

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

10° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 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), d'iniziativa dei deputati Ferrari Marte ed altri, Ventre ed altri, Pujia e Bosco Bruno, Anselmi ed altri, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito e sospensione della discussione)

PRESIDENTE Pag. 3, 4, 6 e *passim*
CAVIGLIASSO, sottosegretario di Stato per la sanità 6
COLOMBO SVEVO (DC), relatore alla commissione 3, 5, 6 e *passim*

FIMOGNARI (DC) Pag. 5, 7
JERVOLINO RUSSO (DC) 6, 7
MERIGGI (PCI) 4, 6
MONACO (MSI-DN) 5, 7
SELLITTI (PSI) 8

«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 dei senatori Bompiani ed altri (*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)*

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE Pag. 8, 14
CALÌ (PCI) 9

«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)**, d'iniziativa dei deputati Ferrari Marte ed altri, Ventre ed altri, Pujia e Bosco Bruno, Anselmi ed altri, approvato dalla Camera dei deputati

(Ripresa della discussione dianzi sospesa e approvazione con modificazioni)

PRESIDENTE Pag. 14, 15, 18 e *passim*
CAMPUS (DC) 17
CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità* 18, 19, 20 e *passim*
COLOMBO SVEVO (DC), *relatore alla Commissione* 14, 17, 18 e *passim*
CONDORELLI (DC) 18
COSTA (DC) 24
JERVOLINO RUSSO (DC) 21, 22
MELOTTO (DC) 17, 18, 19 e *passim*
MERIGGI (PCI) 19, 21, 22
MONACO (MSI-DN) 25
RANALLI (PCI) 17, 24
SELLITTI (PSI) 22, 26

I lavori hanno inizio alle ore 10.

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),
d'iniziativa dei deputati Ferrari Marte ed altri, Ventre ed altri, Pujia e Bosco Bruno, Anselmi ed altri, approvato dalla Camera dei deputati
(Seguito e sospensione della discussione)

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», già approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione di disegni di legge di iniziativa dei deputati Ferrari Marte, Manchinu e Potì (103); Ventre, Meleleo, Tancredi, Garavaglia, Patria, Del Mese, Mastella e Contu (821); Pujia e Bosco Bruno (887), Anselmi, Augello, Cabras, Falcier, Righi, Garavaglia e Lussignoli (968).

Ricordo che su tale disegno di legge si era già svolta la discussione generale. Prima di procedere con l'esame degli articoli, il relatore ha chiesto di fare una integrazione sulle proposte avanzate dalla Sottocommissione.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, abbiamo fatto, in sede di Comitato ristretto, un'ulteriore verifica sul disegno di legge. Mi pare di poter dire, prima di entrare nel dettaglio, che il Comitato ristretto abbia riconfermato alcune linee che per la verità devono essere presenti alla Commissione, altrimenti difficilmente potremmo condurre in porto questo disegno di legge, e che vorrei ricordare sinteticamente. Innanzitutto, questo disegno di legge non sarebbe uscito da questa Commissione, cioè noi prendiamo atto di una decisione politica dell'altro ramo del Parlamento, e siccome si sono create delle attese in ordine a questo disegno di legge, cerchiamo di approvarlo secondo quelli che sono per noi gli elementi di miglioramento all'interno di una proposta che ci proviene votata all'unanimità dalla Camera dei deputati. Questo è il primo elemento da rilevare.

In secondo luogo, mi sembra che da parte del Comitato ristretto vi sia stata la tendenza a ridurre la sanatoria esclusivamente, eccetto alcuni casi che dovevano essere ben determinati, alle farmacie di tipo rurale.

In terzo luogo, il Comitato ristretto ha rivisto le norme generali che dovranno riguardare anche in futuro il regime delle farmacie e su queste ha fatto alcune valutazioni che via via cercherò di presentare nell'esame dei singoli articoli e degli emendamenti che proponiamo.

Durante la discussione si sono certamente verificate, come avviene sempre in tutte le sanatorie, legittime pressioni di tutti i tipi, perchè appare chiaro che nel momento in cui si sana un parte si creano attese, e quindi interessi, anche da altre parti. Ritengo necessario un atteggiamento di rigidità rispetto all'andamento complessivo che ha avuto il disegno di legge nella discussione della Camera dei deputati. Quindi, se rimaniamo all'interno di questa logica, posso anche spiegare perchè alcuni emendamenti possono essere accettati, mentre altri rischiano di essere fuorvianti, rispetto all'indicazione che abbiamo preso; in caso contrario, ritengo che sia un disegno di legge difficilmente gestibile. Quindi vorrei una riconferma in linea di massima almeno su questi orientamenti.

MERIGGI. Signor Presidente, concordo sull'impostazione, che riconfermava ora il relatore, del giudizio su questo disegno di legge e su come esso dovrebbe essere costruito. Siamo dell'idea di ridurre al massimo questa sanatoria nel senso di attenerci a quanto fatto dalla Camera. Se mirassimo ad allargare ancora, aggiungendo altri articoli, potrebbe succedere che questo provvedimento diventi una di quelle leggi *omnibus* che abbiamo sempre criticato in altre occasioni e sarebbe poi difficile trovarci d'accordo. Quindi proponiamo di attenerci al testo originale e di lavorare su di esso, anche per evitare che, se aggiungiamo qualche cosa, alla Camera possano, stimolati da questo nostro modo di operare, aggiungere ancora altre cose e che ci si ritrovi in futuro di fronte ad altre pressioni, con il pericolo di dover aggiungere ancora emendamenti o articoli.

In conclusione, saremmo contrari, come modo di operare per affrontare l'esame di questo disegno di legge, alla aggiunta di articoli ulteriori. Comunque, vedremo poi, durante l'esame degli articoli e degli emendamenti, di esprimere ancora la nostra posizione.

PRESIDENTE. Vorrei ringraziare innanzitutto la Sottocommissione per aver portato avanti e concluso anche l'esame degli articoli 6 e 7. Naturalmente, la Commissione è sovrana di valutare l'operato della Sottocommissione articolo per articolo.

Passiamo all'esame e alla votazione degli articoli. Ne do lettura:

Art. 1.

I farmacisti che gestiscono da almeno tre anni alla data di entrata in vigore della presente legge una farmacia rurale in via provvisoria, ai sensi dell'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e integrazioni, hanno diritto, per una sola volta, a conseguire la titolarità della farmacia, purchè la stessa al momento della presentazione della domanda di cui al successivo articolo 3 non sia stata assegnata con l'effettivo rilascio della prescritta autorizzazione o non sia in via di assegnazione essendo stata pubblicata e non impugnata la graduatoria definitiva.

È escluso dal beneficio il farmacista che abbia già trasferito la titolarità di altra farmacia, ai sensi dell'articolo 12, quarto comma, della legge 2 aprile 1968, n. 475.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. All'articolo 1 gli emendamenti proposti dalla Sottocommissione sono due. Il primo tende ad inserire, dopo la parola «gestiscono» il termine «continuativamente». Il secondo emendamento invece si riferisce all'ultima parte del primo comma e propone di sostituire le parole: «essendo stata pubblicata e non impugnata la graduatoria definitiva» con le parole: «essendo stato espletato il concorso».

Queste sono le modifiche proposte; ricordo una presa di posizione da parte della 1^a Commissione che però è superata nel senso che non soltanto è stato tolto il «non impugnata», ma si dà come punto di riferimento non la pubblicazione, bensì l'espletamento del concorso.

FIMOGNARI. Signor Presidente, vorrei illustrare l'emendamento 1.2 da me presentando che tende a sostituire nel primo comma le parole: «I farmacisti che gestiscono da almeno tre anni alla data di entrata in vigore della presente legge una farmacia rurale in via provvisoria, ai sensi dell'articolo 129» con le parole: «I farmacisti che gestiscono in via provvisoria, alla data di entrata in vigore della presente legge, da almeno tre anni una farmacia rurale o da almeno cinque anni una farmacia urbana, ai sensi dell'articolo 129». Praticamente, ripeto oggi quello che ho detto in altre occasioni, cioè che questo disegno di legge finisce per privilegiare una parte dei farmacisti che ha lavorato continuativamente in farmacie urbane.

