) La donazione degli organi finirebbe di essere una delle più alte forme di solidarietà ed un motivo di educazione civica (come molto nobilmente il provvedimento n. 408 indica all'articolo 23) per divenire soltanto una delle tante spinte all'appetizione edonistica cui la società è continuamente sollecitata. 2) Sorgerebbe una grave e mortificante diffidenza dei cittadini verso il ricovero in strutture sanitarie, soprattutto pubbliche, nel timore che ad un certo momento della evoluzione della malattia essi siano considerati più come probabili donatori di organi che come pazienti da salvare ad ogni costo). 3) Inavvertitamente, ma progressivamente, potrebbe attenuarsi nella società e quindi anche nel mondo sanitario il rispetto al diritto alla vita del donatore, che deve essere invece sempre strenuamente difeso.

Sono convinto che il potere di disposizione dei familiari sia pure in questa forma - perchè questi sarebbero solo dei testimoni della volontà del defunto - debba essere mantenuto. Ritengo però che una maggiore previsione dei casi di consenso esplicito possano essere ottenuti attraverso due vie. La prima è rappresentata dalla Direzione sanitaria che rappresenta un sistema estremamente importante come avremo modo di dire in seguito. La seconda è quella di obbligare per legge (si potrebbe anche aggiungere un articolo al disegno di legge al nostro esame) le autorità ad inserire nei documenti di identità uno spazio in cui ciascuno possa liberamente attestare la sua volontà positiva o negativa alla donazione. Naturalmente la mancanza di questa volontà

dovrà essere considerata come un dissenso esplicito. Tale norma è stata raccomandata anche dal Parlamento europeo nel documento n. 24 del 1979. Un altro metodo potrebbe essere quello di affidare alle Associazioni di volontariato la distribuzione di «tessere del donatore», secondo modalità già in uso in altri paesi; ad esempio negli Stati Uniti esistono dei tesserini sanitari sui quali è espressa la volontà del donatore ed è indicato l'organo che desidera donare dopo la morte; è d'obbligo la firma di due testimoni. Esiste anche la possibilità di revocare questa volontà in un momento qualsiasi.

Desidero aggiungere che la Società italiana di anatomia sollecita l'inserimento di una norma riguardante la donazione dell'intero corpo per esigenze didattiche e scientifiche. È un problema molto sentito, in quanto vi è pochissima disponibilità di corpi rispetto al gran numero di studenti che devono apprendere l'anatomia umana. Questa norma si potrebbe inserire nel testo al nostro esame; ovviamente la donazione dovrà avvenire con il consenso esplicito e non con quello presunto. Sarebbe opportuna una educazione sanitaria al fine di promuovere anche la diffusione di questo tipo di donazione, che credo sarà certamente molto più limitata: non saranno in molti, almeno per parecchi anni ancora, a compiere quest'atto che ha una finalità estremamente nobile.

In definitiva, l'articolo 2 del disegno di legge n. 408, rispetto all'articolo 6 della legge n. 644 del 1975 attualmente vigente, lascia invariata la previsione del «consenso presunto» del donatore in mancanza di un esplicito dissenso, con la sola differenza che tale dissenso debba risultare con una dichiarazione scritta. Nel contempo, con tale norma il potere di disposizione dei congiunti si riduce a quello di testimoni della volontà del defunto espressa in vita. Quest'ultima norma quindi attenua il meccanismo del consenso presunto, perchè lascia ugualmente ai congiunti un potere di disposizione, con il solo onere della assunzione di una responsabilità morale (e non penale) del loro comportamento. Si ha dunque la reintroduzione della norma, soppressa dalla legge del 2 aprile 1968 sul prelievo di organi e tessuti dai cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico, per cui indipendentemente dal parere dei congiunti si tiene conto soltanto della volontà negativa, esplicitamente posta per iscritto in vita, dell'estinto. Con tale disposizione è perciò sempre presente la volontà incontestabile di donare il proprio corpo dopo la morte, al fine di prelevare organi o tessuti per trapianti terapeutici, volontà che viene fatta propria da Associazioni per la donazione di organi riconosciute dal Ministero della sanità.

Il quinto comma dell'articolo 2 stabilisce che le operazioni di prelievo di organi o tessuti da soggetti di età inferiore a 16 anni o interdetti sono consentite, previo assenso dei rispettivi rappresentanti legali. Anche su quest'ultimo comma possono sorgere dei problemi, dato che i congiunti in questo caso hanno un potere di disposizione così ampio; ma a ciò si potrebbe obiettare che il rapporto affettivo tra genitori e figli è estremamente intenso e che i genitori si sentono come dei «proprietari» del loro congiunto quando questo è in età minorile.

Un altro aspetto che intendo sottolineare e che reputo di grande importanza è l'accertamento della morte.

Giustamente, il disegno di legge attuale mette maggior ordine rispetto alla normativa esistente su due evenienze, cioè la morte per arresto cardiocircolatorio e la morte cerebrale. Sono due aspetti estremamente interessanti. Il primo problema riguarda ovviamente la possibilità di prelievo di organi e di tessuti che sono resistenti alla anossia, in modo particolare le cornee che possono essere prelevate fino a sei ore dalla morte per arresto cardiocircolatorio. Devo premettere che in Italia vi è un altissimo fabbisogno di cornee (è una richiesta che ho sentito fare da tutti gli esperti), mentre è scarsa la disponibilità, tanto è vero che mi hanno detto, ad esempio, che esiste un grande afflusso di malati dal terzo mondo verso la Spagna, proprio perchè lì vi è una più larga disponibilità di cornee, forse proprio in seguito all'educazione sanitaria che consente di poter disporre di un numero elevato di prelievi. Da noi questo non esiste, quando invece - come mi hanno riferito - esiste una grande necessità, in particolare nel settore della traumatologia oculare in cui si possono utilizzare anche le cornee non fresche, ma congelate, per poi magari rimpiazzarle, con successivi trapianti, con cornee fresche appena prelevate.

Per quel che riguarda quindi l'accertamento della morte per arresto cardiocircolatorio, il disegno di legge in esame compie un passo in avanti veramente notevole - secondo me -, perchè la legge attuale dice che l'accertamento della morte per arresto cardiocircolatorio ai fini del prelievo di organi e tessuti deve essere fatto mediante il prelievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti, che è sicuramente segno certo della morte dell'individuo, l'accertamento dell'assenza di respirazione spontanea dopo sospensione per due minuti di quella artificiale e poi l'accertamento di assenza di attività elettrica cerebrale spontanea e provocata. Ora, per quel che riguarda il secondo aspetto, cioè l'accertamento di assenza di respirazione spontanea dopo sospensione per due minuti di quella artificiale, vi è da dire che questa è una norma un po' strana, perchè implicherebbe che tutti muoiano in sala di rianimazione, cosa che spesso non avviene neanche negli stessi ospedali in cui la maggior parte delle persone non muore - appunto - in sala di rianimazione.

Per quanto riguarda l'accertamento di assenza di attività elettrica cerebrale spontanea e provocata, anche questa norma non consente, o limita di fatto, la possibilità del prelievo delle cornee a domicilio dell'estinto, pratica che si deve assolutamente incrementare se si vuole raccogliere un numero elevato di cornee e consentire poi la donazione.

Quindi, queste due norme vanno giustamente abolite, perchè in realtà la registrazione dell'elettrocardiogramma protratta per venti minuti dopo l'arresto cardiocircolatorio è più che sufficiente. Non vi è alcuna possibilità di ripresa spontanea dell'attività cardiaca, e neanche con mezzi di elettrostimolazione, dopo venti minuti dall'arresto cardiaco, nè tanto meno la possibilità di una ripresa cerebrale qualora, fatto che non può verificarsi fisicamente, dovesse riprendere l'attività cardiaca.

Vi è un altro problema che è quello che riguarda la norma relativa alla determinazione del collegio medico. Credo che su questo punto qualche passo in avanti si potrebbe fare. Giustamente la Società italiana

di oculistica fa presente che è difficile convocare un collegio di tre medici, di cui uno specialista di cardiologia, a qualsiasi ora del giorno o della notte in casa dell'estinto. Credo che si potrebbe semplificare questa norma, in quanto è vero che il collegio dei tre medici è previsto attualmente per dare una maggiore garanzia alle persone, però occorre tener presente che la donazione delle cornee è una donazione spontanea. È quindi difficile che possano sorgere problemi di ordine giuridico su questi aspetti, vi è quasi sempre il consenso esplicito del donatore ed anche il consenso dei familiari, quindi forse si potrebbe semplificare e ridurre il collegio medico. È una proposta quella che faccio, ma naturalmente avrei bisogno di un approfondimento, perchè – ripeto – vi sono aspetti importanti dal punto di vista psicologico relativi alla garanzia di cui ha bisogno l'opinione pubblica sulle operazioni che vengono fatte sul cadavere, nel timore che il cadavere non sia ancora realmente tale.

