SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

38° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 NOVEMBRE 1985

(Antimeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Interrogazioni

PRESIDENTE ..... *Pag.* 1, 8, 11 e *passim*
ALBERTI *(Sin. Ind.)* 8
DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità* 3, 8, 13
VASSALLI *(PSI)* 6

Disegni di legge in sede deliberante

«Norme in materia di particolari strutture sanitarie» **(1558)** d'iniziativa dei senatori Mancino ed altri

(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione* ..... 15, 20, 22 e *passim*
ALBERTI *(Sin. Ind.)* 21
BOTTI *(PCI)* 19
CONDORELLI *(DC)* 18
DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità* 23
GALDIERI *(MSI-DN)* 21
IMBRIACO *(PCI)* 24
MELOTTO *(DC)* 19, 20, 23
MITTERDORFER *(Misto-SVP)* 20, 23
RANALLI *(PCI)* 16, 20, 21
SIGNORELLI *(MSI-DN)* 21

I lavori hanno inizio alle ore 9,40.

INTERROGAZIONI

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

La prima interrogazione è del senatore Vassalli. Ne do lettura:

VASSALLI. — *Al Ministro della sanità* — Per conoscere — di fronte all'allarmante ripetersi di casi di persone colpite e condotte a morte, anche in Italia, dalla sindrome denominata AIDS — quali misure di studio, di controllo, di prevenzione e, soprattutto, di informazione siano state sinora adottate o progettate dalle autorità centrali e da quelle regionali.

Si chiede, in particolare, di conoscere se corrisponda a verità che, oltre ai casi di morte ufficialmente dichiarati e a quelli portati a conoscenza del pubblico dalla stampa, i casi accertati di persone affette dalla terribile malattia ammontino ad alcune decine e i casi sospetti superino il centinaio, come pure è

stato pubblicato, e per quali vie possa avvenire che dalla malattia siano colpite anche persone non appartenenti alle varie categorie indicate come portatrici del morbo.

Si rileva con preoccupazione che, a distanza di oltre un mese dalla morte del piccolo Gianluca Cuzzocrea e mentre altri dolorosi episodi si riproducono, non risulta che le autorità competenti siano state in grado di fornire adeguate informazioni ed indicazioni preventive ad una pubblica opinione giustamente allarmata.

(3-00907)

Sullo stesso argomento sono iscritte all'ordine del giorno altre due interrogazioni. Ne do lettura:

ALBERTI, IMBRIACO, ONGARO BASAGLIA, ROSSANDA, BOTTI, CALÌ, MERIGGI. — *Al Ministro della sanità.* — Premesso:

che la stampa e la televisione continuano a diffondere notizie, non sempre corrette, sulla crescente diffusione in Italia della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), creando giustificato allarme nell'opinione pubblica;

che tale allarme è ovviamente amplificato fra i pazienti che hanno necessità di essere sottoposti a terapia trasfusionale, creando grave disagio negli operatori sanitari, allo stato non in grado di escludere dalla donazione di sangue gli eventuali portatori sani, anche per l'elevato costo dei *tests* di controllo,

gli interroganti chiedono di conoscere:

quali sono i dati epidemiologici accertati sulla diffusione in Italia dell'AIDS;

quali misure igienico-sanitarie sono state adottate dal Ministero al fine di controllare la diffusione della malattia e quali direttive sono state impartite ai servizi immunotrasfusionali;

se, al fine di semplificare l'*iter* burocratico, notoriamente molto lungo, dagli acquisti dei *tests* di controllo da parte delle USL, non ritiene che la distribuzione dei *tests* medesimi possa essere fatta direttamente dal Ministero, almeno in questa prima fase di avvio dello *screening*.

(3-00920)

BOMPIANI, JERVOLINO RUSSO, CONDORELLI, CAMPUS, MELOTTO, COLOMBO SVEVO, FIMOGNARI, COSTA, MEZZAPESA, PACINI, BERNASSOLA, FERRARA Nicola. — *Al Ministro della sanità.* — In rapporto alla cresente diffusione di casi di sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) e di casi di linfoadenopatia generalizzata verosimilmente corredata all'AIDS, di cui la stampa, sia tecnico-divulgativa periodica che quotidiana, fornisce continue notizie, si chiede di conoscere quali provvedimenti siano stati assunti dalle autorità sanitarie, sia centrali che regionali e locali, al fine di:

1) promuovere la ricerca epidemiologica per riconoscere con certezza i casi «veri» rispetto ai casi «sospetti», considerando in questo contesto anche l'ipotesi della denuncia obbligatoria di ogni caso «vero»;

2) promuovere l'informazione della popolazione, in particolare di quella giovanile e dei cosiddetti gruppi «a rischio» (tossicodipendenti e omosessuali), circa i rischi di contagio e di trasmissibilità degli agenti virali ed i mezzi per limitarne la diffusione;

3) assicurare la protezione del personale ospedaliero e dei servizi territoriali, nonchè del pubblico, mediante rigorose misure igienico-sanitarie negli ambulatori frequentati dai tossicomani;

4) riconoscere sistematicamente, mediante l'impiego di opportuni *tests* diagnostici, la presenza di anticorpi nel sangue destinato alla donazione, al fine di impedire la trasmissione dell'infezione per via ematica.

(3-00915)

Se non vi sono osservazioni, le tre interrogazioni verranno svolte congiuntamente.

(*Così rimane stabilito*).

Le tre interrogazioni riguardano il problema molto grave dell'AIDS (sindrome di immunodeficienza acquisita). Chiediamo al Governo quindi di informarci sullo stato epidemiologico di questa sindrome e di fornire chiarimenti di ordine medico e sociale sui provvedimenti presi.

Per facilitare la comprensione dell'argomento ho fatto allestire un fascicolo che è

stato distribuito da qualche settimana, il quale raccoglie gli elementi acquisiti dall'Istituto superiore di sanità nel corso delle settimane che hanno preceduto questa seduta, le circolari ministeriali sull'argomento e quindi anche le ultime misure decise dal Governo.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Credo di poter omettere la parte riguardante i dati clinici, cioè quella relativa all'illustrazione del tipo di infezione, al modo in cui presenta la sua forma acuta, al problema dei contagi, ai rapporti sessuali, alle forme cliniche, perchè mi sembra siano ormai elementi noti e in merito ai quali è forse inutile soffermarsi. In ogni caso questi dati verranno poi forniti alla segreteria della Commissione.

Credo invece che si possa iniziare dagli interventi operati e dal sistema di sorveglianza che il Ministero ha adottato.

Il Ministero della sanità ha seguito con tutta attenzione l'evolversi della problematica dell'AIDS sia dal punto di vista conoscitivo-scientifico, sia dal punto di vista epidemiologico per i conseguenti indirizzi operativi, anche per quanto di interesse regionale e locale.

Già nell'agosto 1983, infatti, sebbene non fossero stati segnalati casi accertati di tale sindrome nel nostro Paese, è stata diramata, a seguito del parere espresso dal Consiglio superiore di sanità (7 luglio 1983), la prima circolare n. 64 del 3 agosto 1983 con la quale si fornivano elementi di informazione sulla clinica e l'epidemiologia della sindrome di immunodeficienza acquisita e veniva avviato un programma di sorveglianza nazionale, invitando le Regioni ad individuare strutture idonee alla diagnosi e alla cura dei casi. Nella stessa seduta del Consiglio del 7 luglio 1983 fu istituito un gruppo di studio con l'incarico di studiare e definire una scheda, allo scopo di unificare la raccolta dei dati informativi di ogni singolo caso di malattia per una loro registrazione nazionale.

A conclusione dei lavori del gruppo di studio, fu approvata (seduta del Consiglio nazionale della sanità del 15 dicembre 1983) una «scheda informativa» per la annotazione casistica della sindrome, che fu diramata con una seconda circolare n. 48 del 25 giugno 1984 a tutte le Amministrazioni regionali, affinchè ne curassero la diffusione per la rilevazione epidemiologica — mediante la compilazione — da trasmettere al Ministero della sanità e all'Istituto superiore di sanità presso il quale, nel frattempo, era stato istituito un apposito gruppo di lavoro.

Venivano, intanto, mantenuti costanti rapporti con l'Organizzazione mondiale della sanità e, in particolare, con il Centro di coordinamento europeo, istituito a Parigi per la sorveglianza dei casi di AIDS in Europa e affidata alla direzione del dottor Brunet, al quale periodicamente vengono inviati i dati nazionali.

A seguito del continuo evolversi delle conoscenze cliniche ed epidemiologiche della sindrome, dell'isolamento del virus responsabile e della individuazione delle modalità di trasmissione dello stesso, è stata presentata, discussa ed approvata in sede di Consiglio superiore di sanità (16 maggio 1984) la terza circolare n. 65 del 25 agosto 1984 contenente indicazioni per il ricovero dei pazienti, il comportamento del personale sanitario, il trattamento dei materiali biologici, l'esecuzione degli esami anatomo-patologici.