Questo anche perchè le farmacie rurali, che - lo ripeto - sono considerate tali nei centri fino a 5.000 abitanti, hanno il privilegio di rimanere uniche fino a 7.500 abitanti. Se situate in località turistiche, anche questo l'ho già affermato la scorsa volta, realizzano una clientela enormemente superiore a quella concessa dal legislatore. Mentre vi è una farmacia urbana per ogni 5.000 o addirittura ogni 4.000 se situate in comuni che superano i 25.000 abitanti. Da ciò ne consegue che per buona parte delle farmacie rurali esistono gli stessi vantaggi dal punto di vista legislativo, ma una maggiore attività commerciale rispetto a molte farmacie urbane. Inoltre con questo disegno di legge vi sarà una ulteriore difficoltà che è rappresentata dai concorsi i quali faranno attendere ulteriormente i farmacisti che gestiscono in via provvisoria farmacie urbane. Tutto ciò mi sembra discriminante nei confronti di questi ultimi. Vi è inoltre da discutere sulla differenziazione dei «tre anni» e dei «cinque anni».

MONACO. Devo confessare che mi perdo un poco in quello che è l'ingranaggio e l'intreccio con cui si formano le varie leggi. L'emendamento del senatore Fimognari, nel nostro caso, riguarda la concessione della sanatoria anche per le farmacie non rurali, e su questo sono perfettamente d'accordo con lui, perchè se siamo in regime di sanatoria, questa deve essere decretata per tutti, con la speranza che prima o poi si giunga ad una normalizzazione nella vita del paese e non ci sia più bisogno di sanatorie. Tuttavia, poichè si sta discutendo della

farmacie rurali, il nostro interesse dovrebbe limitarsi solo a queste e agli emendamenti che le riguardano. Solo così potremo capire in che «mare» ci muoviamo, se nell'oceano, in un mare chiuso, in un lago. Se non si seguirà questa linea si creerà una tale confusione che persino chi desidera effettivamente legiferare, senza basarsi su determinate scelte politiche o assunzioni di raccomandazioni, non potrà farlo.

MERIGGI. Voglio ribadire che il nostro Gruppo desidera attenersi alla linea di correttezza e severità indicata in precedenza dal relatore per evitare di stravolgere il provvedimento con emendamenti vari. Quindi, riteniamo giusto che questo disegno di legge istituisca una sanatoria per le farmacie rurali e non affronti il problema di quelle urbane.

Per questa ragione siamo contrari all'emendamento.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, desidero chiedere al relatore, prima che la Commissione si accinga a votare sull'articolo 1, di illustrare anche l'articolo 2, perchè solo dal combinato disposto degli articoli 1 e 2 si potrà evincere, in modo più sistematico, il quadro globale delle decisioni prese in sede di Sottocommissione. Chiedo questo al fine di facilitare le eventuali prese di posizione.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente per quanto riguarda l'articolo 1 avevamo previsto una sanatoria solo per le farmacie rurali gestite continuativamente per almeno tre anni, mentre vi è da dire che all'articolo 2, nel testo che ci era pervenuto dalla Camera dei deputati, si prevedeva la sanatoria anche per quelle urbane.

Dunque, la nostra intenzione era di mantenere la classificazione fatta dalla Camera dei deputati all'articolo 2, destinandola però solo alle farmacie rurali. Si avrebbe così che hanno diritto a conseguire la titolarità della farmacia (ripeto, solo quelle rurali) coloro che hanno gestito continuativamente per tre anni una farmacia, coloro che l'hanno gestita saltuariamente per un periodo di cinque anni, coloro che hanno svolto l'attività professionale come titolari, direttori o collaboratori per un periodo di almeno cinque anni.

Per quanto riguarda l'emendamento del senatore Fimognari devo dire che mi rendo conto che esiste un problema di revisione della cosiddetta ruralità - è un discorso che probabilmente presto dovremo affrontare - però non possiamo accettarlo in quanto nelle direttive di questa Commissione non era contemplato tale problema.

PRESIDENTE. Comunque, a questo punto, è bene che il Governo esprima il suo parere sia sugli emendamenti risultanti dalla discussione in sede di Sottocommissione sia su quello del senatore Fimognari.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Per quanto riguarda l'articolo 1, primo comma, il Governo è favorevole all'inserimento del termine «continuativamente» dopo la parola «gestiscono», come è favorevole all'emendamento tendente a sostituire le parole «essendo stata pubblicata e non impugnata la graduatoria definitiva»

con le altre «essendo stato espletato il concorso». Inoltre, condivide la scelta che il provvedimento al nostro esame debba essere limitato esclusivamente alle farmacie rurali.

Il Governo esprime parere contrario all'emendamento del senatore Fimognari.

JERVOLINO RUSSO. Poco fa avevo posto una domanda al relatore che aveva il fine precipuo di rendere più chiaro un punto in particolare del testo - premetto che, dal mio punto di vista, non vi sono problemi alla esclusione delle farmacie urbane dai benefici previsti nel disegno di legge e, di questo, mi scuso con il senatore Fimognari - e a questo scopo avevo chiesto l'illustrazione congiunta degli articoli 1 e 2, perchè in quest'ultimo si allargano i benefici del provvedimento anche a coloro che hanno svolto l'attività professionale come titolari, direttori o collaboratori.

La domanda che vorrei nuovamente porre, dato che non ho avuto esauriente risposta dal relatore, è questa: colui che ha gestito in via non continuativa una o più farmacie rurali di quanto tempo ha bisogno per avere diritto alla sanatoria, di tre anni o di cinque anni?

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Di cinque anni.

JERVOLINO RUSSO. A questo punto desidero riprendere il discorso su un problema che avevo già prospettato nella scorsa seduta. Secondo me, infatti, credo si commetta un'ingiustizia chiedendo un periodo di gestione di cinque anni anzichè di tre a soggetti che già sono stati svantaggiati per avere gestito non una, ma una serie di farmacie, pur avendo questi gli stessi identici titoli di coloro che invece hanno avuto la fortuna di gestirne una sola. Stiamo attenti perchè vi possono essere obiezioni anche dal punto di vista della legittimità costituzionale.

Stiamo attenti, perchè si tratta di farmacisti aventi gli stessi titoli e che, per circostanze indipendenti dalla loro volontà, sono stati collocati per tre anni l'uno nella stessa farmacia, l'altro invece in farmacie diverse. Per sanare tale situazione al primo si richiedono tre anni, al secondo cinque.

Non riesco a comprendere la *ratio* di questa distinzione, ferma restando forse la necessità di prevedere un periodo di cinque anni qualora si tratti di collaboratori o di altre figure.

PRESIDENTE. Qualcuno desidera intervenire in merito al problema sollevato dalla senatrice Jervolino Russo?

MONACO. Sono contrario all'inserimento della parola «continuativamente», perchè un farmacista il quale ha gestito per tre anni una farmacia rurale in assenza di concorsi, ritengo abbia il diritto di essere agevolato.

FIMOIGNARI. Concordo con quanto detto dalla senatrice Jervolino Russo. Si opererebbe, infatti, una discriminazione tra chi ha avuto la fortuna di svolgere per tre anni, continuativamente, la propria attività di farmacista in una farmacia rurale e chi, invece, pur avendo svolto tale

attività per lo stesso periodo di tempo, l'ha dovuta svolgere in più farmacie.