Allo stesso modo, forse, è anche eccessiva la presenza di uno specialista in cardiologia per constatare che un elettrocardiogramma è piatto. Ricordiamoci che ormai questo tipo di mansioni negli ospedali è affidato ai tecnici, agli infermieri. Nei reparti di terapia intensiva coronarica, per esempio, gli infermieri sono già provetti in questo campo. Addirittura, non dico da noi ufficialmente, ma in altri Stati, i tecnici possono intervenire nell'eseguire la defibrillazione ventricolare. Quindi, credo che una revisione di queste norme sia importante ai fini di semplificare il prelievo delle cornee con grande vantaggio della società, perchè esiste indubbiamente – ripeto – la necessità di avere a disposizione molte cornee.

Per quello che riguarda le norme relative alle sedi dei prelievi e dei trapianti, anche per questo aspetto i disegni di legge nn. 408 e 418 hanno compiuto – secondo il mio parere – un passo in avanti. Certo, la nuova normativa prevede uno snellimento delle procedure per l'autorizzazione alla operazione all'istante di trapianto; in particolare, non è più richiesta, salvo per le case di cura private convenzionate, l'autorizzazione del Ministero della sanità per l'innesto della cornea e di altre parti di cadavere per le quali non sono necessarie indagini di istocompatibilità; per le operazioni di trapianto di organi parenchimali, possibili solo presso le strutture sanitarie pubbliche, è prevista l'autorizzazione del Ministero della sanità, la quale tuttavia non ha bisogno di essere rinnovata ogni cinque anni, mentre per le operazioni di prelievo degli stessi, sempre nelle strutture sanitarie pubbliche, non è più prevista l'autorizzazione ministeriale, ma una comunicazione al Ministero della sanità di disponibilità di tale operazione. L'autorizzazione ministeriale è invece necessaria per le case di cura private convenzionate, previo accertamento di idoneità tecnica ed igienico-organizzativa.

Ho tralasciato finora di parlare dell'accertamento della morte cerebrale. Dirò poche cose a questo proposito e cioè che bisogna dire che la legge attuale non ha mai consentito, se le norme sono state applicate puntualmente, errori: nel senso che se i medici si sono attenuti alle disposizioni previste dalla legge n. 644 del 1975, sicuramente i prelievi di organi parenchimali sono stati effettuati a pazienti con morte cerebrale sicura.

I disegni di legge al nostro esame prevedono una variazione della normativa che consente di accorciare in modo particolare i tempi del prelievo, proprio perchè esiste ormai la sicurezza che, laddove non siano in circolo sostanze ad azione depressiva sul sistema nervoso centrale, dopo sei ore dall'accertamento della morte, la morte deve considerarsi avvenuta. Per questa ragione si può accorciare il periodo di osservazione, dimezzandolo e portandolo da dodici ore a sei ore. Questa proposta può essere realizzata e devo far presente che, nata dall'associazione nord americana, l'*American Neurological Association*, è stata accolta dalle legislazioni di molti paesi. La necessità di realizzare questa proposta deriva dal fatto che le possibilità di successo dei trapianti sono tanto maggiori quanto minore è il tempo intercorso tra l'inizio delle pratiche di rianimazione, che mantengono artificialmente attiva la circolazione del sangue, e l'espianto dell'organo.

Il disegno di legge inoltre modifica i criteri dell'accertamento della morte cerebrale e mi permetto di suggerire che questi criteri eventualmente potrebbero essere disciplinati dal regolamento di esecuzione, lasciando così nel testo solamente alcuni punti essenziali, in quanto nel futuro potrebbero nascere delle nuove esigenze e noi sappiamo bene quanto è lungo l'*iter* parlamentare rispetto a un decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità. In questo modo verrebbero snelliti questi compiti e si potrebbe aggiornare rapidamente il testo della legge con le norme in esso contenute. Affermo ciò soprattutto perchè nel prossimo futuro avremo sicuramente a disposizione delle metodiche complesse e sofisticate, che permetterebbero di assicurare maggiore certezza al medico sui tempi in cui può effettuare il prelievo degli organi e sulla sospensione delle pratiche di rianimazione. A questo proposito esistono delle grandi prospettive e opportunamente il disegno di legge prevede una norma all'articolo 11 in base alla quale il Ministro della sanità può modificare, con un suo decreto, la disciplina dell'accertamento dei criteri della morte cerebrale.

Un altro aspetto molto qualificante dei disegni di legge al nostro esame è rappresentato dall'assunzione del carico delle spese per il trasporto della salma del donatore, dal luogo in cui si effettua il prelievo a quello di sepoltura, purchè in territorio nazionale, da parte dell'Unità sanitaria locale. Questa norma estremamente importante, oltre a rappresentare un segno tangibile di riconoscimento della società verso l'istituto della donazione degli organi, rappresenta, secondo il mio parere, una forma di equo compenso per il donatore, moralmente accettabile. Questo concetto dell'equo compenso era stato introdotto anche da Pio XII nella locuzione, che rimane un testo fondamentale, ai donatori di cornee.

Dovrò in questa occasione approfondire l'argomento dell'ipofisi. Debbo innanzi tutto riconoscere che con questo disegno di legge non si apportano delle grandi modifiche alla legge attuale. Infatti non è prevista una norma riguardante l'ipofisi proveniente dall'importazione dall'estero a titolo gratuito, molto probabilmente in quanto la materia verrà disciplinata dal decreto che il Ministro della sanità dovrà emanare dopo sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge. Contrariamente a quanto previsto dal primo comma dell'articolo 15 della legge

n. 644, l'avvio dell'ipofisi dai centri di prelievo va fatto non più all'Istituto superiore di sanità ma a dei centri specializzati o agli stabilimenti farmaceutici convenzionati con il predetto istituto. Questa disposizione tende ad evitare ritardi nella lavorazione del materiale che - come è noto - è altamente deperibile.

Nella precedente legislatura la seconda Commissione permanente del Senato espresse parere sfavorevole alle norme dei disegni di legge nn. 17 e 19, riguardanti il prelievo e l'utilizzazione dell'ipofisi prelevata da cadavere. Nel merito di tale argomento la Commissione aveva comunicato il seguente parere: «La Commissione considera altresì inaccettabile la disciplina dettata in materia di prelievo dell'ipofisi» (che è riportata nello stesso modo nei presenti disegni di legge) «a scopo di riproduzione di estratti per uso terapeutico, a questa conclusione giungendo sia per la mancanza di unificazione dei criteri a cui dovrebbero ispirarsi l'Istituto superiore della sanità e il Ministero della sanità nell'esercizio delle rispettive competenze attribuite, talchè si configura in sostanza un vero e proprio rinvio alla loro discrezionalità per quanto attiene alla completa disciplina di una così delicata materia, sia per la disposizione contenuta nel terzo comma dell'articolo 14» (che nel presente disegno di legge coincide con l'articolo 20) «in base alla quale si delinea un incomprensibile procedimento di determinazione del fabbisogno nazionale in materia di estratti ipofisari sulla base delle richieste avanzate dalle Regioni, il cui ruolo non si sa se si colleghi o meno ad una mera funzione statistica». A proposito di questo parere debbo fare le seguenti osservazioni. Innanzi tutto queste critiche si rivolgono in fondo ad una normativa attualmente vigente e in secondo luogo ritengo che il Ministero della sanità, l'Istituto superiore della sanità e le Regioni abbiano i requisiti necessari per regolare la disciplina del prelievo e della utilizzazione dell'ipofisi, il primo emanando norme di regolamentazione (ovviamente concordate con i suoi organi istituzionali di consultazione, come il Consiglio superiore di sanità, l'Istituto superiore di sanità, eventuali commissioni di esperti nominati *ad hoc* dal Ministero); il secondo individuando, attraverso le capacità scientifiche proprie di tale istituzione, i centri specializzati o gli stabilimenti farmaceutici che possono elaborare gli estratti ipofisari per uso terapeutico e i presidi più adeguati per la cura del nanismo ipofisario; la terza istituzione, cioè la Regione, fornendo al Ministero della sanità e all'Istituto superiore di sanità notizie utili circa l'incidenza del nanismo ipofisario e quindi del relativo fabbisogno degli estratti ipofisari nell'area di sua competenza. Inoltre quest'ultima, in base all'articolo 20 dei disegni di legge n. 408 e n. 418, può indicare gli eventuali luoghi di raccolta dell'ipofisi e di lavorazione per la produzione di ormoni ipofisari esistenti nella regione e le norme da adottare per la distribuzione ed utilizzazione degli estratti iniettabili dell'ipofisi, in conformità alle caratteristiche organizzative del sistema sanitario della regione medesima.