Presso il Consiglio superiore di sanità opera, inoltre, un gruppo di studio a composizione interdisciplinare, per una consulenza in continuo sulla evoluzione della problematica; nell'ambito dei lavori del gruppo si è particolarmente discusso sia l'importante aspetto del rischio di trasmissione da virus LAV/HTLV III con il sangue trasfusionale e gli emoderivati (fattore VIII e IX), sia il comportamento da tenersi nei confronti di soggetti sierologicamente positivi per anticorpi anti LAV/HTLV e/o portatori di linfoadenopatie ed altri complessi di sintomi, definiti ed elencati dal CDC di Atlanta (consultazioni di Atlanta 18-19 aprile 1985).

L'approfondita disamina dei vari aspetti connessi al'AIDS e alle sindromi ad essa correlate, ha portato, infine, alla diffusione della quarta e ultima circolare, n. 28 del 17 luglio 1985, contenente dettagliate ed aggiornate indicazioni sulle infezioni da LAV/HTLV e sulle relative misure di sorveglianza e profilassi.

In particolare, con la suddetta circolare, passata anch'essa al vaglio del Consiglio superiore di sanità, sono state chieste, per quanto riguarda la prevenzione: una sorveglianza attiva dei casi di AIDS accertati secondo i criteri stabiliti dal CDC di Atlanta attraverso l'invio di una scheda informativa nominativa, allo scopo di consentire la verifica e il riscontro da parte dell'Istituto superiore di sanità; misure nei confronti dei donatori di sangue e, in particolare, esecuzione di indagini tendenti al riconoscimento di presenza di anticorpi anti LAV/HTLV III, su ogni unità di sangue donato (qualora risulti una positività, l'unità di sangue dovrà essere esclusa dalla utilizzazione); nei confronti dei soggetti risultati e confermati sieropositivi dal *test* ripetuto: la effettuazione di una adeguata informazione a carattere personale, al fine di consentire agli stessi l'adozione di norme comportamentali e di controlli sanitari periodici adeguati alle necessità del caso.

Per il coordinamento regionale delle misure di prevenzione, delle indagini di laboratorio più adeguate, della sorveglianza sanitaria dei soggetti sierologicamente positivi e delle persone che hanno intimi contatti con i soggetti reattivi e, infine, dell'assistenza ai soggetti con chiari sintomi di AIDS, è di estrema importanza l'attivazione delle «strutture di riferimento» regionali, cui facciano capo i laboratori individuati per l'esecuzione delle indagini sopracitate secondo metodologiche standardizzate e univoche, con il coordinamento eventuale dell'Istituto superiore di sanità, allo scopo di disporre di dati attendibili e raffrontabili, sia in ambito nazionale che internazionale.

A tale scopo il Ministero della sanità ha anche richiesto controlli dei sierodiagnostici da eseguirsi, lotto per lotto, da parte dell'Istituto superiore della sanità.

Per quanto riguarda l'attività informativa e divulgativa in merito alle complesse implicazioni di carattere sociale derivanti dalla problematica del'AIDS, sono stati attivati i rapporti con le associazioni degli emofilici, con le comunità e le unità di assistenza ai tossicodipendenti, con le associazioni professionali mediche e paramediche, nonchè con le associazioni di omosessuali.

Il 13 settembre 1985 si è tenuto, inoltre, un incontro presso il Ministero della sanità con gli Assessori regionali alla sanità, che ha consentito un ampio scambio di notizie e di opinioni con le quali si sono concordate comuni linee operative al riguardo.

In sintesi è dato rilevare innanzitutto che il sistema di sorveglianza nazionale dell'AIDS è stato istituito presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto superiore di sanità in collaborazione con il Centro Epidemiologico dell'Ospedale L. Spallanzani di Roma. (BEN — Bollettino Epidemiologico Nazionale 1983).

Obiettivi della sorveglianza sono: descrivere la distribuzione geografica ed il *trend* temporale dell'AIDS in Italia.

A tale scopo il Ministero della sanità ha anche richiesto controlli dei sierodiagnostici da eseguirsi, lotto per lotto, da parte dell'Istituto superiore di sanità.

Per quanto riguarda l'attività informativa e divulgativa in merito alle complesse implicazioni di carattere sociale derivanti dalla problematica dell'AIDS, sono stati attivati i rapporti con le associazioni professionali mediche e paramediche, nonchè con le associazioni di omosessuali.

Il 13 settembre 1985 si è tenuto, inoltre, un incontro presso il Ministero della sanità con gli assessori regionali alla sanità, che ha consentito un ampio scambio di notizie e di opinioni in base alle quali si sono concordati comuni linee operative al riguardo.

In sintesi, è dato rilevare quanto segue: il sistema di sorveglianza nazionale dell'AIDS è stato istituito presso il laboratorio di epidemiologia e biostatistica dell'Istituto superiore di sanità in collaborazione con il centro epidemiologico dell'ospedale Spallanzani di Roma. Obiettivi della sorveglianza sono: descrivere la distribuzione geografica ed il *trend* temporale dell'AIDS in Italia; analizzare le informazioni riguardanti i fattori di rischio e le circostanze che possono favorire la trasmissione della infezione; allestire un servizio di documentazione bibliografica a disposizione, su richiesta, degli operatori sanitari interessati. È stata prevista inoltre una scheda di «segnalazioni di caso» a chiunque ne facesse richiesta. La verifica delle diagnosi

viene effettuata mediante revisione della scheda telefonicamente e, quando necessario, direttamente da un epidemiologo appartenente ad uno dei due centri prima menzionati.

L'età dei soggetti adulti colpiti varia dai venti ai cinquantasette anni; è stato inoltre segnalato un caso di AIDS pediatrico. La maggior parte dei casi è stata segnalata nella Italia Centro-settentrionale — come appare dalla figura 1 distribuita — mentre il tasso di incidenza, calcolato sulla popolazione generale, è di 0,4 per milione di abitanti ed è tra i più bassi in Europa. L'analisi del *trend* mostra, comunque, la progressione costante delle segnalazioni. La distribuzione per sesso ed appartenenza a gruppi a rischio, per 21 casi a campione con completi dati di informazione, è mostrata nella tabella 1, la cui copia ho depositato in segreteria. È stata effettuata una stima del tasso di incidenza per singola categoria del rischio, che vá, comunque, considerata con qualche riserva riguardo alla scelta dei denominatori che variano a seconda delle fonti prese in considerazione (Progetto TO.DI CNR, Censis, OMS, Doxa eccetera). È, però, evidente che, sebbene in termini assoluti gli omosessuali risultano i più colpiti, l'incidenza della sindrome è più elevata nella popolazione di tossicodipendenti. Ciò contrasta con quanto riportato in altri Paesi europei, nei quali la quota dei casi segnalati in soggetti che fanno uso parenterale di droga a scopo voluttuario è minimo. Gli omosessuali italiani hanno invece, probabilmente, uno stile di vita diverso da quello americano e nordeuropeo, caratterizzato da una minor promiscuità sessuale.

I due casi segnalati in soggetti non appartenenti a categorie a rischio noto erano rappresentati da una donna originaria di un Paese dell'Africa equatoriale (che rappresenta probabilmente il focolaio di origine dell'AIDS) e da un eterosessuale non tossicodipendente che aveva a lungo soggiornato negli USA.

I casi di malattia AIDS notificati alla data dell'11 settembre 1985 risultano essere 82, su cui l'incidenza dei fattori di rischio agisce come segue: omosessualità 25,42 per cento; omosessualità più tossicodipendenza 4,1 per cento; tossicodipendenza 37,06 per cento; emofilia 0,82 per cento; bisessualità 1,64 per cento; bambini 4,92 per cento eterosessualità 3,28 per cento. I decessi hanno rappresentato il 20 per cento, mentre il rapporto femmina-maschio il 6,66 per cento.

Come segnalato in riferimento alle questioni relative alla sorveglianza e agli obiettivi così come sono stati concordati dalle Regioni, nel nostro Paese la fascia particolarmente a rischio è quella rappresentata dai tossicodipendenti, nei confronti dei quali deve essere rivolta la particolare azione di prevenzione.

Da un raffronto di dati nazionali con quelli europei, alla data del 30 giugno 1985 si evidenzia che nel nostro continente l'Italia figura tra i Paesi meno colpiti dalla malattia. Trattasi di un riscontro tranquillante al momento attuale, ma che non deve assolutamente portare ad una sottostima del problema; essendo risultato ormai evidente che i casi di AIDS presentano un *trend* in ascesa e, quindi, lo stesso processo è da attendersi anche da noi.

Le direttive e gli indirizzi sin qui forniti dal Ministero della sanità non hanno dato origine a rilievi da parte delle amministrazioni regionali e in gran parte sono stati recepiti. Tuttavia, essendo stata riscontrata una certa difformità di interventi — per quanto riguarda ad esempio le informazioni al pubblico, il numero e le funzioni dei presidi regionali di riferimento eccetera — si è ritenuto opportuno di dover procedere alla definizione di protocolli operativi di intesa tra le amministrazioni ed enti interessati, in modo da rendere omogenei gli interventi a proiezione nazionale. È stata ribadida inoltre la necessità della notifica nominativa dei casi diagnosticati di malattia AIDS — e sottolineo diagnosticati — secondo quanto già raccomandato dal Ministero, nel mentre l'informazione e il *follow-up* dei soggetti risultati positivi agli accertamenti sierodiagnostici — espressione questa di portatore sano e non di stato di malattia — saranno su base confidenziale.