Quindi la parola «continuativamente» potrebbe essere eliminata e si potrebbe considerare sufficiente l'aver svolto per tre anni di seguito l'attività di farmacista, in una o in più farmacie.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Con l'inserimento dei cinque anni si intende differenziare coloro che hanno gestito una farmacia rurale continuativamente da coloro che, invece, hanno gestito in modo saltuario una farmacia, non necessariamente rurale, potendosi trattare anche di una farmacia urbana.

Si vuole, quindi, evitare di porre sullo stesso piano due situazioni che comportano sacrifici di differente entità. Infatti, per quanto riguarda il periodo dei cinque anni, non si fa specificamente riferimento a farmacie rurali, pertanto può essere compresa in tale periodo, anche se con interruzioni, la gestione di farmacie urbane.

PRESIDENTE. La discussione ha fatto emergere alcuni problemi che forse non erano stati sufficientemente approfonditi in sede di Sottocommissione e mancano ancora alcuni dati di ordine informativo che giustamente la relatrice Colombo Svevo ha richiesto.

Sarebbe pertanto opportuno sospendere i lavori affinché la Sottocommissione possa riunirsi per approfondire i problemi scaturiti dalla discussione.

SELLITTI. Desidero avanzare la medesima proposta, anche perché potremmo poi procedere con maggiore speditezza.

PRESIDENTE. La seduta potrebbe quindi riprendere con l'esame del secondo punto all'ordine del giorno, per passare nuovamente all'esame di questo provvedimento non appena la Sottocommissione avrà esaminato le questioni sollevate. Poiché non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

I lavori vengono sospesi alle ore 11,10 e riprendono alle ore 12,10.

«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 dei senatori Bompiani ed altri (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*);

«Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadaveri 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*)
(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni 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, Melotto, Meriggi, Cali, Ferrara Nicola, Imbriaco, Melandri, Ongaro Basaglia, Sellitti, Trotta, Sclavi, Alberti, Muratore, Di Nicola, Rossi e Fimognari; «Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadaveri a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico».

Riprendiamo la discussione sospesa il 3 ottobre scorso.

CALÌ. Signor Presidente, signor Sottosegretario, desidero innanzitutto esprimere apprezzamento e soddisfazione per il fatto che i due disegni di legge sulla nuova disciplina relativa ai trapianti di organi e di tessuti, siano finalmente venuti all'esame della Commissione; sia perchè attengono ad una problematica che diventa sempre più attuale, sia perchè riteniamo che rispondano alle attese degli operatori sanitari e soprattutto di una vasta platea di cittadini, più degli altri disegni di legge. Il numero dei disegni di legge presentati sull'argomento in questo ultimo quinquennio è davvero considerevole ed è la testimonianza da una parte dell'interesse e dell'impegno che comprensibilmente il Parlamento pone per la soluzione di questo problema, dall'altra delle enormi difficoltà di individuare uno strumento legislativo che finalmente possa rendere praticamente attuabile l'operazione di trapianto, tenuto conto dei molteplici ostacoli di carattere organizzativo, tecnico, etico, scientifico, religioso, eccetera. A questo proposito riteniamo che i due disegni di legge che abbiamo cominciato ad esaminare con la relazione del senatore Condorelli, rappresentino, pur con qualche necessaria modifica, l'ulteriore passo in avanti per il superamento di questi ostacoli che sono stati ripetutamente illustrati nel corso di convegni, simposi e congressi, oppure rappresentati da migliaia di cittadini che vivono in angosciosa attesa. Mi riferisco in particolare agli emodializzati e quindi al trapianto di rene, che poi, almeno per il momento attuale, è il vero problema che esige rapida soluzione. Perciò su questo punto soffermerò soprattutto la mia attenzione. Tale esigenza peraltro è alimentata, per così dire, dalla svolta decisiva cui è pervenuta la tecnica dei trapianti, grazie alle nuove acquisizioni in tema di immunologia, chirurgia, immuno-farmacologia, che hanno concluso la fase detta pionieristica del ventennio 1962-1982, nel corso del quale i trapianti sono stati considerati solo un tentativo, una sperimentazione clinica, mentre oggi possiamo affermare che sono una realtà terapeutica. Ciò grazie soprattutto al fatto che con adeguati trattamenti si riesce a prevenire e soprattutto a pilotare la risposta antitrapianto, piuttosto che ricorrere al trattamento antirigetto convenzionale. Sulla base di questi enormi progressi conseguiti, il trapianto d'organo e soprattutto il trapianto di rene è entrato, si può dire, nella *routine* clinica e insieme alla emodialisi costituisce una delle basi della terapia per l'insufficienza renale cronica in fase terminale. La terapia sostitutiva della insufficienza renale cronica è molto complessa ed ha implicazioni di carattere scientifico, organizzativo ed economico; anzi, a proposito di quest'ultimo punto, per esempio nel nostro paese ogni paziente costa alla società circa 25 milioni l'anno e tale spesa ovviamente è destinata ad aumentare. Secondo una casistica elaborata dall'associazione nazionale

emodializzati, fino al 1982 sono stati registrati oltre 16 mila casi di pazienti in trattamento emodialitico, ai quali ogni anno si aggiungono 60 nuovi pazienti per milione di abitanti, la mortalità media degli emodializzati è del 10 per cento circa. Solo questi dati sono sufficienti, a mio avviso, per dare un'idea della reale dimensione del problema.

Dopo questa premessa (breve per non ripetere cose già dette ed espresse nella relazione del collega, senatore Condorelli) desidero entrare nel merito della relazione stessa e dei due disegni di legge, nn. 408 e 418, con l'intento anche di proporre successivamente qualche emendamento che, a nostro avviso, non stravolgerebbe il significato, i contenuti e gli obiettivi degli stessi disegni di legge.

Ma prima ancora, mi sia consentito esprimere qualche perplessità, per non dire qualche serio dubbio sul titolo dei disegni di legge. E precisamente sulla opportunità che si parli di prelievo di organi di cadavere. Questa perplessità scaturisce da una riflessione: a norma dell'articolo 2 è consentito il prelievo di organi di cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico a norma della legge n. 83 del 1961 - questo è un riferimento non del tutto esatto, ma ne riparleremo in discussione dell'articolato - oppure di cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico (o meglio ad autopsia) di competenza dell'autorità giudiziaria. Il prelievo è altresì consentito in tutti i casi diversi da quelli menzionati; questa ipotesi, come precisa poi il successivo articolo 11, si riferisce a soggetti affetti da lesioni cerebrali, sottoposti a rianimazione. Nei primi due casi, cioè per quanto riguarda i soggetti nei quali si è determinato arresto cardiaco, non vi è dubbio che il termine «cadavere» si addica correttamente. Nella terza ipotesi invece poichè ci si riferisce a soggetti in morte cerebrale, e quindi con attività cardio-respiratoria efficiente, se pur artificialmente ridotta, a me è sorto il dubbio che non sia opportuno parlare di «cadavere». Infatti, se, come sembra, spetta alla scienza giuridica definire la fattispecie «cessazione della vita» e conseguentemente individuare il momento in cui il corpo umano diventa cadavere, questo momento si identifica con la estinzione della soggettività giuridica; e la estinzione della soggettività giuridica, quella che determina il momento dell'apertura della successione, le attribuzioni di situazioni giuridiche soggettive, patrimoniali e non, si ha solo quando cessa ogni forma di attività vitale.

Questo è un problema che è stato ampiamente dibattuto anche in quel convegno che si è svolto a Roma nel marzo di quest'anno nel quale vari relatori, e soprattutto il dottor Giacobbi, si sono soffermati su questo aspetto.