Debbo però aggiungere, alla fine, che tutta questa materia riguardante il prelievo e la utilizzazione dell'ipofisi sarà destinata, tra pochi anni, a divenire obsoleta, perchè è stata già realizzata, con la metodica del DNA ricombinante, la sintesi in vitro di un ormone ipofisario della crescita del tutto simile a quello umano ed essendo anche stata dimostrata l'efficacia terapeutica di tale ormone.



Quindi la imminente produzione, su scala industriale, dell'ormone ipofisario dell'accrescimento e di altri ormoni ipofisari con la tecnica del DNA ricombinante, renderà non necessaria a tempi brevi - è presumibile, almeno - la raccolta dell'ipofisi da cadavere.

Per quello che riguarda l'organizzazione territoriale del settore, vi sono delle norme, in modo particolare, per rendere più incisivo l'effetto della legge. Alcune delle norme dell'attuale regolamento di attuazione, riguardante la struttura, la funzione dei centri regionali e interregionali di riferimento, opportunamente aggiornate in rapporto alle modifiche nel frattempo verificatesi con l'entrata in vigore della legge n. 833, sono divenute articoli specifici dei disegni di legge nn. 408 e 418. Vi è una descrizione puntuale dei compiti che questi centri debbono svolgere e io non so quanto convenga inserirli nel testo della legge, proprio per la necessità di un aggiornamento in rapporto all'evolvere rapidissimo delle conoscenze.

Io ritengo che, tutto sommato, lasciando i punti essenziali nel testo della legge, sarebbe forse più opportuno scendere nei dettagli nel decreto di attuazione della legge, proprio onde consentire una rapida modificazione al variare delle conoscenze scientifiche.

I disegni di legge in discussione si prefiggono inoltre di promuovere l'educazione sanitaria al problema del trapianto, anche con la finalità di attuare, attraverso appunto l'educazione al trapianto, una educazione civica.

Questa è certamente una direttiva che colma una lacuna della legislazione vigente ed io sono veramente lieto che sia stata inserita questa norma; questa volontà, se vogliamo, sarà anche declamatoria, però è molto bello, è molto piacevole vedere in un testo di legge - queste leggi sono di solito così fredde e impersonali - palpitare proprio questi sentimenti.

È detto proprio nel comma primo dell'articolo 23: «Le iniziative di educazione civica e sanitaria devono essere anche dirette a diffondere tra i cittadini la conoscenza delle possibilità dei trapianti di organo e la consapevolezza che la donazione di organi costituisce una delle più alte forme di solidarietà».

Proprio per questo motivo credo che noi dobbiamo anche respingere in modo reciso non solo ogni ipotesi di nazionalizzazione del cadavere, ma anche di consenso presunto salvo prova contraria, proprio perchè dobbiamo lasciare a questa legge il carattere fondamentale della donazione, perchè credo che questa legge potrà veramente incidere moltissimo sulla educazione civica, potrà contribuire notevolmente anche a trasformare la società e ad accrescere la solidarietà sociale.

Quindi questo è un punto veramente importante che va mantenuto fermo.

Certamente il problema dell'educazione sanitaria è un problema difficile ed io non so come il Ministero vorrà provvedere a questo compito difficilissimo; bisogna programmarlo bene e poi attuarlo ed è ovvio che la programmazione dell'educazione sanitaria dovrà essere affidata ad esperti del settore.

La legge, però, si deve anche preoccupare di stabilire i principi sui quali si deve poggiare l'educazione sanitaria.

Sono anche riservati dei fondi proprio per l'attuazione dell'educazione sanitaria.

Adesso c'è un altro aspetto estremamente delicato – sul quale ci sarà certamente un ampio dibattito – che è quello che riguarda le sanzioni.

Rispetto alla normativa vigente, nei disegni di legge nn. 408 e 418 le sanzioni non vengono complessivamente inasprite, ma in taluni casi ridotte e in altri casi meglio circostanziate in rapporto alla fattispecie delle norme per la cui violazione non è applicabile nessun'altra sanzione prevista dal nostro codice penale.

Sono state abolite le pene detentive, trasformate in pene pecuniarie, per i reati minori inerenti la violazione di alcune norme relative agli espianti – prelievi diversi da quelli previsti dalla legge, trapianti effettuati da chi non fa parte della lista dei sanitari autorizzati dal Ministero della sanità, prelievi effettuati in assenza del parere collegiale sull'accertamento della morte – mentre vengono più specificamente individuati i reati relativi alla violazione delle norme concernenti l'accertamento della morte da arresto cardiocircolatorio o della morte cerebrale, non dettagliatamente previsti dalla legge n. 644, e viene data facoltà alle Regioni di vigilare sull'esecuzione della legge, nonché di irrogare sanzioni pecuniarie a chiunque non ottemperi alle disposizioni della legge, senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato.

Permangono le sanzioni generali previste per varie fattispecie di dolo (quali il lucro personale o la promessa di lucro per commercio di parti di cadavere, l'inosservanza delle procedure previste dalla legge per il prelievo di organi, in mancanza di consenso esplicito del donatore).

Su questo punto, ripeto, vi saranno delle discussioni anche perché alcuni disegni di legge presentati alla Camera dei deputati – in modo particolare il progetto dell'onorevole Aniasi e quello dell'onorevole Falcier – in materia di sanzioni risultano meno rigidi. Ho letto anche le discussioni che vi sono state su questo punto nella precedente legislatura: vi è stata una discussione che ha visto diviso anche il nostro Gruppo tra chi era favorevole all'inasprimento e chi no. Ma in realtà non si tratta, secondo me, di inasprimento di pene, anzi direi, sotto certi aspetti, che, secondo me, c'è una attenuazione di alcune previsioni; soltanto sono stati meglio individuati certi reati che non sono ben configurati invece nel codice penale.

Quindi, trattandosi di materia nuova, si è voluto analizzare con particolare attenzione questo aspetto.

D'altra parte, io non credo che il non prevedere delle pene specificamente costituisca un fatto utile, perché vige sempre il codice penale quando si compie un reato: e allora si lascia ancora di più, secondo me, al giudice una possibilità di interpretazione che potrebbe essere addirittura negativa, non positiva.

Quindi, come disse giustamente nella precedente legislatura la senatrice Jervolino Russo, il fatto di individuare appunto in modo particolare le fattispecie del dolo può rappresentare semmai una maggiore garanzia per chi opera in questo delicato settore.

L'ultimo aspetto (che però non è menzionato dalla legge) che io sollevo è quello degli incentivi per gli operatori che sono implicati nel programma dei prelievi e dei trapianti.

C'è stata un'ampia discussione su questo punto, molto appassionatamente è intervenuto il relatore sulla legge, il senatore Bompiani, però poi si è arrivati alla conclusione di emanare un ordine del giorno che invitasse il Governo a prendere dei provvedimenti appunto per gli incentivi al personale addetto al programma dei trapianti.

Questa è un'attività *sui generis*; non è un'attività di pronto soccorso che può essere programmata. Queste *équipes* lavorano in rapporto alla disponibilità dell'organo, che è condizionata dalla morte del soggetto su cui si effettuerà poi il prelievo. Oltretutto il lavoro è intenso e con tempi molto lunghi, tenete presente che la durata di un intervento va dalle 12 alle 24 ore. È un lavoro estenuante, che richiede il coinvolgimento di una *équipe* molto vasta.

Bisogna uscire dagli schemi classici; è materia di discussione continua. Purtroppo siamo legati a schemi rigidi, al tempo pieno, al tempo limitato (come abbiamo già avuto modo di discutere). Ritengo che questa filosofia vada superata, l'attività va remunerata in rapporto a quanto ciascuno può dare, sia sotto il profilo della qualità, sia sotto quello della quantità, superando completamente la concezione del *part-time* e del *full-time*.

Onorevole Presidente, onorevole rappresentante del Governo, colleghi, in conclusione il disegno di legge che ci stiamo accingendo a discutere, opportunamente integrato con l'aiuto di tutti i colleghi, costituirà certamente un avanzamento nella politica dei trapianti. È necessario però che la legge non rimanga una mera espressione di volontà del Parlamento volta a risolvere un problema che interessa un così largo numero di pazienti.

L'inadeguata diffusione dei trapianti nel nostro paese non deve essere attribuita tanto alle insufficienze della legislazione attualmente vigente, quanto alla mancanza di impegno collettivo nella realizzazione del programma dei trapianti. Si è visto come in una parte del nostro paese, dove intenso ed efficiente è stato lo sforzo organizzativo delle autorità sanitarie e delle associazioni del volontariato, i risultati siano stati e continuino ad essere encomiabili, tanto da raggiungere livelli non dissimili da quelli dei più avanzati centri europei.