È affiorata unanimamente la necessità di contenere iniziative di vario genere (congressi, convegni, interventi a mezzo *masmedia* eccetera) indubbiamente sostenute, non solo da finalità scientifiche, ma anche di mercato che

stanno determinando uno stato di allarmismo e di panico, che sfocia a volte anche in provvedimenti del tutto irrazionali. Al riguardo è stata ribadita l'esigenza di contenere il problema AIDS nel'ambito della sanità pubblica e quindi di arginare al meglio tendenze di altra natura pur senza incidere ovviamente sulla libertà professionale del medico e sugli indirizzi dottrinali che devono guidarla.

Per altro, giova rappresentare che la carenza legislativa circa l'obbligo della preventiva registrazione dei sierodiagnostici utilizzabili per le rilevazioni ematiche, prima della loro immissione in commercio, ha posto al momento l'esigenza di un intervento a carattere amministrativo che prescriva l'obbligo di un riconoscimento di idoneità rilasciato da parte dell'Istituto superiore di sanità. Ravvisata l'urgenza, infatti, per motivi di urgenza e sanità pubblica, è stato ritenuto di assicurare che in attesa di una compiuta disciplina del settore, i prodotti di cui trattasi presentino, comunque, soddisfacenti caratteristiche di affidabilità alla luce delle attuali conoscenze scientifiche.

In proposito, il Consiglio superiore di sanità è stato chiamato ad esprimere un parere tecnico al fine di acquisire indicazioni specifiche per dare istruzioni alle ditte produttrici ed importatrici dei reattivi interessati alla rilevazione degli anticorpi anti LAV/HTLV III. La valutazione dei dati espressi comporta la determinazione dei parametri in ordine al tipo dei reattivi; alla «*validation*» dei reattivi medesimi; alle modalità di controllo demandato all'Istituto superiore di sanità, al fine di consentire le caratteristiche di affidabilità nelle ricerche e nelle rilevazioni sierodiagnostiche di cui prima detto. Dai dati in possesso, alla data del 31 ottobre 1985, i casi di malattia AIDS risultano essere 104, così distribuiti per fattori di rischio: omosessualità 40, omosessualità + tossicodipendenza 7; tossicodipendenza 45; emofilia 1; emotrasfusi 1; bambini 6; eterosessualità 4.

Signor Presidente, dopo questa illustrazione che consente di avere una panoramica generale e completa di tutte le iniziative che il Ministero della sanità ha assunto e dei collegamenti molto stretti che ha tenuto e tiene con le Regioni, valendosi della partecipazione attiva dell'Istituto superiore di sanità che di fatto rappresenta l'organo di consultazione e di avallo delle indagini fatte perifericamente, possiamo concludere che, in realtà, esiste oggi in Italia un sistema che ci consente di seguire il *trend* di sviluppo della malattia e di avere dati epidemiologicamente completi sull'andamento della stessa. Con ciò, signor Presidente, mi auguro di aver risposto ai vari quesiti posti dagli onorevoli senatori.

VASSALLI. Ringrazio l'onorevole De Lorenzo per la sua ampia relazione, accompagnata, come abbiamo visto, da alcuni documenti che noi avremo lo scrupolo di esaminare, perchè il problema è tutt'altro che esaurito, purtroppo, ed è da condividersi quanto accennava, al termine del suo intervento, il Sottosegretario di Stato circa le necessità di non sottovalutarli, nonostante i dati statistici forniti, e di considerare che il pericoloso fenomeno tende ad accrescersi anche nel nostro Paese come sta avvenendo in altri.

Ci sono state riferite molte cose e l'averle apprese naturalmente ci lascia, almeno sotto questo profilo, soddisfatti. In modo particolare ho notato con piacere — anche se era presumibile, conoscendo l'attività di questo consesso — che il Consiglio superiore di sanità ha iniziato ad occuparsi del problema fin dal luglio 1983 ed ha emanato una serie di circolari culminata nell'ultima di quest'anno. Peraltro, sarebbe stato utile ed opportuno, a mio avviso, che un qualche tipo di informazione ufficiale, vista la tempestività con cui gli organi competenti hanno iniziato ad occuparsi del problema prima che il «caso» AIDS scoppiasse con quella ampiezza e con quella forza con le quali si è imposto alla pubblica attenzione (perlomeno dall'inizio di quest'anno), fosse fornita in maniera completa e tempestiva da parte del Ministero della sanità all'opinione pubblica, dato che si andava determinando nel Paese un clima di allarmismo non giustificato. La prima avvisaglia di quest'allarmismo è da ricondurre alla primavera di quest'anno; ma solo nel mese di settembre, se non erro, abbiamo incominciato a leggere sui giornali le notizie relative agli in-

contri fra i rappresentanti delle Regioni e il Ministero per discutere di questo problema.

Per quanto riguarda il Ministro della sanità abbiamo avuto il piacere di leggere alcune sue interviste molto recenti sull'argomento, ed una di queste interviste era riportata sul supplemento del quotidiano «Il Tempo». Ritengo che il Ministero competente avrebbe potuto — sia di propria iniziativa, sia rispondendo con maggiore tempestività alle interrogazioni che sono state presentate sin dalla scorsa primavera in Parlamento — non dico placare le ansietà della pubblica opinione, ma certamente fornire riferimenti oggettivi più precisi, come quelli che sono stati forniti questa mattina.

Ripeto, dunque, che l'elemento informativo è di grande importanza in questo campo, come lo stesso Sottosegretario di Stato riconosce nella sua risposta soffermandosi su questo aspetto, e credo sarebbe stato utile che il Ministero si fosse attivato in questo senso.

Era certamente presumibile che il Consiglio superiore di sanità si occupasse, anche con grande impegno e con competenza scientifica particolarmente qualificata, di questi problemi, ma se questa informazione fosse venuta in forma ufficiale e se si fosse sottolineato il problema — per quanto implicito — in maniera tempestiva, questo sarebbe stato molto utile.

Condivido anche quanto è stato affermato dal sottosegretario De Lorenzo sulla opportunità di contenere quelle iniziative particolarmente allarmistiche, che in effetti talvolta possono essere determinate da interessi particolari. Però non so quanto sia possibile contenerle dato il regime di larga democrazia del nostro sistema pluralistico, per cui possono essere intraprese, senza molte limitazioni, le iniziative più varie. Ritengo positivo che il Ministero eviti di favorirle ed, anzi, in qualche modo le prevenga.

Sono state fornite dal rappresentante del Governo molte spiegazioni abbastanza esaurienti, mentre altre probabilmente saranno rinvenibili nella documentazione messa a nostra disposizione; forse, però, sarebbe opportuno, anche successivamente, che la Commissione sanità acquisisse dei dati ulteriori relativi a questo problema. Devo sottolineare, ad esempio, anche se le nostre interrogazioni non miravano specificamente a questo, che non è stato fatto cenno alla terapia. Non c'è dubbio che il problema è importante dal punto di vista della profilassi, terapia e diagnosi, anche se l'informazione costituisce il presupposto essenziale per le stesse. Dalle notizie che ci giungono dalla stampa emerge che esistono numerose controversie a proposito della terapia. Infatti, come è avvenuto recentemente in Francia, talvolta vengono prospettati dei rimedi che, viceversa, non risulterebbero all'altezza. Quindi, per quanto difficile e prematuro possa essere il poter dare qualche indicazione affidabile e sicura sulla terapia, questa dovrebbe essere presa in considerazione ed inserita nel quadro delle ulteriori informazioni che, certamente, il Ministero della sanità sarà nuovamente chiamato a darci in futuro.

Sulle cose finora dette dal rappresentante del Governo faccio, però, una riserva per ciò che è riportato nel documento messo a disposizione della Commissione e che non ho ancora letto. Mi risulta una certa carenza di informazioni relativa alle condizioni in cui si trovano i bambini coinvolti nel fenomeno epidemiologico. Mi sembra, comunque, di rilevare che fra i casi accertati ve ne sono sei che si riferiscono a bambini. Ora, a noi interesserebbe sapere se è vero quanto è stato riportato dalla stampa, cioè che questi bambini erano figli di tossicodipendenti o se vi sono state altre situazioni che li hanno portati ad essere contagiati dal morbo.