Del resto, anche in tanatologia sinonimo di morte è la cessazione dell'attività cardiaca. Se queste valutazioni sono corrette, o se la questione è soltanto controversa, mi chiedo se non sia il caso di eliminare il termine «cadavere» dal titolo dei disegni di legge. Questo non solo per una questione formale o, per così dire, terminologica, ma anche perchè la questione ha dei riflessi di carattere pratico e sostanziale. Infatti, poichè esiste la possibilità, anche se le probabilità di attecchimento sono modeste, di trapiantare un rene da soggetti in arresto cardiaco, e quindi per così dire da un cadavere in senso stretto, nel qual caso peraltro si realizza l'ipotesi di prelievo in corso di riscontro diagnostico, il non mantenere la differenza tra prelievi da un

paziente in morte cerebrale o in arresto cardiaco, entrambi definiti cadaveri, fa sì che le casistiche siano di difficile lettura. Per esempio, per quanto riguarda le statistiche del *National Nord Italia Transplant Center* non si evince che i trapianti effettuati siano stati realizzati tramite soggetti in morte cerebrale o in arresto cardiaco. Quindi non si riesce a capire se esiste una differenza per quanto riguarda l'attecchimento tra queste due condizioni.

È facile comprendere quale importanza rivesta questo problema perchè nell'ipotesi che anche il rene prelevato in corso di riscontro diagnostico abbia dato o dia ottimi risultati sarebbe risolto il problema del consenso che è richiesto per l'esecuzione del riscontro stesso.

Detto questo, vorrei brevemente soffermarmi su alcuni degli aspetti più controversi della disciplina dei prelievi, quelli che hanno suscitato giudizi molto severi e accese polemiche sull'efficienza della disciplina vigente, cioè della legge n. 644. Indubbiamente, lo rilevava anche il senatore Condorelli, uno dei punti più controversi è la determinazione del consenso al prelievo che quasi unanimemente viene considerato il vero ostacolo alla diffusione dei trapianti nel nostro paese. Nei nostri disegni di legge, bisogna riconoscerlo, non vi sono grosse innovazioni che pure da più parti erano state sollecitate su questo punto. Anzi, la sola differenza tra la normativa vigente e quella da noi proposta consiste nel fatto che i congiunti del donatore non avrebbero più la possibilità di opposizione autonoma, ma semmai potrebbero dichiarare che il loro parente aveva manifestato dissenso al prelievo di un suo organo. È difficile convincersi che questa variazione può risolvere il problema, soprattutto se si tiene conto che nello stato emozionale in cui si trovano i familiari essi sono più propensi a non acconsentire al prelievo, magari anche affermando il falso.

Si comprende perciò come da più parti, come ad esempio con il recente disegno di legge dell'Associazione emodializzati, si proponga l'eliminazione della richiesta del consenso dei familiari, limitando l'obbligo del non prelievo solo nel caso che vi sia stato esplicito dissenso del donatore. A questo riguardo basta ricordare il disegno di legge Aniasi nel quale all'articolo 2 si esclude l'interferenza o l'opposizione dei congiunti che in un momento di estrema emozione non avrebbero la serenità e la ponderazione dei fini altamente sociali ed umanitari dell'operazione. Anche nel disegno di legge n. 1447, presentato alla Camera dei deputati dall'onorevole Pastore ed altri, all'articolo 1 non si riconosce alcun diritto ai congiunti del defunto di opporsi al prelievo di organi.

Il prelievo è sempre consentito dai cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico ed a operazione autoptica. In tutti gli altri casi il prelievo non è consentito quando il defunto o un suo rappresentante legale abbia prima dell'evento letale esplicitamente rifiutato, con dichiarazione scritta, la donazione di organi.

A questo proposito devo confessare che tale posizione mi è sembrata per molto tempo totalmente condivisibile. Però, dopo aver approfondito il problema, mi è sorto qualche dubbio sull'ipotesi dell'abolizione del consenso; non credo che questa abolizione sia indispensabile e non solo per una considerazione di carattere etico, morale o religioso. Da alcune recenti statistiche, cui anche il senatore

Condorelli ha fatto riferimento, sembra che circa 10 mila individui all'anno muoiano in centri ospedalieri per traumi cardiaci, emorragie cerebrali, tumori cerebrali eccetera, e di questi solo 200-250 vengono segnalati come probabili donatori. In realtà, però, mentre tutti potrebbero essere donatori, addirittura di quei 250 solo 170 diventano effettivamente donatori. In altri termini, il consenso viene dato nel 70 per cento dei casi, percentuale che giudico molto considerevole e che ridimensiona a mio avviso la polemica sulla necessità o meno dell'abolizione della richiesta di autorizzazione.

Al contrario, e su questo punto sono perfettamente d'accordo con il relatore, le cause dell'insufficiente numero di trapianti sono sostanzialmente da ricondursi a carenze organizzative o ad insufficiente cultura dei trapianti. Personalmente ritengo che le cifre siano a sostegno della prima ipotesi e la avvalorino contribuendo in modo determinante a far capire qual è lo stato e l'efficienza dei servizi di trapianti esistenti nel nostro paese. Infatti, da una tabella dell'ANED che ciascuno di voi ha potuto studiare si evince che in Italia esistono 21 servizi di trapianti di organi. Da un attento esame, però, si ricava che circa il 50 per cento di tali servizi non ha assolutamente motivo di continuare ad esistere in quanto esplica un'attività estremamente ridotta, discontinua o addirittura del tutto inesistente.

Poichè ovviamente si tratta di centri autorizzati dal Ministero della sanità, per i quali suppongo siano stati stanziati fondi cospicui, riteniamo che il Ministero stesso dovrebbe chiedere conto delle somme erogate, che tra l'altro rappresentano uno dei tanti fattori di sperpero di denaro pubblico, e quindi di appesantimento della spesa sanitaria. Il Ministero, cioè, dovrebbe provvedere al loro recupero ed eventualmente revocare le autorizzazioni a questi centri. Mi pare evidente che nessuno potrà attribuire a carenza legislativa la difficoltà di ottenere il consenso dei congiunti poichè esistono centri che con la normativa vigente eseguono un numero di trapianti molto elevato, e a tale proposito è eloquente la tabella riportata nel documento ANED dalla quale si evince che in alcuni centri, come il Policlinico Umberto I, il numero dei trapianti dal 1970 al 1982 è andato progressivamente crescendo, mentre esistono numerosi altri centri nei quali addirittura si è proceduto solamente a uno o due trapianti nell'arco di molti anni.

In definitiva, quindi, il problema è quasi esclusivamente di carattere organizzativo e questa conclusione potrebbe dare adito a deduzioni molto spiacevoli. In questa sede mi limiterò a citarne solamente una. Mi pare evidente, dall'esame del volume cui ho già fatto cenno, che il numero dei trapianti è molto inferiore laddove più numerosi sono i centri di dialisi e fra questi soprattutto i centri di dialisi privata. Credo che questa considerazione non abbia bisogno di un ulteriore commento.

Altro grosso problema è quello concernente l'accertamento della morte e in particolare del tempo di osservazione. L'articolo 11, infatti, prevede che per verificare lo stato di morte cerebrale è necessario che alcune condizioni - che non sto qui a ripetere - siano ininterrottamente presenti per un periodo di almeno 12 ore. Questo intervallo di tempo è però troppo lungo e comporta una riduzione di efficienza del trapianto del 10-15 per cento, tanto che l'*American neurological association*

ravvisa l'opportunità di ridurlo a 6 ore, e tale indicazione è stata già accolta dalla legislazione di numerosi paesi come ricordava il senatore Condorelli (a pagina 54 della sua relazione). È pur vero che sempre l'articolo 11 del disegno di legge al nostro esame prevede che tale periodo possa essere ridotto a 6 ore qualora si possa documentare, mediante metodi analitici appropriati, l'assenza di sostanze ipnotiche e depressive del sistema nervoso. A questo punto, però, nasce spontanea una domanda: perchè mai non prescrivere obbligatoriamente tale metodo analitico, che del resto è previsto dalla legislazione francese e viene usato per esempio in tutti i centri che fanno capo all'Île de France (mi pare siano sette o otto), tra le condizioni indispensabili e quindi ridurre senz'altro il tempo a 6 ore? A mio parere, questo è un problema di grande rilievo ai fini dei risultati dell'attecchimento, per cui ritengo che la Commissione debba riflettere attentamente in proposito, eventualmente modificando ed adeguando le nostre disposizioni a quelle francesi.