L'attività dei trapianti, invece è carente nelle regioni meridionali. La discussione del presente disegno di legge deve essere una occasione per indagare, approfondire e correggere le cause che stanno alla base di questo divario tra Nord e Sud nella politica dei trapianti; un divario che non interessa solo la sanità, ma tanti altri campi. Sono convinto che tale divario non potrà essere colmato da una legge o da interventi finanziari - che pure sono utilissimi - ma da uno sforzo organizzativo che accomuni la volontà, l'impegno, l'entusiasmo e le energie degli amministratori, dei politici, della classe sanitaria e di tutti i cittadini.

**PRESIDENTE.** La manifestazione di consenso che ha avuto la sua esposizione - senatore Condorelli - esprime l'apprezzamento di tutti noi non solo per il testo scritto, che avevamo già avuto modo di considerare positivamente, ma per la pregevole sintesi che ha testè svolto. La valutazione positiva, che ella ha fatto sul lavoro che la Commissione svolse nell'ottava legislatura, ci consente di essere abbastanza ottimisti sulla evoluzione dell'esame, che compiremo nelle prossime settimane,

di questo provvedimento. Sappiamo tutti, soprattutto noi tecnici, noi medici, come quello dei trapianti sia un capitolo in continua espansione e rappresenti uno dei traguardi della medicina. La possibilità, a cui Ella ha accennato, di trovare un giusto metodo di delegificazione di alcune parti dell'attuale legge o dei disegni di legge, che potrebbero essere rapidamente superate dagli avvenimenti della medicina, ritengo rappresenti un'ipotesi molto saggia e coerente per la nostra riflessione.

Vorrei evidenziare ancora la valutazione sostanzialmente positiva, che Ella ha dato sul piano giuridico del disegno di legge n. 408, le cui norme erano già contenute nel testo approvato all'unanimità dalla Commissione, proprio per sottolineare come lo sforzo fatto nell'ottava legislatura non debba andare disperso.

Vorrei sottolineare anche un altro aspetto: questo testo, approvato nella precedente legislatura sia pure da un solo ramo del Parlamento, è già al controllo dell'opinione pubblica da parecchi mesi. Siamo così in possesso delle valutazioni delle categorie interessate a questo problema, sia dei «ricercatori» (degli utenti), sia di coloro che operano nei trapianti come soggetti attivi (i sanitari). Di queste opinioni si terrà conto. Per concludere, comunico che, d'accordo con la Commissione giustizia ed al fine di trovare una maggiore intesa tra i diversi punti di vista, si sta elaborando l'ipotesi di una riunione (che dovrebbe essere fissata per il 23 ottobre 1984) che ci consenta in tempi brevi di riunire attorno ad un tavolo noi stessi insieme ai membri della Commissione giustizia e a degli esperti, per fare il punto degli aspetti controversi che ancora permangono in questi disegni di legge. Informerò la Commissione più precisamente una volta presi i definitivi accordi con il Presidente della Commissione giustizia, anche sull'elenco degli esperti da invitare.

La discussione generale sui disegni di legge avrà luogo mercoledì della prossima settimana - come è tradizione della nostra Commissione - in quanto la relazione va evidentemente da ciascuno di noi approfondita, al fine di esprimere con la massima ponderazione le nostre valutazioni ed i nostri suggerimenti.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione dei disegni di legge è rinviato ad altra seduta.

Prima di passare all'altro punto dell'ordine del giorno, proporrei di sospendere brevemente la seduta.

Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

*I lavori vengono sospesi alle ore 12,10 e sono ripresi alle ore 12,20.*

**«Nome concernenti la gestione in via provvisoria di farmacie rurali e modificazioni delle leggi 2 aprile 1968, n. 475, e 28 febbraio 1981, n. 34» (864), d'iniziativa dei deputati Ferrari Marte ed altri; Ventre ed altri; Pujia e Bosco Bruno; Anselmi ed altri; approvato dalla Camera dei deputati (Seguito della discussione e rinvio)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: «Norme concernenti la gestione in via provvisoria di farmacie rurali e modificazioni delle leggi 2 aprile 1968, n. 475, e

28 febbraio 1981, n. 34» d'iniziativa dei deputati Ferrari Marte ed altri, Ventre ed altri, Pujia e Bosco Bruno, Anselmi ed altri, già approvato dalla Camera dei deputati.

La relatrice Colombo Svevo ha svolto la relazione il 19 settembre e, al termine, avevamo posto alcune domande di chiarimento.

Ricordo che siamo ancora in sede di discussione generale.

MERIGGI. Signor Presidente, colleghi, nell'esaminare questo provvedimento dobbiamo tener conto che siamo di fronte ad una proposta che ha suscitato aspettative e attese negli interessati. Dobbiamo inoltre tenere conto che il disegno di legge, che c'è stato trasmesso dalla Camera, ha avuto un voto unanime, anche perchè è stato elaborato da parte di un comitato ristretto.

Tuttavia nonostante questo, e pur condividendo la esigenza di provvedere al più presto a risolvere questa situazione, mi permetto di avanzare alcune osservazioni che erano già in un certo senso contenute anche nella relazione della senatrice Svevo e, per quanto riguarda l'articolo 1, erano state avanzate anche dalla Commissione affari costituzionali. C'è quindi l'esigenza di chiarire alcuni punti senza con questo voler stravolgere il testo che ci è stato presentato e il lavoro fatto dalla Camera.

Un'unica considerazione di carattere generale. Credo che anche con questo provvedimento di sanatoria, seppur limitato, si denota un metodo poco in armonia con i principi del nostro sistema giuridico ma che si rende sempre più necessario a causa dei ritardi e della inerzia del Governo e dei legislatori. Va osservato anche che i risultati di questo modo di operare, che si estende in vari settori, creano sempre elementi negativi di un certo rilievo. Bisogna provvedere con la programmazione e bisogna fare leggi in altro modo.

Riguardo al provvedimento in esame voglio fare una osservazione all'articolo 1, che era stata avanzata anche dalla Commissione affari costituzionali e che noi condividiamo. Su questo problema invito il relatore a trovare una soluzione che potrebbe essere, o cassare la parte in discussione, o accogliere una proposta sostitutiva che potrei avanzare io stesso ma che non vi leggo adesso perchè lo farò al termine dell'intervento. Da parte nostra siamo favorevoli a trovare un rimedio all'articolo 1, o cassando, o emendando.

Con l'articolo 4 si propone di portare l'attuale limite di distanza, per le farmacie rurali, da 500 a 2.000 metri. I motivi probabilmente risiedono nel fatto che c'è stato in questi anni di inurbamento delle città uno spopolamento delle campagne e questo può aver indotto a trovare una soluzione di questo tipo. Però mi domando se è giusto far questo, nel momento in cui la legge ha diminuito la distanza per le farmacie nei centri urbani, da 500 a 200 metri, andiamo ad aumentare a 2.000 metri la distanza delle farmacie nelle zone disagiate. Questa situazione potrebbe trovare rimedio per conto suo nel momento in cui, se l'esigenza non c'è, gli enti e i privati non apriranno farmacie troppo vicine, ma stabilire per legge che la distanza deve essere di 2.000 metri potrebbe creare un disagio in zone che di disagi ne hanno parecchi. Questa è una perplessità che avanzo e facciamo quindi una ulteriore meditazione prima di accogliere a scatola chiusa la proposta della Camera.

Sull'articolo 5 potremmo ribadire le cose dette in altre occasioni; in noi c'è la perplessità ad accettare questa logica e pensare sempre che la Regione non riesca ad adempiere ai suoi compiti. Si prevede un potere sostitutivo da parte dello Stato ledendo l'autonomia della Regione, quando in effetti potrebbe essere quest'ultima l'organo che ha il potere sostitutivo su altri organismi. Tra l'altro è strano il fatto che il Governo centrale debba provvedere a questo, quando lo stesso Governo è troppo inadempiente su tante cose, quindi non ha le carte in regola per fare questo. Comunque è una questione che poniamo e sulla quale difficilmente accetteremo la proposta così come è stata avanzata.

Penso che la cosa più interessante dell'articolo 6 sia il fatto che, al comma terzo, di fatto si abolisce l'idoneità. È tesi che potrebbe essere sostenuta con molti argomenti e che potrebbe valere non solo per le farmacie ma anche per altre categorie che hanno bisogno di questo requisito. Non so se oggi le condizioni sono mature a sufficienza per affrontare questo problema; difatti anche la Camera non ha avuto il coraggio di dire che l'idoneità è abolita e si è creato un ibrido in alternativa. In questo caso ci vorrebbe un anno di pratica professionale certificata dalla autorità sanitaria competente. Si passa quindi dalla idoneità (difficile da ottenere anche perchè i concorsi non vengono banditi) ad un anno di attività professionale che penso sia molto facile da ottenere.