Un altro punto su cui le informazioni fornite dal Governo non sono sufficienti concerne i centri trasfusionali ed il loro funzionamento. A questo proposito faccio presente di avere presentato in Aula una mia interrogazione (per la quale attendo ancora la risposta) in cui, oltre a richiamarmi a questa presentata in Commissione, chiedo in particolare dei chiarimenti sulla situazione dei centri di trasfusione, che rappresentano certamente — come sappiamo — uno dei veicoli più importanti per la diffusione del morbo. In particolare, sempre con l'interrogazione suddetta, chiedo delucidazioni sul gravisimo episodio verificatosi in Sardegna proprio in un centro

trasfusionale in cui, ad un bambino affetto da anemia mediterranea (molto diffusa in quella regione), è stato trasfuso del sangue proveniente da un donatore affetto da AIDS. Il sottosegretario De Lorenzo ci ha ricordato come da parte del Ministero siano stati attivati i rapporti con le associazioni degli emofiliaci, con le comunità di assistenza ai tossicodipendenti, con le associazioni professionali mediche e paramediche e con quelle di omosessuali, e ci ha anche detto che è stata diramata una circolare in cui si sottolinea, tra l'altro, la necessità di eseguire indagini tendenti al rioconoscimento della presenza di determinati anticorpi su ogni unità di sangue donato, con conseguente esclusione della utilizzazione in caso di positività; però vorremmo sapere qualcosa di più in merito alle trasfusioni. Data questa direttiva, vorremmo sapere come è stata seguita, come si sono potuti verificare episodi come quello del bambino sardo. Ci sono garanzie sufficienti nell'attuazione di queste direttive relative alle trasfusioni e in modo particolare per quanto riguarda l'accertamento di ogni unità di sangue donato? In merito a queste cose vorremmo avere qualche ulteriore informazione.

Un ultimo punto sul quale gradiremmo avere qualche ulteriore dato è quello che riguarda le carceri. Nella situazione carceraria attuale e che tutti conosciamo, la vasta presenza di tossicodipendenti e di omosessuali, categorie portatrici di questa sindrome, costituisce un fenomeno particolare, soprattutto se si pensa all'ambiente nel quale questi soggetti vivono; quindi, questo tema specifico dell'AIDS nelle carceri e della sua diffusione, con riverberi anche al di fuori nel momento dell'uscita dal carcere, merita una particolare attenzione e la conoscenza di qualche dato ulteriore nelle forme in cui ciò sarà possibile.

In conclusione, mi dichiaro soltanto parzialmente soddisfatto della risposta del'onorevole rappresentante del Governo e mi permetto di lamentare un ritardo in queste informazioni ufficiali, quali che fossero le vie più proprie della trasmissione ufficiale dei dati, le prese di posizione ufficiali del Ministero e le attività svolte sia dal Ministero stesso che dal Consiglio superiore di sanità.

ALBERTI. Signor Presidente, onorevole Sottosegretario, vorrei innanzitutto osservare che una interrogazione parlamentare non ha semplicemente lo scopo di farci acquisire delle informazioni, che fra l'altro arrivano con molto ritardo, ma anche quello di sollecitare una discussione, un confronto col Governo, in merito ad alcune attività, specialmente nel campo medico, che spesso hanno carattere d'urgenza. Devo quindi lamentare il ritardo con cui il Ministero della sanità si presenta a questo confronto parlamentare.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Per non deviare il dibattito vorrei precisare che il Governo ha dichiarato la propria disponibilità a rispondere a queste interrogazioni da lungo tempo, ma i lavori parlamentari non l'hanno consentito. Non vorrei che fossero date al Governo colpe e responsabilità che esso non ha. Il Presidente può darne atto e semmai si può parlare solo di responsabilità comuni.

PRESIDENTE. L'interruzione del sottosegretario De Lorenzo mi costringe a far rilevare che già in precedenza, prima ancora della crisi di Governo, era stata messa all'ordine del giorno della nostra Commissione tutta questa tematica, ma il subentrare della crisi l'ha spostata nel tempo.

ALBERTI. In ogni caso, un intervento del Parlamento in merito ad un problema che diventava sempre più importante per lo stato di allarme dell'opinione pubblica, ritenevo meritasse una più rapida attenzione. Purtroppo non possiamo assolvere il Governo dalla colpa di non aver dato tempestivamente informazioni all'opinione pubblica in questi due anni, perchè dal 1983 — come ha detto lo stesso Sottosegretario — il problema è stato posto all'attenzione degli organi sanitari del Ministero e questo ha determinato il dilagare di un allarme spesso ingiustificato, anzi del tutto ingiustificato forse, da parte della stampa, e da ciò sono conseguiti anche atteggiamenti non sempre corretti nei confronti di alcune categorie che avevano larghe preoccupazioni e a cui bisognava sicuramente dare una risposta.

Abbiamo assistito ad ogni genere di cose; si è parlato di «peste del secolo»; vi è stata la demonizzazione degli omosessuali, la criminalizzazione dei tossicodipendenti, al di là di come certi problemi devono essere visti dal punto di vista sanitario.

A me sembra che il Governo avrebbe potuto fare qualcosa anzi sarebbe opportuno che facesse periodicamente delle conferenze stampa in modo da fornire ai giornalisti informazioni precise al posto di quelle che i giornalisti stessi riescono a captare da fonti non sempre bene informate. Abbiamo saputo con notevole ritardo che il fenomeno dell'AIDS in Italia era di dimensioni modeste; sembrava infatti che si trattasse di una malattia a rapidissima diffusione e invece abbiamo sentito che, dopo quattro anni dall'individuazione della malattia, che i casi segnalati in Italia sono soltanto 104.

Allora è necessaria una informazione più completa e tempestiva anche nei confronti della stampa per evitare che questa sia constretta a captare notizie da fonti non sempre attendibili, ciò che determina episodi antipatici, come quelli verificatisi nel caso dell'AIDS per cui alcune categorie sono state addirittura criminalizzate. Ma vorrei sottolineare che la mia interrogazione fa riferimento anche all'intervento scarsamente operativo del Ministero della sanità nei confronti dell'allarme che si era determinato tra i politrasfusi, i soggetti che hanno necessità di sottoporsi a terapia trasfusionale come i talassemici che in Italia ammontano a circa 10.000 e sopravvivono proprio attraverso trasfusioni di sangue che sono costretti a fare periodicamente, circa due volte al mese.

In proposito, vi sono alcuni problemi sui quali desidero richiamare l'attenzione dell'onorevole Ministro per avere dei chiarimenti. Non so se ancora esistono convenzioni tra i centri trasfusionali e le nazioni estere: lo chiedo perchè risultava, che la Germania federale si era offerta per fornire sangue per la Sardegna, ed è chiaro che ove questo avvenisse significherebbe un trasferimento di sangue dal Nord Europa, dove cioè la malattia è più diffusa, alle regioni mediterranee. L'allarme tra i politrasfusi fu subito molto diffuso e amplificato proprio dal fatto che non si aveva nessuna sicurezza che le unità di sangue trasfuse fossero state controllate. E questo è il motivo per cui siamo intervenuti. In effetti, dobbiamo dire che alla data di oggi è contestabile questa organizzazione che dalla descrizione del Sottosegretario sembra essere perfetta! Infatti, secondo me di perfetto non c'è proprio niente: vi sono state riunioni a livello di Ministero della sanità, delle quali abbiamo appreso con molto ritardo, ma di operativo si è fatto poco o niente.

Ci sono state soltanto le circolari rivolte alle Regioni, le quali non sempre si sono fatte carico di intervenire in questi centri periferici, come diceva poco fa il senatore Vassalli. La situazione dei centri trasfusionali è rimasta estremamente allarmante; infatti alcuni di questi non hanno mai ricevuto copia della famosa circolare del Ministero della sanità e comunque quelli che l'hanno ricevuta non hanno avuto poi i mezzi per poter operare.

In definitiva, l'organizzazione dovrebbe tendere piuttosto ad avere dati epidemiologici da trasferire ai centri di riferimento di Parigi (e su questo punto sono d'accordo). Ma ciò non può rappresentare una misura di contenimento della diffusione della malattia. È accaduto in pratica che le amministrazioni regionali, in mancanza di dati operativi, di indicazioni precise per i centri trasfusionali, non si sono nemmeno preoccupate di far conoscere la circolare del Ministero, che prevedeva che tutte le unità di sangue dovessero essere sottoposte ad apposite indagini. Affinchè queste indagini potessero essere condotte, occorrevano dei mezzi che le USL non avevano. Di conseguenza non veniva stabilito per i centri trasfusionali l'obbligo di procedere in questo senso.

Devo sottolineare che il costo di un *test* si aggira su prezzi che sfuggono a qualsiasi controllo, cioè tra le 3.000 e le 6.000 lire. Voi capite che, quando si tratta di distribuire 10.000 flaconi di sangue, la cifra occorrente diventa abbastanza rilevante e quindi non disponibile nei bilanci piuttosto magri delle USL. Bisognava dunque intervenire con disposizioni precise in tal senso.

Ricordo, signor Sottosegretario, che all'epoca della campagna contro l'epatite virale il Ministero della sanità si fece carico di riunire

tutti i direttori dei centri trasfusionali d'Italia. In quella seduta la Direzione generale del Ministero diede indicazioni precise sulle tecniche e le metodologie da utilizzare, secondo le quali le unità di sangue non potevano essere distribuite senza essere state preventivamente sottoposte ad indagini del tipo indicato. Un'azione di questo genere non si è attuata per l'AIDS, malgrado l'allarme che si era creato.