Il terzo punto sul quale desideravo soffermarmi riguarda il contenuto dell'articolo 7, il quale prevede che i medici che effettuano il prelievo di parti di cadavere e successivo trapianto debbono essere diversi da quelli che accertano la morte, e questo al fine di evitare anche il solo sospetto di interesse criminoso al prelievo e al trapianto, come è detto nella parte introduttiva del disegno di legge n. 418. Personalmente, ritengo che questa norma, oltre ad essere estremamente offensiva nei confronti dei medici, sembra superflua. Infatti, l'accertamento della morte (articolo 12) deve essere effettuato da una commissione formata da un medico legale, o in mancanza da un anatomopatologo, da un medico specialista in anesthesiologia e rianimazione e da un medico neurologo, o in mancanza da un medico neurofisiopatologo o da un neuropsichiatra infantile o da un neurochirurgo esperto in elettroencefalografia. Mi chiedo se è mai pensabile che uno degli illustri specialisti che compongono la commissione sia in grado di effettuare un intervento di alta chirurgia quale il trapianto e il prelievo del fegato, di pancreas o di rene e se invece ciò non spetti piuttosto ad un chirurgo che non figura nella commissione, il quale - si badi bene - deve avere peraltro specifiche competenze per ciascuno degli organi indicati. Infatti, per esempio, l'intervento di nefrectomia per una qualsiasi affezione del rene si effettua secondo tecniche e modalità che sono totalmente diverse da quelle che devono essere seguite per prelevare un rene da trapiantare successivamente; basta pensare al modo in cui devono essere trattate le arterie renali se si vogliono evitare danni irreversibili al parenchima renale. Mi si potrebbe obiettare che se è vero che manca un chirurgo nella commissione, uno dei medici elencati potrebbe anche essere specialista in chirurgia, ma a questo punto vorrei dire che non è mai, e non può essere, solo un membro della commissione ad accertare la morte, ma la commissione nella sua collegialità. Quindi, concludo con tale quesito e credo che anche su questo punto si debba comunque aprire una discussione.

L'ultimo punto si riferisce poi ad un problema che riguarda in un certo senso la metodologia del prelievo e del trapianto. Mi riferisco al fatto che purtroppo non è previsto che il cadavere del donatore debba essere sottoposto, dopo il prelievo, a riscontro diagnostico. Questa

secondo me - scusate se parlo da anatomopatologo - è una gravissima carenza, perchè si corre il rischio di trapiantare un rene di un soggetto che sia affetto da gravi lesioni clinicamente silenti. Il donatore potrebbe essere affetto da un tumore nello stadio preclinico che può aver dato metastasi renale, da una tubercolosi silente o da un linfoma, tutte situazioni patologiche non rilevabili dal semplice esame del rene, ma che invece potrebbero essere messe in evidenza dall'autopsia. Ora, mi chiedo se non sia il caso di inserire nel disegno di legge l'obbligo del riscontro diagnostico del donatore. Questo - ripeto - eviterebbe il grosso pericolo di trapiantare con il rene una malattia clinicamente silente.

Mi riservo comunque di entrare nel merito di altri problemi quando la Commissione passerà all'esame degli articoli.

PRESIDENTE. A questo punto, propongo di rinviare il seguito della discussione ad altra seduta.

Non facendosi osservazioni, il seguito della discussione sui disegni di legge è rinviato ad altra seduta.

«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), d'iniziativa dei deputati Ferrari Marte ed altri; Ventre ed altri; Pujia e Bosco Bruno; Anselmi ed altri, approvato dalla Camera dei deputati (Ripresa della discussione dianzi sospesa e approvazione con modificazioni)

PRESIDENTE. Riprendiamo la discussione del disegno di legge n. 864, dianzi sospesa.

Prego il relatore di riferire sulle conclusioni alle quali è giunta la Sottocommissione.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, il Comitato ristretto ha elaborato una riformulazione dell'articolo 1 facendovi confluire anche l'ipotesi che era prevista nell'articolo 2. Il nuovo articolo 1 sarebbe così formulato:

«I farmacisti che gestiscono da almeno tre anni alla data di entrata in vigore della presente legge una farmacia rurale in via provvisoria ai sensi dell'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e integrazioni, hanno diritto, per una sola volta, a conseguire la titolarità della farmacia, purchè la stessa al momento della presentazione della domanda di cui al successivo articolo 3 non sia assegnata con l'effettivo rilascio della prescritta autorizzazione o non sia in via di assegnazione essendo stato espletato il concorso».

A questo punto si propone un comma aggiuntivo che specifichi meglio come viene calcolato questo periodo dei tre anni su cui si erano sollevate alcune osservazioni:

«Il periodo di tre anni di gestione di cui al primo comma viene calcolato in via continuativa, ovvero per sommatoria di servizi prestati,

in qualità di titolare, direttore o collaboratore di farmacia, nell'arco degli ultimi sei anni con interruzioni non superiori a un semestre, purchè al momento dell'entrata in vigore della presente legge il beneficiario gestisca la farmacia da almeno un anno». Segue poi, invariato, il terzo comma del testo originale.

Quindi, praticamente, si è sostituita, per rifarmi alle tre fattispecie da cui eravamo partiti, la durata dei cinque anni, che avevamo inizialmente previsto, con la durata dei tre anni, ma in compenso il beneficiario deve gestire la farmacia rurale da almeno un anno. Inoltre, si introduce la precisazione che i tre anni devono essere compresi nell'arco degli ultimi sei anni.

PRESIDENTE. Prima di passare alla votazione degli emendamenti all'articolo 1, faccio presente che la Sottocommissione ha deciso di ritirare l'emendamento tendente ad inserire all'inizio del primo comma dello stesso articolo, dopo la parola «gestiscono» la parola «continuativamente». Per quanto riguarda l'emendamento presentato dal senatore Fimognari, tendente a far conseguire i benefici di cui all'articolo 1 sia ai gestori provvisori di farmacie rurali da almeno tre anni, sia a coloro che abbiano gestito una farmacia urbana da almeno cinque anni dalla data di entrata in vigore del provvedimento, non essendo il senatore Fimognari presente, si intende che vi abbia rinunciato.

Metto ora ai voti l'emendamento del relatore tendente a sostituire, alla fine del primo comma, le parole «essendo stata pubblicata e non impugnata la graduatoria definitiva» con le altre «essendo stato espletato il concorso».

È approvato.

Metto ai voti il primo comma nel testo modificato.

È approvato.

Metto ora ai voti l'emendamento del relatore tendente ad inserire dopo il primo comma dell'articolo 1 il seguente comma: «Il periodo di tre anni di gestione di cui al primo comma viene calcolato in via continuativa, ovvero per sommatoria di servizi prestati, in qualità di titolare, direttore o collaboratore di farmacia, nell'arco degli ultimi sei anni con interruzioni non superiori ad un semestre, purchè al momento dell'entrata in vigore della presente legge il beneficiario gestisca la farmacia rurale da almeno un anno».

È approvato.

Metto ai voti il secondo comma (che diviene terzo comma), a cui non sono stati presentati emendamenti.

È approvato.

Metto ora ai voti nel suo insieme l'articolo 1 che, nel testo emendato, risulta così formulato:

Art. 1.

I farmacisti che gestiscono da almeno tre anni alla data di entrata in vigore della presente legge una farmacia rurale in via provvisoria, ai sensi dell'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e integrazioni, hanno diritto, per una sola volta, a conseguire la titolarità della farmacia, purchè la stessa al momento della presentazione della domanda di cui al successivo articolo 3 non sia stata assegnata con l'effettivo rilascio della prescritta autorizzazione o non sia in via di assegnazione essendo stato espletato il concorso.