Riteniamo che su questo sarebbe meglio pensare a qualcosa di più rigoroso rispetto alla formulazione del testo così come è e potremmo avanzare una serie di ipotesi dalle quali scegliere quella più valida.

Ci sono poi altre osservazioni che potrebbero riguardare gli articoli 2 e 7 per una migliore dizione del testo stesso e, inoltre, c'è la questione di fondo, che pongo all'attenzione del relatore e dei colleghi, che è quella dell'articolo del decreto n. 475 del 1968 dove era previsto che, per il 50 per cento delle farmacie, c'era la prelazione da parte dei comuni. In questo provvedimento non si tiene assolutamente conto di questa prelazione. Se è possibile vorrei una risposta da parte del relatore su questo problema per vedere se è possibile salvare qualcosa di quanto previsto dall'articolo che ho richiamato.

Al punto in cui siamo, con le osservazioni che ho fatto su alcuni articoli, non so come sia più logico proseguire. Mi permetto di avanzare una proposta: esaurita la discussione generale, potremmo formare un comitato ristretto che esamini il testo, evitando quindi di presentare emendamenti, con tutte le formalità che questo comporta, e vedere se è possibile trovare una soluzione unitaria, possibilmente anche entro oggi se ci sono le condizioni. Da parte nostra siamo disponibili. Potremmo arrivare a chiudere questo argomento molto presto con un accordo unitario così come è avvenuto alla Camera, anche su un testo diverso, per migliorare il testo pervenutoci.

MONACO. Mi asterrò dalla votazione per il contrasto che c'è tra alcuni elementi del mio Gruppo e il mio modo di vedere. Come ha detto in modo informale il senatore Meriggi siamo in un regime di sanatoria e non vedo perchè non si dovrebbe far la sanatoria anche per questi farmacisti.

D'altra parte mi risulta che molte farmacie rurali, che si chiudono, non vengono più riaperte per mancanza di richieste.

Per esempio vi è una farmacia che si è chiusa e non si è più riaperta perchè il proprietario è morto e non c'è stata richiesta di nuova gestione. Effettivamente questi concorsi non si svolgono perchè, come al solito nel disordine che regola la nostra vita generale e particolare, coloro che dovrebbero indirli non hanno interesse a creare concorrenza nei loro stessi confronti.

L'esistenza delle farmacie rurali allora resterebbe al di fuori del giro delle farmacie delle grandi città. Non varando questa sanatoria, a chi diamo vantaggio? Non certo alle popolazioni rurali, che di queste farmacie hanno bisogno. Se la posizione dei titolari non viene sanata, molte farmacie, contrariamente a quanto dice il senatore Pinto, resteranno chiuse, ed il danno sarà degli abitanti rurali che dovranno fare chissà quanti chilometri per acquistare qualche aspirina. Mi asterrò dunque, come ho detto.

Non ho altro da aggiungere se non invitare nuovamente a prendere in considerazione la tendenza alla chiusura di molte farmacie rurali. D'altra parte una volta sanato questo settore (come tanti altri) speriamo che non si crei un nuovo precariato e che si chiuda davvero il capitolo delle farmacie rurali.

MELOTTO. Intervengo soltanto perchè rimanga registrata la mia opinione. È appena trascorso un anno della mia esperienza legislativa, credo che ci siamo occupati fino ad ora esclusivamente di sanatorie: abbiamo sanato la situazione delle unità sanitarie locali, rincorrendo i loro debiti più volte, abbiamo sanato il precariato, nonostante i divieti di assunzione; abbiamo sanato l'abusivismo edilizio, saniamo oggi la situazione delle farmacie rurali. Una domanda ce la dobbiamo porre: se oggi l'attività legislativa italiana è ridotta esclusivamente a produrre una legislazione illuministica, talmente staccata dal resto del paese da non essere applicabile, per cui la via maestra non è quella dell'imperio della legge che viene a governare i fatti, i problemi, ma è invece il dover sanare quanto si è realizzato, il distacco che esiste con il paese reale aumenta fatalmente e non potrà non aumentare. Di fronte a certi fatti, dobbiamo osservare due aspetti. Quali sono, innanzi tutto, le cause che hanno portato a questo regime di sanatorie? Abbiamo cercato di individuarle per il personale precario; cerchiamo ora di farlo anche in questo campo. A mio avviso occorre ribadire che il concorso in questione, dopo l'entrata in vigore della legge n. 833, risultava interamente gestito dalle singole Regioni, concorso a base provinciale e non di unità sanitarie locali, perchè la legislazione che prevedeva tali organi non era ancora in essere. Perchè - ci domandiamo - le Regioni non riescono a portare a termine i concorsi, anche se esiste una sufficiente regolamentazione di essi? Infatti la legge fissa che, ogni biennio dispari, devono essere messe a concorso le gestioni di tutte le farmacie libere; nel giro di un anno al massimo si può ben pensare che il concorso possa essere concluso. Il concorso invece non viene svolto perchè, esistendo la omnicomprensività del trattamento economico, in Regione non si riesce a trovare un solo funzionario o esperto disposto ad affrontare questi faticosi concorsi. Volere svolgere questi concorsi, senza pagare la gente che per un anno, permanentemente o a fasi alterne, vi si dedica è impossibile, nè la sostituzione del commissario di

Governo alla Regione produrrà effetti risolutivi. Infatti se costui si dovrà servire esclusivamente di quegli uffici la situazione non cambierà. O modifichiamo le condizioni per cui i concorsi possono essere svolti regolarmente (penso che debba essere ripristinata dappertutto la via maestra segnata dalla Costituzione, trattandosi di un servizio pubblico) o altrimenti i privilegi, che ogni sanatoria comporta, resteranno l'unica strada percorribile. I furbi avranno sempre partita vinta rispetto all'intelligenza, alla volontà che ogni singolo individuo in un concorso dovrebbe saper dimostrare.

Fatta questa premessa, dichiaro che mi trovo concorde con la relazione della collega, senatore Colombo Svevo, che peraltro ha già annunciato alcuni emendamenti per rendere più coerente il disegno che si vuole perseguire. Chiedo alla Commissione ed al Governo di riflettere in particolare sull'articolo 5. Con esso si stabilisce un potere di sostituzione non dell'unità sanitaria locale ma della Regione, anche se per atti amministrativi. Si tratta di una indicazione chiara: meditiamo un attimo, perchè se è questa la strada che scegliamo dobbiamo prevederla ugualmente per tutte le fattispecie ove analogo sia il procedimento. Non possiamo un giorno stabilire che il potere sostitutivo spetta ad un soggetto ed il giorno dopo ad un altro, altrimenti non comprenderemo più nulla, nè sarà indicato il quadro delle conseguenti responsabilità. Si tratta di stabilire, una volta per tutte, chi deve rispondere nel caso che il titolare delle funzioni non risponde. Dobbiamo dare certezze ai cittadini che il potere sostitutivo viene esercitato e non possiamo lasciare che le cose procedano per conto loro. Dunque, se è questa la strada, sia la stessa per tutti i casi in cui viene richiesta la sostituzione. D'altro conto occorre fare in modo di non varare una legge che oggi trova l'unanimità dei consensi, ma che domani può risultare sconvolgente rispetto al quadro generale. Chiedo dunque al Governo di pronunciarsi sull'articolo 5.

Detto questo, sono favorevole alla proposta del senatore Meriggi di costituire un comitato ristretto con lo scopo di affinare, attraverso gli emendamenti, il disegno di legge. Ciò faciliterà molto i nostri lavori al di là dell'ufficialità che la registrazione darebbe agli interventi. In quella sede mi riservo di proporre qualche ulteriore aggiustamento nei singoli articoli.