Su questa carenza di interventi da parte del Ministero si sono innestati i problemi che lo stesso Sottosegretario ha sottolineato poco fa, cioè la concorrenza spietata tra le case per fornire ai centri trasfusionali i *tests* necessari. Si tratta di una concorrenza sui prezzi e quindi — come ho già detto — le oscillazioni sono molto elevate. La propaganda impropria che si va facendo anche nel campo medico, tenendo riunioni a ripetizione in tutta Italia, riunioni interessate a propagandare i singoli *tests* da parte del'industria, non fa che peggiorare la situazione.

Queste sono le ragioni per cui consigliavamo al Ministero di intervenire direttamente nel'acquisto di questi *tests* e nella conseguente distribuzione alle USL. Ciò avrebbe determinato la possibilità di intervento immediato dei centri trasfusionali per controllare le unità di sangue senza dover ricorrere alla trafila burocratica. In questo modo non ci sarebbero stati quei casi clamorosi, di cui Cagliari (dove si scoprì che alcuni bambini avevano avuto trasfusioni di sangue proveniente da pazienti portatori di AIDS) è solo un esempio.

Esiste una responsabilità precisa da parte del trasfusore, che in effetti potrebbe addirittura rifiutarsi di operare su un paziente se prima non è stato messo in condizioni di poter effettuare i controlli sui flaconi di sangue. Devo dire che la gran parte dei centri trasfusionali italiani però non sono in grado di procedere a questo tipo di *tests*.

Allora bisognerebbe che il Ministero intervenisse direttamente a livello dei centri trasfusionali, non tramite gli assessori regionali alla sanità. Bisogna tenere conto che la circolare, a cui lei fa riferimento, onorevole Sottosegretario, è arrivata proprio nell'epoca in cui molte Regioni erano nella fase di rinnovo delle Giunte, cioè subito dopo il maggio del 1985. Vi erano regioni italiane interessatissime a questo discorso, come la regione Calabria che ha numerosissimi bambini talassemici sottoposti a trasfusioni di sangue, che all'epoca della circolare non avevano ancora costituito le Giunte (se non vado errato la Giunta calabrese è stata costituita pochi giorni fa).

Al contrario, il Ministero ha istituito centri di riferimento regionali a proposito dei quali non è stato stabilito di chi avrebbe dovuto essere la competenza per la loro organizzazione, per cui in certi casi sono sorti presso i reparti di patologia clinica, ad esempio quelli di virologia. Si tratta cioè di reparti che non hanno rapporti con i pazienti; e dato il ritmo di lavoro dei centri trasfusionali, mi sembra poco probabile che i suddetti centri di riferimento possano avere una qualche capacità di intervento di tipo preventivo.

Il centro di riferimento può servire semplicemente ad informare gli interessati sulla quantità della popolazione esposta a rischio in una determinata regione o in un determinato territorio. Sicuramente un centro di riferimento istituito con queste caratteristiche non può svolgere azione preventiva, la quale va compiuta demandando ai centri trasfusionali la possibilità di poter testare le unità di sangue che vengono utilizzate nelle ore successive.

Per quanto riguarda la terapia dei talassemici (mi rivolgo al Sottosegretario che è medico e conosce questo problema) si cerca di effettuare la trasfusione di sangue nei primi tre giorni dal prelievo, per evitare che vi sia una parte inefficace dal punto di vista trasfusionale, che apporterebbe una quantità di ferro in più inutilmente.

Ed allora in poche ore noi dobbiamo essere in grado di poter testare i flaconi, eliminando quelli in cui risulti positivo il titolo di anticorpi per l'AIDS. Ebbene, da un punto di vista operativo mi pare che l'azione del Ministero sia stata alquanto inadeguata. Capisco che ci si è trovati improvvisamente di fronte ad un fenomeno nuovo e del tutto particolare, per cui si è avvertita la necessità di un momento di riflessione per studiare meglio il da farsi, però, non comprendo come poi di

fatto ci si sia dispersi in riunioni di carattere organizzativo piuttosto che operativo, in cui si sarebbero dovuti coinvolgere direttamente gli operatori sanitari interessati al problema.

In sostanza, onorevole Sottosegretario, non posso dichiararmi soddisfatto delle sue risposte, non perchè lei non abbia dato puntuale notizia dell'azione svolta dal Ministero, ma perchè è proprio in merito ad essa che esprimo un giudizio negativo. Non posso esserne soddisfatto perchè di fatto, gli operatori sanitari hanno poi sopportato sulla loro pelle, direttamente, la situazione di confusione esistente. Vale a dire che abbiamo dovuto addirittura convincere i genitori dei bambini talassemici a sottoporre i loro figli alle trasfusioni, malgrado fossimo noi stessi convinti che il rischio di trasmettere l'AIDS era reale. Ma non avremmo potuto fare diversamente, tenuto conto della situazione particolare di questi bambini che non possono interrompere terapie che sono per loro vitali. E al riguardo vorrei dire all'onorevole Sottosegretario che purtroppo la situazione è ancora quella che ho testè descritto; e mi si deve credere perchè ho svolto io stesso una indagine tra i trasfusionisti in occasione del loro raduno tenutosi a Roma un paio di mesi fa ed ho scoperto che molti centri trasfusionali, non solo del Mezzogiorno, ma anche del Nord Italia, non sono ancora nelle condizioni di testare i flaconi. Pertanto, a mio parere, bisognerebbe riprendere l'idea di intervenire direttamente a livello dei reparti trasfusionali (così come si fece per l'epatite), ai quali però vanno corrisposti da parte del Ministero della sanità gli adeguati mezzi economici, se non addirittura gli appositi *tests* — come ho proposto nella mia interrogazione — in modo che forniture di tal genere, che comportano la deliberazione di spese molto elevate, non siano soggette ad altri meccanismi che non sempre — come tutti sappiamo — risultano essere corretti.

Tutto questo credo che ancora si possa ed anzi si debba fare; a me sembra cioè che il Ministero, tramite l'Istituto superiore di sanità, presso cui peraltro è stato istituito il centro di riferimento nazionale, potrebbe benissimo farsi carico di intervenire all'interno di una particolare situazione legata ad una malattia potenzialmente altamente diffusiva.

Vorrei che in merito a questa proposta il Sottosegretario si esprimesse in modo tale da fugare i dubbi, i sospetti e le preoccupazioni di questa categoria di pazienti così numerosa.

PRESIDENTE. Vorrei anch'io replicare brevemente per quanto riguarda l'interrogazione sottoscritta insieme ad altri colleghi del mio Gruppo e che è stata una delle prime ad essere presentata proprio nei giorni in cui vi era la massima confusione, dovuta soprattutto alle notizie di stampa, sulla diffusione e la natura della malattia. A tale proposito, credo sia stato utile che i colleghi nelle loro interrogazioni ed oggi il Sottosegretario nella sua risposta abbiano ricondotto il discorso all'aspetto sanitario che è poi quello sostanziale di competenza di questa Commissione, nonchè l'elemento centrale di tutto il problema, anche se nei primi tempi è sembrato prevalere l'aspetto sociologico della questione il che ha creato indubbiamente anche momenti di incomprensione tra quella che poteva essere l'azione centrale del Ministero, le autorità sanitarie e i gruppi a rischio.

Riconosco che il fenomeno era stato previsto e quindi sotto questo aspetto esprimo la mia soddisfazione per la tempestività con cui il Consiglio superiore di sanità ed il Ministero stesso, attraverso l'opera delle direzioni delle malattie sociali e delle malattie infettive, hanno affrontato il problema, emettendo la prima circolare addirittura prima che il fenomeno si manifestasse in forma clamorosa.

Altrettanto tempestiva credo possa essere ritenuta la successiva azione di informazione dei livelli periferici svolta attraverso le circolari. Dove anch'io — come i colleghi — nutro qualche dubbio è in relazione al recepimento di tali circolari a livello regionale e poi, nei successivi anelli della catena, da parte del personale sanitario da un lato e degli utenti dall'altro. In proposito, se oggi dovessi riscrivere l'interrogazione, la modificherei nel senso di chiedere al Ministero di informarci su cosa hanno fatto le Regioni in rapporto all'opera promozionale, centrale avviata dalle

circolari. Questo problema — a mio parere — rimane infatti ancora aperto e sarei anch'io molto grato, se il Ministero volesse comunicarci i dati attuali relativi al recepimento da parte delle Regioni delle indicazioni ministeriali e alle azioni concrete messe in atto nel frattempo sia per informare il personale sanitario, sia per contenere, attraverso le misure d'igiene indicate dalle stesse circolari, il fenomeno della diffusione della malattia.