Il periodo di tre anni di gestione di cui al primo comma viene calcolato in via continuativa, ovvero per sommatoria di servizi prestati, in qualità di titolare, direttore o collaboratore di farmacia, nell'arco degli ultimi sei anni con interruzioni non superiori ad un semestre, purchè al momento dell'entrata in vigore della presente legge il beneficiario gestisca la farmacia rurale da almeno un anno.

È escluso dal beneficio il farmacista che abbia già trasferito la titolarità di altra farmacia, ai sensi dell'articolo 12, quarto comma, della legge 2 aprile 1968, n. 475.

È approvato.

Passiamo all'articolo 2.

Ne do lettura:

Art. 2.

Per quanto previsto dall'articolo 1 della legge 28 febbraio 1981, n. 34, sono calcolati anche i periodi saltuari ma con interruzioni non superiori ad un semestre, nonchè l'attività professionale svolta come titolare, come direttore o come collaboratore per un periodo di almeno cinque anni, anche non continuativi, purchè la singola interruzione non sia superiore ad un semestre.

Il periodo di cui al comma precedente è ridotto a tre anni per le farmacie rurali.

Il relatore ha presentato un emendamento tendente a sostituire l'intero articolo con il seguente:

Art. 2.

Le disposizioni di cui all'articolo 1 si applicano anche alla gestione di farmacie ubicate nei comuni dichiarati disastri ai sensi dell'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 aprile 1981 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 9 maggio 1981, ed alle sedi resesi vacanti in conseguenza del verificarsi delle condizioni previste

dall'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 28 novembre 1981, n. 678, come modificato dalla legge di conversione 26 gennaio 1982, n. 12.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. L'emendamento sostitutivo dell'articolo 2 riguarda casi del tutto particolari - ma che riteniamo di dover sottoporre all'attenzione della Commissione - che secondo me devono beneficiare della sanatoria. Con tale disposizione infatti la sanatoria verrebbe applicata anche alle farmacie ubicate nei comuni dichiarati disastri ai sensi dell'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 30 aprile 1981 ed alle sedi resesi vacanti in conseguenza del verificarsi delle condizioni previste dall'ultimo comma dell'articolo 1 del decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678, come modificato dalla legge di conversione 26 gennaio 1982, n. 12. L'ultimo comma di tale articolo consentiva la titolarità della gestione provvisoria ai farmacisti che da zone disastrose avevano ottenuto un'altra sede, lasciando vacanti quelle del territorio di provenienza. È, come sapete, un beneficio limitato in quanto tali comuni sono ben identificati, si conoscono le sedi e il numero di queste farmacie.

CAMPUS. Signor Presidente, non sono contrario a tale emendamento, tuttavia se si applica la sanatoria anche a farmacie urbane, pur comprese in zone disastrose, il principio dovrebbe essere esteso a tutte le farmacie urbane in generale, onde evitare discriminazioni.

RANALLI. A mio parere, approvando tale emendamento si sconfinava verso l'abbondanza e si cade in contraddizione con i principi di rigore e severità che il relatore aveva sottolineato all'inizio di questa discussione; a questo punto mi sembra giusto quanto affermava poco fa il senatore Campus.

Invito dunque il relatore ad attenersi a quei principi che il relatore aveva raccomandato.

MELOTTO. Mi permetto invece di sostenere l'approvazione di questa norma che completa il disposto del decreto del Presidente del Consiglio. I comuni disastri ai quali quest'ultimo fa riferimento sono ben identificati, così pure il numero delle farmacie che usufruirebbero di questi benefici.

RANALLI. Tenga presente, senatore Melotto, che alla Camera dei deputati potrebbero estenderli anche ad altri comuni del Lazio, Umbria, eccetera.

MELOTTO. Non sono d'accordo perchè ritengo che le decisioni prese in questo ramo del Parlamento devono essere indipendenti dalle decisioni che possono essere prese alla Camera dei deputati.

RANALLI. Dovrà ricredersi.

MELOTTO. Mi auguro di no.

CONDORELLI. Signor Presidente, condivido quanto ha affermato il senatore Melotto. Non dovrebbero sorgere preoccupazioni di alcun

genere, perchè esiste un decreto del Presidente del Consiglio che precisa in modo chiaro quali sono i comuni disastrati. Ne vorrei citare alcuni: Lioni, Conza della Campania, S. Angelo dei Lombardi. Se in futuro dovesse presentarsi lo stesso problema per l'Umbria od il Lazio vi sarà, anche in questo caso, un decreto simile con un'altra elencazione. Se ciò dovesse verificarsi, provvederemo nella maniera opportuna.

PRESIDENTE. Vorrei sollecitare un'attenzione particolare per questo problema in quanto l'evento sismico del 1980 ha prodotto un riassetto territoriale che non permette più di distinguere le farmacie rurali da quelle urbane.

Ritengo, quindi, vi sia una necessità oggettiva per quanto riguarda questo limitato caso.

CAVIGLIASSO, sottosegretario di Stato per la sanità. Considerando che vi è un elenco estremamente preciso dei comuni nel decreto del Presidente del Consiglio, ritengo di poter esprimere parere favorevole all'emendamento.

COLOMBO SVEVO, relatore alla Commissione. L'introduzione di questo emendamento non credo sia lesiva di una linea che ci siamo complessivamente dati, in quanto non si tratta di favorire le farmacie urbane in generale, e questo lo dimostra il fatto che in questo senso abbiamo respinto numerose proposte, ma di andare incontro ad esigenze molto bene identificate e che non possono in nessun modo far cambiare quello che è lo spirito della legge.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare metto ai voti l'articolo 2 nel nuovo testo presentato dal relatore e di cui è stata data lettura.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 3. Ne do lettura:

Art. 3.

Le domande, debitamente documentate, devono pervenire, a pena di decadenza, all'autorità sanitaria competente per territorio entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

L'accertamento dei requisiti previsti dagli articoli precedenti è effettuato entro un mese dalla presentazione delle domande.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 4. Ne do lettura:

Art. 4.

Il terzo comma dell'articolo 104 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, è sostituito dal seguente:

«Le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sulla base del piano sanitario regionale, quando particolari esigenze dell'assistenza farmaceutica locale, in rapporto alle condizioni topografiche e di viabilità, lo richiedano, possono stabilire, in aggiunta o in sostituzione del criterio della popolazione, sentita la unità sanitaria locale competente per territorio, un limite di distanza per il quale ogni nuova farmacia disti almeno 2.000 metri da quelle esistenti».

A questo articolo sono stati presentati dalla relatrice Colombo Svevo due emendamenti. Il primo tende a sopprimere le parole «sulla base del piano sanitario regionale», il secondo tende a sostituire la parola «2.000» con la parola «1.000».

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Il primo emendamento ha motivazione nel fatto che, secondo la Sottocommissione, un'indicazione di questo genere potrebbe poi vanificare la procedura prevista dall'articolo. Per quanto riguarda il secondo emendamento, la proposta di sostituire la parola «2.000» con la parola «1.000» tiene ferma comunque l'esigenza di evitare un concentramento di farmacie che potrebbe portare ad un disservizio soprattutto nei piccoli comuni. La soluzione proposta è certo mediana ma, essendo transitoria la normativa, potrà forse dare possibilità di sperimentazioni in questo senso.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Circa il primo emendamento, tendente a sopprimere le parole «sulla base del piano sanitario regionale» il Governo esprime una riserva. Avendo l'assistenza farmaceutica fini, anche rilevanti, nell'assistenza sanitaria, il fatto che il piano regionale possa prevedere una razionalizzazione, un piano di distribuzione delle farmacie sul territorio, è cosa utile. Pertanto il Governo, pur rimettendosi alle decisioni della Commissione, è dell'avviso che debba mantenersi la formulazione contenuta nel testo della Camera.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

MERIGGI. Vorrei precisare che la soppressione dell'inciso «sulla base del piano sanitario regionale» non significa assolutamente rinunciare ad avere i piani sanitari, bisognerebbe, al contrario, accelerare i tempi per avere sia quello nazionale che quelli regionali. Il problema è che la norma, così come formulata, sarebbe in concreto inattuabile.