PINTO Biagio. Signor Presidente, onorevoli colleghi, in coerenza con quella che è stata la mia posizione in tutta la mia lunga attività parlamentare, sono contrario a questa sanatoria. Ricordo che la prima sanatoria fu fatta alla vigilia delle elezioni del 1972 e fu approvato un ordine del giorno, firmato da tutti i partiti, in cui ci si impegnava a non fare più sanatorie; per i medici ne abbiamo fatte altre quattro. D'altra parte credo che un piccolo partito d'opinione può giustificare la propria presenza nella vita politica solamente quando riesce ad andare contro la popolarità, quando acquista il gusto dell'impopolarità, perchè per fare gli interessi del paese bisogna purtroppo affrontare anche l'impopolarità. Nel caso particolare, sono contrario alla sanatoria dei farmacisti, perchè forse non ci rendiamo conto esattamente, e non l'ho sentito dire ancora da nessuno, che i farmacisti sono una categoria privilegiata. In Italia due sono le categorie privilegiate: i farmacisti e i notai, perchè



sono professionisti che esercitano la propria attività col privilegio del numero chiuso. Quando si laurea un medico, dovunque può esercitare la libera professione: in un palazzo ci sono dieci medici, ci va l'undicesimo, quando si laurea un avvocato, dovunque può esercitare, lo stesso dicasi per l'ingegnere o per l'architetto. Il farmacista no, ha il numero chiuso, la farmacia deve essere a 300 metri dalla sua. Questa garanzia è nella legge, e io non sono d'accordo, ma almeno bisogna avere il coraggio di dire: se vuoi avere questa garanzia devi fare un esame difficile, un esame selettivo, perchè questa parola «selezione» oggi fa paura, ma è una cosa necessaria, specie quando ci sono dei privilegi. Quindi sono contrario al disegno di legge, ma mi rifiuto di credere che oggi, con tanta disoccupazione, non ci sia il farmacista che vada a concorrere per la farmacia rurale. Volete fare questa sanatoria? Fatela, tanto oramai, come ha giustamente detto il senatore Melotto, siamo qua soltanto per fare sanatorie, ma ricordiamoci che andiamo contro gli interessi della collettività, perchè ancora una volta vi ripeto che questi giovani li abbiamo fatti laureare noi, noi ne abbiamo colpa, perchè mai nessuno ha voluto accettare la proposta del numero chiuso all'università. Li abbiamo fatti laureare e adesso proteggiamo quelli che hanno avuto l'incarico per motivi più o meno occulti, che hanno avuto l'incarico per motivi più o meno clientelari e questi trovano un posto e gli altri restano disoccupati, magari per tutta la vita. Ho espresso il mio pensiero; so benissimo che resterò solo, comunque ai farmacisti che saniamo faccio tanti auguri, ma voglio esprimere la mia solidarietà a quei farmacisti che restano disoccupati e che aspettano un posto di lavoro anche loro.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, molto brevemente vorrei ringraziare la senatrice Colombo Svevo per la relazione estremamente lucida, anche nell'aiutarci a dividere le norme relative alla farmacia rurale e quelle che sono le norme di carattere generale, quelle che sono norme di sanatoria e quelle che sono norme permanenti. Credo anch'io che abbia pienamente ragione il senatore Meriggi nel momento in cui propone un comitato ristretto che potrebbe a brevissimo termine sciogliere i nodi che si sono sollevati davanti a questa Commissione e portarci ad una approvazione senza dubbio rapida del provvedimento, perchè forse l'attenzione dovremmo porla nel momento in cui creiamo i presupposti di certe situazioni; da questo punto di vista ha ragione il senatore Melotto, cioè cerchiamo di porci in condizioni che i concorsi possano essere fatti; quando una situazione di relativa disarmonia del settore ormai si è creata, tutto sommato l'intervento razionalizzatore che può derivare da una legge penso che sia necessario. Volevo solo brevemente sollevare tre ordini di problemi.

Il primo riguarda l'articolo 5 (ne hanno già parlato sia il senatore Meriggi che il senatore Melotto); è evidente che proprio perchè mi riconosco in un tipo di cultura fortemente autonomista, sono portata a dare il massimo di attenzione all'autonomia regionale. Ma qui vorrei fare un paio di considerazioni. Ritengo che il problema dei poteri sostitutivi - certamente ha ragione il senatore Melotto - deve essere risolto con urgenza e in modo omogeneo, ma forse non è questa la sede in cui si possa dare una risoluzione di questo genere. Non credo che sia la

Commissione sanità, al momento di discutere una norma di sanatoria sui farmacisti, la sede opportuna per risolvere definitivamente questo problema che, del resto, e i colleghi che ne fanno parte lo sanno, è oggetto di discussione da parte della Commissione per le questioni regionali in questa legislatura e lo è stato anche nel corso dell'ottava legislatura.

Un'altra considerazione: il parere datoci dalla Commissione affari costituzionali e il fatto che la stessa Commissione non abbia sollevato rilievi, circa il potere sostitutivo del Commissario di Governo così come è delineato nell'articolo 5, dà a questa Commissione la consapevolezza di procedere in una linea che non contrasta col disegno costituzionale. Vorrei anche rilevare che non si tratta di un esproprio di una potestà delle Regioni, ma di un potere sostitutivo vero e proprio, previsto in caso di inadempienza da parte delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano e oltre tutto, previa diffida alle Regioni e alle province autonome ad adempiere. Quindi nella sostanza è salvaguardato il ruolo primario dell'autonomia regionale e provinciale e gli enti locali sono anche, in certo qual senso, messi in mora perchè essi possano agire. Di fronte ad una inerzia mi pare abbastanza giusto che si preveda - nella logica di attivare il meccanismo concorsuale e quindi di non creare le condizioni perchè si reiterino le sanatorie - di creare il meccanismo perchè vi sia una autorità deputata ad espletare questi concorsi. Del resto questa soluzione, sia pure nei riguardi delle USL e non delle Regioni, come del resto è stato ricordato, l'abbiamo già percorsa per quanto riguarda la legge finanziaria 1984, cioè la legge n. 730, e mi pare che anche da parte di altre forze politiche che qui si sono espresse in modo molto dubitativo, all'atto della discussione della legge alla Camera dei deputati, questi dubbi non sono stati sollevati. Per cui, in conclusione, ferma restando la necessità di definire una volta per tutte la materia dei poteri sostitutivi, credo che potremo abbastanza tranquillamente andare avanti sulla linea definita dall'articolo 5. Vorrei poi sollevare, per i colleghi che faranno parte del comitato ristretto, due problemi, o più precisamente due quesiti. Non entro nel merito del problema sollevato anche dal senatore Meriggi in relazione al secondo comma dell'articolo 6 che, di fatto, forse rilevava giustamente il relatore, con una tecnica legislativa anche abbastanza impropria e non precisa, abolisce l'idoneità per i farmacisti. Ritengo anche che questa richiesta del requisito dell'idoneità o di almeno un anno di pratica da questo punto di vista dovesse essere formulata così, perchè mira a salvaguardare chi l'idoneità ha già conseguito, e apre un'altra strada.

Con riferimento all'articolo 6, desidero sapere se l'anno di pratica professionale in esso indicato debba decorrere dalla data di entrata in vigore del provvedimento in esame o possa essere valutata anche la pratica pregressa - precedente all'entrata in vigore del disegno di legge - se debitamente certificata. Dal mio punto di vista, se esiste la possibilità di dimostrarla con certezza, questa seconda soluzione mi sembra la migliore, in quanto ritengo ingiustificato chiedere anche ai farmacisti che hanno già una lunga pratica professionale un ulteriore anno della stessa per conseguire il titolo equipollente all'idoneità.

Vorrei avere, inoltre, maggiori chiarimenti per quanto riguarda

l'articolo 1 e vorrei sapere se è possibile applicare i benefici dello stesso articolo a farmacie che da rurali sono diventate urbane per effetto di modificazione sopravvenuta nella pianta organica delle farmacie.

Prego quindi il relatore ed i colleghi che costituiranno il comitato ristretto di valutare questo aspetto del problema e porvi l'attenzione che ritengono esso meriti.

FIMOGNARI. La legge che stiamo esaminando prevede che i farmacisti, che gestiscono da almeno tre anni dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento una farmacia rurale in via provvisoria, abbiano il diritto a conseguire la titolarità della stessa. Poichè questo progetto di legge è scaturito dalla unificazione di varie proposte, devo far presente che di queste solo il disegno di legge n. 103 prevedeva il conseguimento di tale beneficio unicamente per le farmacie cosiddette rurali, mentre il disegno di legge n. 821 e le altre proposte di legge prevedevano, espressamente, che tale beneficio venisse esteso anche alle farmacie urbane, portando però da tre a cinque anni il periodo di gestione. Ritengo, comunque, che ormai la classica distinzione tra farmacie urbane e rurali è anacronistica ed in moltissimi casi inadeguata. Infatti l'obbligo della continuità del servizio - caposaldo della ruralità - è stato abolito anche dalle attuali leggi regionali, che regolano l'alternanza dei turni notturni, festivi ed estivi. Inoltre, molte farmacie rurali (considerate tali in comuni fino a cinquemila abitanti) hanno il privilegio di rimanere uniche fino a settemila e cinquecento abitanti (legge n. 221 del 6 marzo 1968). Bisogna considerare, inoltre, che numerose farmacie cosiddette rurali sono situate in località turistiche e servono una clientela enormemente superiore a quella concessa dal legislatore. Ogni farmacia urbana, invece, viene ripartita ogni cinquemila abitanti (o ogni quattromila se si sita in comuni che superano i 25 mila abitanti) da ciò ne consegue che buona parte delle farmacie rurali realizzano uguali vantaggi ma una maggiore attività rispetto a molte farmacie urbane, questo senza ignorare che esistono sedi farmaceutiche disagiate per numero di abitanti e per motivi geografici. Pertanto chiedo che venga riconosciuto anche al farmacista gestore di farmacia urbana in via provvisoria il diritto a conseguire la titolarità della farmacia gestita da almeno cinque anni, come prevedeva la proposta di legge n. 821 firmata dall'onorevole Ventre. Propongo, dunque, che il primo comma dell'articolo 1 venga così modificato: «I farmacisti che gestiscono in via provvisoria alla data di entrata in vigore della presente legge da almeno tre anni una farmacia rurale e da almeno cinque anni una farmacia urbana, ai sensi dell'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie,...», con quel che segue invariato.