Detto questo, mi dichiaro anche soddisfatto del criterio adottato relativamente alla notifica nominativa per i soggetti affetti da AIDS e alla trasmissione confidenziale dei dati per i soggetti portatori sani di virus HTVL III. È un problema, questo, che comunque — a mio parere — non si ferma a questo livello; ed anche a questo riguardo vorrei ulteriori informazioni circa i metodi di convincimento posti in essere per indurre i soggetti affetti dal virus alla terapia, nei limiti in cui è possibile oggi una terapia, o comunque ad un ricovero, che purtroppo ancora è necessario nell'interesse degli stessi pazienti, presso centri altamente specializzati. Inoltre, vorrei conoscere quali modalità si adottano per convincere i portatori apparentemente sani a sottoporsi a periodici controlli per evitare che dallo stadio di portatore si possa passare a quello di malattia conclamata rappresentando un pericolo di diffusione del virus HTLV III per tutta la popolazione.

Queste sono domande alle quali ancora non abbiamo avuto una risposta, ma io credo che se il Ministero vorrà informarci sulle azioni sviluppate dalle Regioni in periferia, potremo disporre anche di tali dati.

Vorrei inoltre sottolineare la necessità di adottare delle procedure rigorose per quanto riguarda la certezza della diagnosi. Infatti, molto spesso si è avuta l'impressione, almeno da ciò che si legge sulla stampa, che per puro protagonismo si diagnostica come AIDS quella che in realtà è una linfoadenopatia diffusa, malattia che può avere attinenza con l'AIDS, ma che può anche non avere alcun rapporto. Bisogna evitare queste diagnosi fatte con troppa leggerezza, senza una precisa e sufficiente documentazione clinica.

Ritengo che il criterio adottato, relativamente alla notifica nominativa per i soggetti affetti da AIDS ed alla notifica confidenziale per i soggetti portatori sani, sia idoneo a tutelare la *privacy* di queste persone e nello stesso tempo a contenere la diffusione della malattia, purchè vi sia anche una certa responsabilità di tutti coloro che operano in questo settore. A tal fine è necessario adottare metodi congrui per informare il personale, cosa che si rende necessaria affinchè infermieri e medici conoscano l'entità reale del rischio di contagio. So, ad esempio, che in Francia si è dovuto affrontare quest'ultimo problema recentemente, dato che si erano verificati degli episodi molto discutibili; infatti alcuni medici ed infermieri avevano mostrato un certo turbamento e qualcuno si era rifiutato di seguire quelle persone affette in maniera conclamata da AIDS. Per evitare questi incresciosi episodi l'Istituto Pasteur ha inviato una circolare nominativa a tutto il personale, con la quale si spiegava scientificamente come in realtà non esista rischio di contagio purchè si adottino quelle normali misure di sucurezza già in uso per la cura dei pazienti affetti da epatite-B e sulla quale si ha vasta esperienza. Quindi è sufficiente adottare quelle stesse misure di sicurezza, di prevenzione e disinfezione per ottenere gli stessi risultati. Anche in Italia sarebbe opportuno inviare a tutto il personale infermieristico e medico una circolare nominativa, onde evitare gli scandalosi episodi, denunciati dalla stampa, che si sarebbero verificati nel nostro Paese. Stiamo attendendo i risultati dell'inchiesta aperta dalla Magistratura per verificare la loro autenticità. Comunque, non voglio entrare nel merito di tale questione in quanto non è di nostra competenza.

Devo esprimere qualche perplessità anch'io, come già hanno fatto i colleghi, sulla situazione dei centri trasfusionali, problema sul quale credo infatti si possa lavorare ancora molto. Mi auguro che su questa tematica, emersa in maniera così decisa in questa sede, si giunga ad una revisione della normativa sulle trasfusioni e sui centri trasfusionali, e alla realizzazione del «piano sangue». Su tale questione sono state presentate varie proposte di legge, soprattutto alla Camera dei deputati; per ora, però, non sappiamo a quale punto del loro *iter* siano giunte. Comunque, a

prescindere dalla normativa generale, credo che ancora molto si possa fare con interventi diretti (ad esempio, attraverso sollecitazioni ministeriali o eventuali atti di indirizzo e coordinamento per le Regioni).

Concludo manifestando anch'io soddisfazione per la replica del Sottosegretario, ma con quelle riserve che ho ora espresso. Vorrei sottolineare la necessità, onde evitare che qualche giornalista scateni la sua fantasia, di convocare periodicamente delle apposite conferenze-stampa, dando delle notizie più precise ed ufficiali. Ritengo utile e necessario, inoltre, che il Parlamento sia costantemente informato dell'andamento della situazione, dato che il problema è in continua evoluzione, con un sistema che penso dovrebbe essere sempre adottato quando si presentano casi di diffusione di malattie infettive. Questo, perchè noi parlamentari ci sentiamo responsabili della tutela della salute pubblica.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero fornire talune ulteriori precisazioni. Se il Ministero della sanità avesse avuto un suo medico provinciale e avesse potuto come in passato intervenire direttamente forse le cose sarebbero andate e potrebbero andare diversamente. L'interlocutore del Ministero della sanità è la Regione; il Ministero non ha titolo nè possibilità di rivolgersi ad altri se non alla Regione e anche in merito alla distribuzione del sangue il Ministero non può far altro che invitare la Regione ad intervenire presso i centri trasfusionali. Il Ministero, quando ha chiesto di costituire i presidii di riferimento, ha scritto testualmente: «Come già evidenziato nelle precedenti circolari, è opportuno che su base regionale e interregionale vengano individuati, sulla base di obiettivi criteri di competenza e di esperienza, presidii sanitari di riferimento atti, in collaborazione tra loro e in collegamento con i vari servizi, ad assicurare...». Quindi, non è compito del Ministero prendere le decisioni. Per inciso voglio dire che a volte si corre il rischio di tornare su questioni sulle quali forse il Parlamento e le Commissioni in particolare con maggiore attenzione e con maggiore impegno dovrebbero provvedere, modificando le leggi; per cui tutte le perplessità e le critiche erratamente vengono rivolte al Ministero della sanità, mentre dovrebbero essere rivolte a carenze legislative. Da questo punto di vista chiederò al Ministro di insistere per avere dalle Regioni informazioni sull'andamento, sullo sviluppo e sulla collocazione dei vari centri trasfusionali, ma rispetto ad eventuali inadempienze delle Regioni — come nel caso della Calabria — non possiamo fare nulla. Non possiamo dare fondi, non possiamo intervenire direttamente; l'unica cosa che responsabilmente il Ministero della sanità ha fatto è di verificare preventivamente, proprio per evitare una commercializzazione incontrollabile dei vari prodotti che secondo la normativa non sono soggetti a registrazione, attraverso l'Istituto superiore di sanità. Siamo preoccupati di quello che può avvenire nei centri trasfusionali, ma non possiamo riferirci direttamente ad essi perchè le Regioni sono titolari di determinati diritti dei quali rivendicano l'esercizio. Ripeto, possiamo solo ritornare ad insistere presso le Regioni.

Vorrei poi rispondere al presidente Bompiani che sono d'accordo sul fatto che bisognerebbe interessare i singoli medici; ma devo anche ricordare che le circolari vanno a tutti, anche alla Federazione nazionale degli ordini dei Medici, per cui bisognerebbe trovare un collegamento con la Federazione affinchè, magari sulla rivista «Il medico d'Italia», si pubblichino direttamente le norme che vengono emanate. È forse una riflessione, questa, che si dovrà fare e il senatore Melotto, relatore sul disegno di legge di modifica della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dovrà tenerne conto, almeno per alcuni interventi che riguardano l'igiene e la profilassi, affinchè vi sia un intervento diretto del Ministero della sanità; altrimenti sarà inutile continuare a preoccuparci e lamentarci.

Vorrei ora dare velocemente alcune risposte al senatore Vassalli. Innanzitutto vorrei tranquillizzarlo dicendo che i bambini affetti dalla sindrome sono soltanto sei alla data del 31 ottobre 1985 e tutti figli di tossicodipendenti. Su questo non abbiamo alcun dubbio.

Condivido la preoccupazione circa la necessità dell'informazione ufficiale da dare periodicamente. Questo aspetto attiene alla

competenza del titolare del Dicastero, e mi farò carico di fargli presente tale esigenza. Però voglio dire che molto spesso anche queste cose, se non fatte in maniera sporadica e quando effettivamente sia necessario, possano creare meccanismi indotti, «a cascata», per cui sui comunicati ufficiali intervengono tecnici, docenti universitari con considerazioni proprie e il messaggio invece di restringersi viene amplificato. Quindi, è certo necessario essere maggiormente presenti sulla stampa, però sempre con la cautela di evitare che si mettano in moto tali meccanismi.

Per quanto riguarda il problema della terapia, il Ministero non può intervenire direttamente in quanto questo aspetto attiene ai singoli centri che sono altamente specializzati. Inoltre la terapia oggi, siccome non è mirata alla cura della malattia, ma ai sintomi, è diversificata a seconda della sintomatologia che si manifesta. Quindi, da questo punto di vista, anche se il Consiglio superiore della sanità è chiamato ad esprimere pareri sui nuovi farmaci, ciò è possibile solo quando si tratti di farmaci mirati alla cura della malattia, che ancora in questo caso non sono disponibili.