Quindi, proprio per poter attuare la norma si chiede la soppressione dell'inciso. Avevo, personalmente, alcune perplessità riguardanti la distanza di 2.000 metri, perplessità che permangono anche riguardo alla soluzione intermedia di 1.000 metri. Tuttavia siamo favorevoli all'emendamento essendo questo nella direzione di quanto da noi proposto.

MELOTTO. Desidero sottolineare, con riguardo alla proposta soppressione del riferimento al piano sanitario regionale, che la legislazione autorizzativa delle farmacie è già particolarmente dettaglia-

ta e, infatti, non v'è piano sanitario regionale che abbia recepito una normativa di programmazione delle farmacie.

Lasciare questo inciso, quindi, significherebbe solo rendere di difficile applicabilità la normativa in questione. Quando si provvederà al riordino dell'intera materia sarà forse opportuno un tale riferimento, ma in questa fase mi sembra superfluo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento presentato dal relatore, tendente a sopprimere le parole «sulla base del piano sanitario regionale».

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento presentato dal relatore, tendente a sostituire la parola «2.000» con la parola «1.000».

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 4 nel testo modificato.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 5. Ne do lettura.

Art. 5.

Ove le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano non provvedano a bandire il concorso per l'assegnazione delle farmacie vacanti o di nuova istituzione nel termine previsto dall'articolo 3, primo comma, della legge 2 aprile 1968, n. 475, il commissario di Governo, previa diffida, provvede nei trenta giorni successivi a nominare un commissario straordinario incaricato dell'indizione del bando di concorso e del relativo espletamento, fino alla assegnazione delle farmacie ai relativi vincitori.

Il commissario straordinario si avvale degli uffici della unità sanitaria locale competente per territorio e risponde del suo mandato al commissario del Governo.

A questo articolo è stato presentato dal relatore il seguente emendamento, sostitutivo della prima parte del secondo comma fino a «territorio»: «Il commissario straordinario si avvale degli uffici di una unità sanitaria locale compresa nel territorio oggetto del concorso».

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Nell'articolo 5 si fa riferimento ad un'unica unità sanitaria locale, quasi che il concorso avvenga per unità sanitarie locali. L'emendamento è volto, quindi, ad introdurre un chiarimento in tal senso.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Esprimo parere favorevole.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'emendamento, presentato dal relatore, sostitutivo del secondo comma.

È approvato.

Passiamo alla votazione dell'articolo.

MERIGGI. Per le ragioni già esposte nell'ultima seduta, sono contrario a questo articolo.

PRESIDENTE. Metto ai voti l'articolo 5 nel testo modificato.

È approvato.

Passiamo all'esame dell'articolo 6. Ne do lettura:

Art. 6.

Il settimo comma dell'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, è sostituito dai seguenti:

«Al farmacista che abbia trasferito la propria farmacia è consentito, per una volta soltanto nella sua vita, ed entro due anni dal trasferimento, di poter acquistare un'altra farmacia senza dover superare il concorso per l'assegnazione di cui al quarto comma.

Il trasferimento di farmacia può aver luogo a favore di farmacista, iscritto all'albo professionale, che abbia conseguito l'idoneità o che abbia almeno un anno di pratica professionale, certificata dall'autorità sanitaria competente.

Ai fini della pratica professionale il titolare di farmacia deve comunicare alla autorità sanitaria competente le generalità del farmacista praticante, la data di effettivo inizio nonché di effettiva cessazione della stessa.

Le suddette comunicazioni devono essere trascritte in apposito registro tenuto dall'autorità sanitaria competente che è tenuta ad effettuare periodiche verifiche sull'effettivo svolgimento della pratica professionale».

A questo articolo è stato presentato dal relatore un emendamento inteso a sostituire al secondo comma della novella le parole «un anno» con le parole «due anni».

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Ho già spiegato la motivazione dell'emendamento. Si è cercato di rendere il farmacista il più preparato possibile a conseguire poi la titolarità della farmacia e, da questo punto di vista, due anni di pratica professionale sono sembrati il minimo che si potesse richiedere.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, dico subito che sarei favorevole invece al mantenimento del testo pervenutoci dalla Camera dei deputati. Posso anche capire, in linea generale, la perplessità nel

sostituire l'esame di idoneità con la pratica professionale, però, una volta accettato il principio di questa sostituzione, ci troviamo di fronte a professionisti che hanno naturalmente una laurea in farmacia, che hanno anche fatto un esame di abilitazione professionale, che hanno poi espletato già un anno di pratica professionale all'interno di una categoria (certamente non vorrei in questo momento sottovalutarla o denigrarla) che nella sostanza vede sempre più il farmacista non come colui che fabbrica le medicine, ma come colui che vende prodotti fabbricati industrialmente.

A questo punto credo che avere la laurea, l'abilitazione ed un anno di pratica professionale costituisca garanzia adeguata.

MERIGGI. Siamo favorevoli alla proposta del relatore, anche perchè questo è il frutto del lavoro svolto in Comitato ristretto.

SELLITTI. Per onor del vero, in Comitato ristretto non abbiamo definito che dovesse trattarsi di due anni. Voglio cogliere questa occasione per far riflettere ancora. Se questa correzione portasse la Camera dei deputati a rimmetterci ancora il disegno di legge, ne deriverebbe un danno; per cui penso che sia meglio non trasformare ulteriormente il testo al nostro esame: abbiamo già aggiunto molto. So che la relatrice potrebbe aver ragione, ma - ripeto - è meglio non alterare troppo il disegno di legge.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, naturalmente voterò per il mantenimento del testo della Camera; tuttavia voglio porre un quesito, indipendentemente dal voto. Il quesito riguarda la validità della pratica pregressa, cioè precedente alla entrata in vigore della legge, purchè naturalmente certificata dalla unità sanitaria competente, se cioè tale pratica debba cominciare dopo l'entrata in vigore della legge o se, come ritengo io, purchè sia stato certificato, purchè sia accertabile, possa essere computato anche il periodo espletato precedentemente.

Per quel tanto che valgono i lavori preparatori di una legge ai fini dell'interpretazione di essa, vorrei che questa interpretazione resti acquisita agli atti della Commissione.

MERIGGI. Dato che Sellitti ha rilevato che il Comitato ristretto non ha votato questo aspetto specifico, dico che questo a me non risultava; non ricordavo cioè che il senatore Sellitti aveva fatto questa puntualizzazione e quindi davo per acquisito quanto ho detto prima.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Per la verità, il Comitato ristretto aveva proposto effettivamente un periodo di due anni, raccogliendo una indicazione ed alcune perplessità emerse nella stessa Commissione che avevano messo in discussione la possibilità della sostituzione del titolo di idoneità con solo un anno di praticantato. Siccome la sostituzione sembrava squilibrata rispetto al concorso e siccome i concorsi avvengono ogni due anni, ci è sembrato opportuno fare la proposta mediana di un periodo di pratica lungo due anni. Come relatore ritengo ancora di dover insistere per i due anni, ritenendo che l'ipotesi prevista dalla senatrice Jervolino Russo non è esclusa dalla legge.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole all'emendamento proposto dal Comitato ristretto.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento all'articolo 6 presentato dal relatore, di cui è stata data lettura.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 6 nel testo emendato.

È approvato.

Art. 7.