CAMPUS. Ritengo che questo disegno di legge rechi un titolo che sembra molto chiaro per quanto riguarda la prima parte, ossia «Norme concernenti la gestione in via provvisoria di farmacie rurali», mentre meno chiaro, invece, appare il secondo punto «modificazioni delle leggi 2 aprile 1968, n. 475, e 28 febbraio 1981, n. 34». In pratica, mi sembra di poter rilevare che la legge, così come è stata approvata dalla Camera dei deputati, voglia decretare una sanatoria non solo per le farmacie rurali,

ma anche per quelle urbane. A questo punto, dunque, devo dichiararmi d'accordo con il senatore Melotto, perchè da quando faccio parte del Senato si approvano sanatorie su sanatorie, ed ogni volta che se ne approva una si commenta «speriamo che sia l'ultima», quando invece tutti in coscienza sappiamo che non lo sarà. Desidero perciò dichiararmi contrario alle sanatorie, in quanto, secondo me, anzichè riparare a ingiustizie ne creano di nuove e ben più gravi. Comunque, a prescindere da ciò, invito i colleghi della Commissione a riflettere sul fatto che effettivamente esiste una differenza tra farmacie rurali e farmacie urbane; il senatore Fimognari ha citato alcuni casi che in sostanza costituiscono la minoranza; è vero che vi sono farmacie considerate rurali ma che sono situate in centri turistici, però dobbiamo riconoscere che ve ne sono anche molte realmente rurali.

Riprenderemo il discorso del senatore Melotto sui concorsi, che per legge possono essere banditi. Desidero esprimere la mia opinione su questo punto: non ritengo che i motivi per cui spesso i concorsi si perdono nel nulla siano esclusivamente quelli elencati dal senatore Melotto. È a mia conoscenza che in alcune regioni questi non vengono banditi o si perdono fra mille ricorsi di tutti i generi (da quelli ai tribunali amministrativi regionali a quelli in sede penale) bloccando in tal modo l'approvazione delle graduatorie.

Senatore Pinto, voglio che lei sappia che non sarà l'unico contrario ad altre sanatorie, perchè troverà schierato dalla sua parte anche me, quindi saremo almeno in due. Certo, per alcune farmacie disagiate, tipo quelle rurali, esiste la necessità di una sanatoria, pazienza poi se fra queste verranno comprese anche quelle di molti centri turistici che tutto sono fuorchè rurali. Comunque, invito i membri della Commissione a riflettere seriamente su questo problema che se sana determinate situazioni ne crea moltissime altre, recando disagio a tutti coloro che vorrebbero partecipare ai concorsi ma che non possono farlo per i motivi che ho sopra elencato. Reputo giusto procedere in modo da rispettare e premiare la professionalità e l'impegno di chi si sottopone o desidera partecipare ad un concorso.

Condividendo i dubbi espressi sull'articolo 2, che mi sembra voglia estendere questa sanatoria a tutte le farmacie, dichiaro fin d'ora la mia perplessità e contrarietà.

SELLITTI. Signor Presidente, noi siamo disponibili a risolvere tale questione con o senza sanatoria. Non sono contrario a disquisizioni di varia natura, perchè sono convinto rappresentino un momento altamente democratico, però ritengo indispensabile giungere al più presto a dei risultati concreti.

Quindi, come ha affermato il senatore Meriggi, è bene che si costituisca un comitato ristretto al fine di sciogliere, innanzi tutto, il nodo principale che mi sembra essere quello della sanatoria, poi per giungere nel più breve tempo possibile all'approvazione o meno del disegno di legge.

BOMPIANI. Prima di chiudere la discussione generale, desidero anch'io aggiungere qualcosa. Condivido tutte le preoccupazioni emerse stamane da parte di molti colleghi sulla problematica generale delle

sanatorie. Sono senz'altro d'accordo che, se queste vengono approvate senza criterio, si indebolirà l'immagine pubblica e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. Ma vi è anche da dire che il settore delle farmacie è un settore estremamente delicato, ove confluiscono diversi elementi. Fra questi il primo è costituito dall'abbondanza di personale sul mercato. Il secondo è rappresentato dalle necessità assolute del servizio in quanto i posti non devono rimanere vacanti: l'interruzione di servizio andrebbe a scapito di una efficiente assistenza alle persone.

Infine, come terzo elemento, vi è da ricordare questa facilità di ricorso ad una giurisprudenza che, nella «patria del diritto», sembra estremamente attiva e feconda. È chiaro che su queste basi si innestano tutti gli elementi negativi della «sociologia del potere», per cui anche le legittime aspirazioni di chi ricopre immediatamente un incarico si trasformano, poi, in una specie di pressione (accolta bilateralmente) per una scelta definitiva e non sottoposta al vaglio concorsuale. Certo, vi è stato nel passato il tentativo delle «prove idoneative» (non so come le valutate voi; potrebbero anche essere argomento di un più approfondito dibattito) per regolare quanto meno la preselezione, ma a me sembra che purtroppo le modalità con le quali si svolgono tali prove a livello nazionale non sono sufficienti a dare quelle garanzie di qualità che sono richieste da tutti (perchè si tratta di un esame teorico, di un tema scritto che molte volte non offre la necessaria attendibilità di valutazione).

Questo problema lo abbiamo già incontrato nel corso di quest'anno più volte - come ricordava il senatore Melotto - con la sanatoria dei medici precari o non precari, ed in quella circostanza abbiamo cercato di formulare nuove norme per vedere se il sistema dei concorsi di accesso può funzionare meglio decentrando l'iniziativa dalle Regioni alle unità locali, sì da ottenere maggiore sveltezza nei procedimenti. È una proposta sperimentale su cui bisognerà ragionare più in profondità, però - di fronte all'attuale situazione - è evidente che noi abbiamo la necessità di approfondire al più presto e definitivamente l'argomento.

Così stando le cose vorrei invitare il relatore ed il Governo a svolgere già la replica sulle osservazioni che sono state fatte nel corso dei vari interventi.

Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, sono in grado fin da adesso di fare una replica, anche perchè vorrei dire a questo punto che concordo con la richiesta del senatore Meriggi per l'istituzione di un Comitato ristretto, nella misura in cui mi pare che sia emersa, nonostante le diverse valutazioni, una adesione a quelle che erano, nella mia relazione, alcune linee di azione rispetto a questa proposta di legge, altrimenti diventerebbe poi difficile risolvere queste questioni che qualche volta, negli aspetti particolari, sono anche molto differenti tra loro. Credo di individuare tutto sommato una linea comune, perchè mi sembra che siamo tutti d'accordo su alcuni punti, e prima di tutto quello di un dato politico che penso non possa non coinvolgerci. Ci troviamo infatti di fronte ad un provvedimento votato all'unanimità che ha creato una serie di attese, che certo non ci condizionano, ma che quanto meno ci obbligano ad analizzare con

attenzione questo disegno di legge senza stravolgere il contenuto, ma anche chiarendo alcuni punti.

In secondo luogo, dobbiamo distinguere con chiarezza quella che è la parte «sanatoria» dalle norme fondamentali (e ringrazio la senatrice Jervolino Russo per aver sottolineato questo problema). Per quanto riguarda la sanatoria, come avevo proposto nella relazione, essa deve essere strettamente limitata alle farmacie rurali (come dice tra l'altro il titolo del testo); quindi è necessario chiarire il dettato dell'articolo 2, in cui non è del tutto esplicito – appunto – se il riferimento è solo alle farmacie rurali o se si introduce invece un allargamento della sanatoria anche alle farmacie urbane. Rispetto alla sanatoria, ritengo che si debba individuare lo stesso procedimento che abbiamo applicato per la sanatoria sul personale sanitario, cioè individuare contemporaneamente dei meccanismi che impediscano il risorgere e il riproporsi di questo dato, e credo che l'articolo 5 e la proposta circa l'idoneità vadano in questo senso.