Anche per quanto riguarda il problema delle carceri, le Regioni sono state invitate a trovare forme di convenzionamento tra le USL e le carceri stesse per svolgere al loro interno indagini che verificassero il grado di sieropositività dei soggetti a rischio. Pero, anche questo è un problema che attiene alle attività e alle iniziative delle Regioni e delle singole USL.

Per quanto riguarda i centri trasfusionali, sono d'accordo sul fatto che bisogna operare maggiormente a livello di questi centri; ma questo è un aspetto che senz'altro crea delle difficoltà. Chiederò agli organi competenti del Ministero se sarà possibile effettuare una riunione, d'accordo con le Regioni, a livello centrale, con i responsabili dei centri trasfusionali; però anche da questo punto di vista non credo che potremo avere la certezza assoluta che questi centri risponderanno come ci aspettiamo. È un tentativo ulteriore che potremo fare, fermo restando che in realtà il fenomeno del'AIDS è simile a quello già affrontato in precedenza, relativo all'epatite virale, e che non aveva mai portato alla somministrazione di vaccino da parte del Ministero.

Quello che il Ministero della sanità ha fatto nel caso dell'epatite virale è di aver autorizzato l'uso del vaccino e di avere assicurato la disponibilità di scorte nell'eventualità che in casi di emergenza il vaccino fosse mancato, senza però mai fornirlo direttamente.

Assicuro il senatore Bompiani che mi renderò interprete della sua richiesta presso il Ministero, al fine di informare il Parlamento del grado di recepimento da parte delle Regioni attuali. Mi impegno a far si che le direzioni generali forniscano questi dati e inviino sistematicamente le circolari ai Presidenti delle Commissioni sanità della Camera e del Senato affinchè possano essere informati dell'andamento della situazione.

Per quanto riguarda l'Istituto superiore della sanità e la sicurezza diagnostica, devo dire che il Ministero ha individuato la forma migliore per avere la certezza che la diagnosi sia esatta, in quanto perifericamente si individuano i casi sospetti e il coordinamento è tale da consentire all'Istituto di fare la verifica di quei casi attraverso una serie di indagini aggiuntive eseguite ad altissimo livello in un centro che ha oggi raggiunto una preparazione e una professionalità di grande rilevanza in questo settore, avendo esso stesso contribuito all'isolamento di una variante di virus dell'AIDS. Da questo punto di vista, quindi credo che i casi denunciati come casi di AIDS siano sicuri in quanto verificati dall'Istituto superiore di sanità.

Per quanto riguarda il problema della formazione degli operatori sanitari, come Ministero della sanità non abbiamo la possibilità di intervenire, però possiamo porre in essere un ulteriore stato di indirizzo e coordinamento per chiedere alle Regioni perchè non spendono i fondi vincolati che il Governo e il Parlamento hanno approvato e quali forme burocratiche e amministrative possono essere eventualmente previste per consentire loro l'utilizzazione dei fondi stessi attraverso i quali si può trovare la via per risolvere il problema dell'educazione professionale. Per

esempio, la regione Campania dispone di 44 miliardi per l'educazione sanitaria, l'aggiornamento professionale, la ricerca applicata e così via, ma purtroppo non li ha ancora utilizzati: e questa situazione è comune a gran parte delle Regioni. Credo allora che a questo proposito la Commissione sanità del Senato possa trovare lo strumento, inserito magari nel disegno di legge finanziaria, per stabilire che se i fondi vincolati non vengono spesi entro l'anno vanno in economia e non sono poi più spendibili. La via per procedere all'educazione sanitaria di tecnici e di operatori sanitari passa comunque attraverso le Regioni e credo che l'unica cosa forse che il Ministero della sanità possa fare sia di sollecitare le Regioni stesse a spendere i fondi vincolati. Mi auguro che dalla lettura delle circolari i colleghi possano ricavare elementi di maggiore informazione e di ulteriori risposte ai quesiti posti; mi renderò promotore degli aggiornamenti e mi auguro che questa collaborazione tra Governo e Parlamento possa essere anche per il Governo uno stimolo per fare di più rispetto a quello che ha fatto finora.

PRESIDENTE. Vorrei sottolineare come anche l'unica circolare indirizzata ufficialmente ai presidenti delle Regioni sia corretta sul piano formale e confermi quanto diceva prima il Sottosegretario. Credo sia stato un fatto molto lodevole che la Federazione nazionale degli ordini dei medici, alla quale era stata inviata per conoscenza la circolare stessa, ne abbia pubblicato su «Il medico d'Italia» una parte ed abbia reso nota quella circolare francese alla quale alludevo prima.

Lo svolgimento delle interrogazioni è così esaurito.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«Norme in materia di particolari strutture sanitarie» (1558), d'iniziativa dei senatori Mancino ed altri

(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Norme in materia di particolari strutture sanitarie», d'iniziativa dei senatori Mancino, Fabbri, Mitterdorfer, Pagani Maurizio, Marchio, Malagodi, Venanzetti, Milani Eliseo e Chiaromonte.

Riferirò io stesso sul disegno di legge.

Il provvedimento legislativo si rende necessario in quanto altrimenti, secondo quanto ha fatto presente l'USL competente territorialmente, la RM 1, gli ambulatori oggi funzionanti all'interno dei palazzi del Parlamento, per i quali non c'è pubblico accesso, dovrebbero essere chiusi con conseguenze gravi sulla stessa funzionalità degli organi costituzionali.

A tali ambulatori, peraltro funzionanti fin dall'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria, si è convenuto da sempre di riservare l'accesso solo ai componenti degli organi costituzionali ed al personale dagli stessi dipendente sia per ragioni di sicurezza che di funzionalità.

Una siffatta impostazione, adeguata alle esigenze tipiche e particolari del Parlamento (orari di lavoro irregolari, intermittenti, e per alcuni versi non facilmente prevedibili, prolungati molto spesso fino a tarda notte, implicanti un alto grado di tensione e di *stress*, disponibilità completa per tutto l'arco della giornata) i cui componenti tra l'altro, nella loro stragrande maggioranza, non sono residenti a Roma e dunque hanno necessità di avere un punto di riferimento a livello assistenziale, preciso e nella sede di attività, implica anche che sia consentito ai parlamentari ed al personale impiegato presso lo stesso Parlamento di usufruire delle prestazioni sanitarie mediante la struttura dell'unità sanitaria locale che abbia competenza sul territorio in cui hanno sede gli anzidetti organi costituzionali.

La problematica ora indicata è stata finora positivamente recepita dalle competenti autorità sanitarie, come l'Assessorato alla sanità della regione Lazio e il comitato di gestione della Unità sanitaria locale RM 1 che rispettivamente nel 1979 e nel 1980 hanno condiviso l'impostazione descritta.

Di questo fatto peraltro va espresso ampio ringraziamento al senatore Ranalli, che a

quel tempo si adoperò molto per sciogliere i problemi che pur esistevano; infatti egli allora era l'assessore competente.

Il provvedimento all'esame, dunque, non è altro che una sanzione legislativa di una situazione esistente e già legittimata a livello amministrativo, senza alcuna innovazione e senza oneri finanziari aggiuntivi.

Sottoscritto dai Presidenti di tutti i Gruppi politici, il disegno di legge — che consta di un solo articolo — è condivisibile sulla base delle motivazioni addotte; sarebbe peraltro opportuno precisare al terzo comma che le convenzioni tra la regione Lazio e ciascuno degli organi costituzionali devono tenere conto del modello organizzativo funzionante in relazione alla peculiarità del servizio.

La formulazione di un emendamento in tal senso potrebbe comunque trovarsi di comune accordo, così come di comune accordo è stato presentato il disegno di legge, sulla base del dibattito che fra poco si svolgerà in Commissione.

È stato anche fatto presente che, oltre al Senato della Repubblica, alla Camera dei deputati e alla Corte costituzionale, esistono altri organi costituzionali di alta qualifica che, avendo le stesse esigenze ed un personale dipendente più o meno analogo come numero e qualificazione a quello che opera in Parlamento, dovrebbero essere menzionati in questo disegno di legge.

Dichiaro aperta la discussione generale.

RANALLI. Onorevole Presidente, l'autorevolezza dei firmatari di questo provvedimento sottolinea la sua forte rappresentatività e potrebbe anche esimerci dal parlare, nel senso che si può ritenere scontata l'approvazione da parte nostra. Tuttavia qualche puntualizzazione probabilmente è utile al fine di renderci conto di ciò che stiamo facendo.

Con questo provvedimento si intende sanare una situazione provvisoria che è in piedi alla Camera e al Senato dal 31 ottobre 1979, allorchè con la regione Lazio le Presidenze dei due rami del Parlamento convennero di consentire la permanenza e il funzionamento di queste strutture sanitarie interne. Io vorrei ricordare ai colleghi che allora non fu facile, per chi dovette assumersi la responsabilità di introdurre deroghe nel momento in cui si era nella prima fase di attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ottenere l'autorizzazione per queste strutture sanitarie.