Il secondo comma dell'articolo 3 della legge 28 febbraio 1981, n. 34, è sostituito dal seguente:

«Qualora il figlio o il coniuge superstite del farmacista titolare e proprietario risultino iscritti alla facoltà di farmacia, in qualità di studenti presso università statali o abilitate a rilasciare titoli aventi valore legale, il periodo, di cui al comma precedente, è prorogato sino alla data del conseguimento da parte del figlio o del coniuge dei titoli e requisiti previsti dalla legge, e comunque non oltre sei anni dalla morte del titolare e proprietario».

A questo articolo sono stati presentati due emendamenti. Il primo è del relatore, senatrice Colombo Svevo, e tende a sostituire la parola «sei» con l'altra «sette».

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Questo emendamento è conseguente alla approvazione dell'altro all'articolo precedente. Il periodo previsto dall'articolo 7 viene aumentato da sei a sette anni.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento presentato dal relatore.

È approvato.

Il secondo emendamento è stato presentato dai senatori Melotto e Colombo Svevo, e tende ad aggiungere in fine il seguente comma: «Le disposizioni di cui al comma precedente hanno effetto dal 1° luglio 1984».

MELOTTO. Con questo emendamento si vuole consentire che i benefici di cui all'articolo 7 abbiano decorrenza dalla data dell'approvazione di questo disegno di legge alla Camera dei deputati.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il parere del Governo è favorevole a questo emendamento.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento presentato dai senatori Melotto e Colombo Svevo.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 7 nel testo emendato.

È approvato.

Da parte del senatore Costa, è stato presentato un emendamento tendente ad aggiungere un nuovo articolo dopo l'articolo 5. Ne do lettura:

«Dopo il primo comma dell'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, viene aggiunto:

... Il periodo di cui al comma precedente è ridotto a 2 anni per le farmacie rurali».

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Pregherei il senatore Costa di ritirare il suo emendamento e mi dichiaro comunque contraria ad esso per il fatto che, sempre in Comitato ristretto, abbiamo stabilito di non intervenire con altre modificazioni per quanto riguarda la legge sulla istituzione delle farmacie, rispetto al testo trasmessoci dalla Camera dei deputati. Si tratta ora di ritoccare non la sanatoria, nè elementi già approfonditi dalla Camera, ma di cambiare il momento in cui può essere consentita la vendita delle farmacie. Può anche darsi che si tratti di un problema da rivedere, anche collegandolo al discorso della ruralità, ma riteniamo che sia inopportuno inserire un nuovo articolo all'interno della legge.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è contrario.

PRESIDENTE. Senatore Costa, insiste per la votazione?

COSTA. Sì, signor Presidente, chiedo che sia comunque votato l'emendamento.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento presentato dal senatore Costa.

Non è approvato.

L'esame degli articoli è così esaurito.
Passiamo alla votazione finale.

RANALLI. Annuncio che ci asterremo nella votazione conclusiva sul disegno di legge per le seguenti motivazioni. Abbiamo considerato questo provvedimento necessario; ci siamo tuttavia resi conto che esso era condizionato fortemente da due situazioni di fatto: in primo luogo si trattava di una sanatoria, che ha in sè ragioni di particolare delicatezza e di riflessione; in secondo luogo esso è vincolato da un testo proveniente

dalla Camera dei deputati che non poteva essere stravolto. Quindi, si tratta di un provvedimento necessario per sanare una situazione di fatto, reale e particolarmente complessa in un contesto del Paese particolarmente disagiato e depresso.

Queste sono le motivazioni positive a favore del provvedimento, per il quale ci siamo mossi e per il quale il senatore Meriggi ha collaborato all'interno del Comitato ristretto. Tuttavia, ritenevamo che si dovesse agire in ambiti di maggior rigore; il relatore ha difeso questo rigore, però alcuni fatti l'hanno smentito. Il fatto di avere allargato i benefici di una legge previsti per le aree rurali anche alle aree urbane è un elemento di non sufficiente fermezza nella difesa di benefici che andavano riservati alle sole aree rurali.

Non ci convince neppure la decisione di demandare al commissario di Governo l'esercizio del potere sostitutivo. Del resto questo lo abbiamo detto già in altre circostanze.

Queste ragioni ci fanno ritenere che la posizione del Gruppo comunista possa essere espressa meglio da un voto di astensione che da un voto favorevole. Per queste ragioni, dunque, onorevole presidente, il Gruppo comunista si asterrà nel voto conclusivo di questo disegno di legge.

MONACO. A differenza di tutte le altre sanatorie, nelle quali noi abbiamo assistito all'infiltrazione clientelare di persone che dopo essere penetrate in un ambiente hanno ottenuto il favore di essere sanate nella loro posizione, dobbiamo dire che in questo caso si tratta di lavoratori che senza raccomandazioni hanno cercato di trovare un campo dove estrinsecarsi e che non hanno alcuna colpa per il mancato espletamento di concorsi.

Quindi, per questa ragione, pur essendo, come sapete, contrario personalmente a tutte le forme di sanatoria, ritengo che in questo caso non si tratti di sanare, ma di riconoscere il diritto di continuare a lavorare in una funzione ufficiale da parte di questi laureati che molto spesso si sono trovati in posizioni veramente non facili.

Pertanto il Gruppo del Movimento sociale italiano-Destra nazionale voterà a favore di questa sanatoria.

MELOTTO. Voglio parlare molto poco e senza entusiasmi perchè non credo che le sanatorie consentano entusiasmi. Abbiamo ricevuto il testo di questo disegno di legge dalla Camera, e credo che il lavoro fatto sia in sostanza una «pulitura» che finalizza la sanatoria particolarmente alle farmacie rurali. Credo inoltre che l'eccezione fatta per questi pochi comuni e per le scarsissime situazioni che nella fattispecie si verificano nelle zone disastrose meritava di essere definita con molta celerità; credo anche che tutto ciò che scaturisce dal disegno di legge per questi motivi sia sostanzialmente positivo.

Quindi tutto ciò che avevamo sempre sostenuto circa il non procedere più a sanatorie per operare direttamente sulle cause credo sia ancora valido a questo proposito. Credo infatti che l'articolo 5 di questo disegno di legge finalmente indichi la strada giusta per eliminare le cause di possibili future sanatorie. Infatti non è immaginabile che i concorsi non vengano indetti e che si lascino delle persone in attesa per

anni per poi procedere, giudicandola la via più semplice, con una sanatoria. Si tratta di una strada nuova, quella del potere sostitutivo, e non sta a noi esprimere dei giudizi di merito; l'importante è che si sia imboccata finalmente una strada nuova. Abbiamo chiesto al Governo che sia una strada univoca e che ad ogni provvedimento di legge non subentri una autorità diversa che potrebbe causare nel cittadino indecisione e incertezza.

Per questi motivi credo che la sanatoria sia stata in questa sede migliorata in base ai fini che tutti ci eravamo proposti, perciò credo di poter esprimere a nome del Gruppo della Democrazia cristiana voto favorevole su questo disegno di legge.

SELLITTI. Esprimo voto favorevole anche da parte del Gruppo socialista anche se personalmente non so quanto abbia potuto contribuire a migliorare o meno questa sanatoria. Ho agito comunque con piena coscienza per poter arrivare a un effettivo miglioramento di questo disegno di legge.

PRESIDENTE. Voglio anzitutto ringraziare vivamente il relatore, senatrice Colombo Svevo, la Sottocommissione incaricata dell'esame preliminare del disegno di legge, ed infine tutti i colleghi per aver contribuito a rendere il testo di questo disegno di legge più chiaro, meno ambiguo ed averne consentito la sollecita lettura e approvazione. Ritengo che questo sia stato uno sforzo legislativo meritevole di un giudizio positivo per se stesso.

Poichè nessun altro domanda di parlare per dichiarazione di voto, metto ai voti il disegno di legge nel suo complesso nel testo modificato.

È approvato.

I lavori terminano alle ore 13,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOT. ETTORE LAURENZANO