Per quanto riguarda invece le norme generali che attengono alla normativa definitiva, ritengo che dobbiamo approfondire il problema della idoneità, cioè chiarire se anche per questa professione vogliamo lasciare questo requisito dell'idoneità o se invece, come propone di fatto il testo approvato dalla Camera dei deputati, possiamo sostituirla con una pratica di alcuni anni.

Per quanto poi riguarda l'articolo 1, ritengo che siamo obbligati ad accettare quanto propone la 1<sup>a</sup> Commissione, ma personalmente andrei anche un po' oltre, considerando il momento in cui sorgono dei diritti soggettivi da parte di chi, ad esempio, ha espletato un concorso e, quindi, facendo riferimento a questo momento.

Il secondo punto importante è il problema del potere sostitutivo. Effettivamente, il potere sostitutivo previsto all'articolo 5 fa riflettere soprattutto chi è un autonomista convinto, è però un dato di fatto che siamo arrivati alla sanatoria, e probabilmente continueremo su questa strada, perchè questi concorsi non vengono espletati. Ora, si tratta di vedere se l'articolo 5, così come è congegnato (e per la verità ho anch'io dei dubbi), sia il mezzo e lo strumento più efficace per far svolgere questi concorsi. Quindi, vi è da parte mia, come penso da parte dei colleghi, la massima disponibilità ad ipotizzare eventualmente meccanismi che consentano comunque di procedere all'indizione di questi concorsi.

Vi è poi un problema di ordine costituzionale; è vero – a mio avviso – che il riferimento al Commissario di Governo è stato fatto in analogia con quello che si è stabilito con la legge finanziaria. Ho però un dubbio che va verificato, cioè che il potere sostitutivo del Commissario di Governo nella legge finanziaria riguardasse l'unità sanitaria locale e non invece la Regione. È un punto sul quale dobbiamo riflettere.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Riguardava la Regione, perchè solo le Regioni nominano i revisori dei conti!

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Nel caso in cui riguardasse la Regione, ci troviamo di fronte allo stesso procedimento. Occorre però tener conto di un dato, cioè che – a mio avviso – forse la

soluzione in questo caso è più complicata, perchè esistono anche normative diverse tra Regione e Regione per quanto riguarda i concorsi.

Per quanto riguarda l'articolo 6, l'abolizione dell'idoneità, vorrei farvi riflettere su un dato. Il criterio dell'idoneità è stato introdotto nel 1968 proprio nel momento della riforma ospedaliera e quindi quasi in analogia con i livelli sanitari che prevedevano l'idoneità. Da questo punto di vista (e sottolineo soltanto alcuni dati), con questa idoneità si è equiparata praticamente la concessione amministrativa di esercizio di attività privata gestita da un libero professionista alla funzione sanitaria professionalmente svolta da un dipendente pubblico, e sembra che le cose non siano esattamente sullo stesso piano.

Stranamente poi questa idoneità viene richiesta per il titolare di farmacia, ma non è richiesta, ad esempio, per il direttore di una farmacia urbana, che ha più responsabilità che non il titolare di una piccola farmacia di montagna, e per il gestore provvisorio della farmacia, perchè esiste una norma che lo solleva dall'obbligo dell'idoneità. È stato anche da più parti sollecitato un problema di ordine costituzionale: l'articolo 33 della Costituzione dice che l'esame di Stato è l'unica condizione per l'abilitazione all'esercizio professionale; in questo caso questa condizione verrebbe ad essere in parte filtrata da questo diaframma dell'idoneità, quando invece per altre libere professioni basta l'iscrizione agli albi professionali.

Da questo punto di vista devo quindi affermare che non ha rilevanza l'indicazione data dalla 1<sup>a</sup> Commissione che ha confuso, a mio avviso, il problema dell'idoneità con il problema della iscrizione all'albo professionale; effettivamente i farmacisti fanno il loro esame di stato per essere iscritti all'albo professionale. Si tratta di vedere se noi riteniamo (e ciò va detto apertamente e non surrettiziamente) di dover introdurre questo nuovo concetto di sostituzione della idoneità con un anno di pratica professionale, e se è sufficiente soltanto un anno o debba essere invece ampliato, come personalmente ritengo. Comunque mi pare evidente che affollare tutti i concorsi per l'assegnazione delle farmacie con coloro che richiedono semplicemente l'idoneità, è uno dei motivi che non consentono l'espletamento dei concorsi stessi. Per questa ragione sarei favorevole alla sostituzione con un praticantato che deve essere serio e si deve svolgere in due anni anche perchè, siccome di norma i concorsi vengono indetti in anni alterni, verrebbero ad equivalere in termini di tempo al periodo che oggi aspetta un farmacista nuovo per poter accedere al concorso.

Se noi decidiamo di sottoporre l'esame della materia ad un comitato ristretto, ritengo che sia inutile procedere all'esame degli articoli e che sia invece importante essere d'accordo su questa indicazione. Se ci dovesse essere dissenso politico fondamentale sul fatto per esempio che la sanatoria non debba riguardare soltanto le farmacie rurali oppure non debba essere fatta perchè siamo pregiudizialmente contrari alla sanatoria, allora, signor Presidente, è inutile accedere al comitato ristretto.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Ritengo che sia opportuno precisare l'orientamento assunto dal Governo durante la

discussione di questo provvedimento alla Camera dei deputati. Il Governo aveva manifestato l'orientamento di accedere ad una sanatoria ma esclusivamente per le farmacie rurali, per le situazioni già determinatesi all'atto dell'entrata in vigore della legge n. 34 del 1981 e non rientranti nella sanatoria prevista da questa legge. L'andamento della discussione alla Camera dei deputati e i lavori parlamentari si sono manifestati tali da ampliare i termini della sanatoria e quindi il Governo ha seguito quella che è stata la volontà parlamentare.

Per quanto riguarda l'aspetto relativo alla richiesta della modifica avanzata da parte della Commissione affari costituzionali, il Governo ritiene di dover aderire pienamente. Circa il problema della idoneità invece non sono in grado di dare delle indicazioni in quanto derivano da una valutazione tecnica fatta dagli organi del Ministero, tuttavia in linea di principio debbo affermare (naturalmente vi chiedo per questo aspetto una verifica più puntuale da parte degli uffici addetti) che un'abolizione dell'idoneità potrebbe rappresentare un pericoloso principio. Se si dovesse seguire un criterio più obiettivo dovremmo condizionare eventualmente la sanatoria al conseguimento di una idoneità più che allargare il periodo di praticantato. Ad ogni modo per questo profilo mi riservo di interpellare gli uffici del Ministero della sanità e di far pervenire alla Commissione un orientamento più preciso e puntuale.

Sul potere sostitutivo è noto l'orientamento del Governo in quanto l'anno scorso, in occasione della legge finanziaria, è stato sostenuto il principio, pur nel rispetto dell'autonomia, di dover consentire una maggiore corrispondenza tra quanto è previsto dalle leggi e l'attuazione da parte degli organi locali, al fine di assicurare anche una unità di comportamento a livello nazionale. Certamente si tratta di individuare un recupero da parte dei poteri centrali di inadempienze reali senza intaccare il principio dell'autonomia e mi sembra che il problema che era stato posto in questa sede dal senatore Melotto sia più che opportuno e sia da tenere nella massima considerazione, cioè il problema di mantenere una coerenza ed una omogeneità di decisioni da parte del Parlamento, e ovviamente anche da parte del Governo, per quello che riguarda il comportamento passato e futuro circa l'istituto dei poteri sostitutivi. Ricordo che in occasione della legge finanziaria dell'anno scorso (ne parlavo proprio adesso con il senatore Melotto ascoltando quanto la senatrice Colombo Svevo poneva alla nostra attenzione) si era parlato di poteri sostitutivi da parte del Commissario di Governo nei confronti della Regione, in quanto sono le Regioni che provvedono alla nomina dei revisori dei conti nelle USL.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Avevamo avuto questo dubbio perchè da parte della Commissione la proposta era per un potere sostitutivo della Regione; poi dalla Camera dei deputati si è deciso per il commissario di Governo.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Quindi essendo stato già stabilito come principio che il Commissario di Governo interviene, ed è intervenuto in moltissime Regioni, per sostituire le Regioni, anche in questa occasione conviene mantenere questo



principio. Credo tuttavia che valga la pena di stabilire, come volontà politica oltre che come comportamento legislativo, il principio di attenersi a quella che è stata una norma sancita dal Parlamento.

**PRESIDENTE.** Comunico che è opportuno rinviare la discussione del disegno di legge al nostro esame.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 13,30.*

---

**SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI**

*Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. ETTORE LAURENZANO