Ricordo la polemica a Roma da parte di tutti gli ambulatori aziendali che, dovendosi trasformare in ambulatori territoriali secondo il nuovo criterio della legge n. 833, assunsero una posizione di relativa distanza, se non di attiva polemica, rispetto al fatto che si riconosceva una specificità, oggettivamente dimostrabile del resto, per quanto riguardava il Senato e la Camera. Per cui, allo stato attuale, con questo provvedimento noi sanzioniamo una situazione di fatto che decorre sin da quel giorno, che è stata successivamente accettata con atto dell'Unità sanitaria locale competente per territorio, atto nei confronti del quale — ove non vi fosse noto — si era manifestata l'intenzione di interferire da parte della magistratura, la quale evidentemente riteneva che questo stato di cose, non essendo sostenuto da un disposto di legge, dovesse essere sanato.

E quindi — se permettete — ho anche un qualche interesse a che la questione sia legislativamente sanata, essendo mia la primaria responsabilità di aver concesso tale autorizzazione.

Detto questo, vorrei però aggiungere che noi dobbiamo anche essere coscienti di ciò che stiamo facendo perchè, in verità, la legge n. 833, quando ha voluto creare delle riserve e delle autonomie specifiche, come nel caso delle Forze armate o in quello relativo al riconoscimento dell'idoneità fisica e psichica del personale che conduce i locomotori delle ferrovie dello Stato, le ha espressamente previste. Quindi, evidentemente, noi operiamo una innovazione rispetto alla legge n. 833; si tratta di una cosa certamente di poco conto, però, vorrei che di ciò fossimo coscienti e consapevoli. È tuttavia mutato il clima ed è cambiata, anche nei confronti della legge n. 833, la situazione per cui mi sembra che sotto questo profilo si possa procedere con minori preoccupazioni, nella speranza che non vi sia qualche malizioso giornalista che magari — lo dico perchè il rischio ci può essere — tra le mille cose che facciamo vada ad enucleare questo provvedimento per dire:

«Ancora una volta si aggiustano le cose in casa loro, si creano l'ambulatorio di Palazzo». Speriamo comunque che prevalga la ragione e la considerazione dell'oggettività della situazione, nonchè della specificità dei motivi che valsero allora e che, dopo alcuni anni, credo debbano e possano valere ancora.

In quale direzione stiamo andando, però, onorevole Presidente, (e poi concludo avendo già fornito qualche ulteriore elemento di riflessione ed espresso in proposito la mia personale adesione e quella del mio Gruppo, e del resto il presidente di esso senatore Chiaromonte è uno dei firmatari del disegno di legge) con questo provvedimento? A me pare, signor Presidente, che stiamo andando verso la definizione di una convenzione da parte della regione Lazio con una struttura sanitaria interna «di Palazzo» che diviene sempre più privata. Dico questo perchè i colleghi sapranno che il personale che opera nell'ambulatorio è dipendente del Senato, ancorchè abbia riconosciuto il diritto di essere personale convenzionato esterno presso strutture ambulatoriali pubbliche. Quindi, è all'interno della convenzione, a mio giudizio — essendo io d'accordo sul testo così come è stato elaborato e sottoscritto —, che potranno trovarsi tutti quegli opportuni accorgimenti atti a realizzare un più alto livello complessivo delle prestazioni interne, correlate all'esterno.

Questo provvedimento, infatti, signor Presidente, deve costituire — secondo me — l'occasione per determinare un miglioramento funzionale organizzativo del servizio nella sua struttura interna e per ricercare attraverso la Regione — e quindi attraverso la convenzione — un miglioramento dei rapporti con il sistema sanitario romano, perchè poi questo è il punto fondamentale. Ebbene, in verità, nei casi peraltro più dolorosi e nelle drammatiche circostanze che abbiamo anche noi vissuto per la sorte di alcuni colleghi, quel che è venuto meno sono state proprio queste due cose, vale a dire un primo intervento effettuato con mezzi all'altezza della situazione e successivamente la possibilità di essere rapidamente introdotti nei terminali ospedalieri e soprattutto nelle strutture più specializzate, quelle cioè munite di reparti di cardiochirurgia, di unità coronarica, eccetera.

Pertanto, vorrei sottolineare che questo provvedimento deve costituire l'occasione, per gli organi di autogestione del Senato, della Camera e della Corte costituzionale, di una riflessione volta ad un miglioramento più complessivo di tutta la struttura interna, nonchè di quella — ma questo non è scontato — di cui possiamo disporre fuori. In sostanza, quindi, questa relativa privatizzazione del servizio interno o si commisura con le difficoltà che poi si incontrano sul territorio o diventa una velleità. Questo lo voglio dire con molta chiarezza perchè tali problemi li ho vissuti come assessore regionale alla sanità; sono praticamente l'autore di questa convenzione che stiamo trasformando in legge e quindi credo di avere il dovere, nella misura in cui ciò è possibile, di sensibilizzare in proposito la Presidenza, la Commissione e gli organi di autogestione del Senato.

Vorrei inoltre aggiungere, signor Presidente, che mi parrebbe tuttavia un po' difficile — lo dico in tutta libertà, se volete prendetela come opinione personale —, proprio per le ragioni giuridiche e di fatto che ho testè ricordato, chiuderci in una suprema autonomia interna senza correlarci all'esterno, perchè poi dei servizi esterni ne abbiamo bisogno. Pare quindi un po' difficile stabilire che la regione Lazio, che poi è nostra interlocutrice in quanto soggetto giuridico stipulante la convenzione, non possa esercitare alcuna vigilanza, nè alcun controllo nell'ambito del rapporto che si determina tra questo servizio e le strutture sanitarie pubbliche. Questo lo voglio dire con tutta tranquillità al fine di risolvere meglio il problema, e non credo che ciò possa interferire con la piena autonomia degli organi costituzionali. Cerchiamo quindi di avere una visione realistica delle cose e andiamo a delle soluzioni che siano sì giuridicamente corrette, ma servano anche praticamente nei fatti.

Infine, signor Presidente, vorrei dire che nell'ottobre 1979 mi dovetti occupare anche del CNEL, che quale organo costituzionale è anch'esso disciplinato con questa normativa transitoria. Io non conosco le ragioni che

hanno spinto i promotori dell'iniziativa a limitare il discorso al Parlamento e alla Corte costituzionale. Mi sembrerebbe tuttavia di convenire con il presidente Bompiani che, essendovi stato qualche altro organo costituzionale che all'epoca sollevò il problema e che ottenne la deroga dalla giunta regionale del Lazio e visto che dobbiamo emanare un provvedimento legislativo, salvo che non esistano ragioni che io non conosco e che possono essere validissime, converrebbe con l'occasione regolare una volta per tutte la materia, considerando anche tutti gli altri organi che sono soggetti costituzionali.

CONDORELLI. Signor Presidente, sono d'accordo sulla necessità di mantenere strutture sanitarie riservate, nei palazzi ove hanno sede gli organi costituzionali, con funzioni soprattutto di pronto soccorso: questione, questa, che ritengo di fondamentale importanza. Mi sorprende però, anzi mi sbalordisce, la necessità di dover approvare addirittura una legge in materia, in quanto sono convinto che sarebbe sufficiente stipulare una convenzione regionale. Sono d'accordo con il senatore Ranalli quando afferma che questa «leggina», in realtà innocua, solleverà un vero vespaio: si dirà che i senatori ed i deputati hanno creato una legge su misura per la loro salute. Mentre, secondo me, l'aspetto più importante del problema è rappresentato soprattutto dalla necessità di realizzare un vero ed efficace pronto soccorso cardiologico. In tutte le nazioni più avanzate sono stati fatti dei notevoli progressi in questo senso e sappiamo a quali ammirevoli risultati siano giunti. La stessa Organizzazione mondiale della sanità si è fatta promotrice della diffusione di questo tipo di pronto soccorso. Abbiamo, inoltre, l'esempio di modelli organizzativi applicati soprattutto negli Stati Uniti, in Canadà, in Norvegia, che sono di grande rilievo ed importanza. Con questo tipo di organizzazione, infatti, viene diffuso tra la popolazione un tipo di educazione sanitaria che permette a chiunque di poter intervenire prontamente in caso di urgenza. A tale scopo vengono istituiti dei corsi, ai quali può accedere chiunque fin dall'età di 12 anni, in cui vengono spiegate attraverso videocassette e lezioni pratiche su manichini le principali tecniche della rianimazione; questi corsi hanno una durata media di tre ore. Per quanto riguarda il soccorso mobile, poi, vi sono delle autoambulanze attrezzate appositamente e alle quali è addetto del personale parasanitario preventivamente addestrato — con 6 o 8 mesi di corso — a rianimare persone con arresto cardiocircolatorio o affette da fibrillazione ventricolare, che, come sapete sono tra le cause più frequenti di morte. Pensate, ad esempio, che nella città di Seattle vi è una organizzazione sanitaria e dipartimentale per cui sia i vigili del fuoco che l'ambulanza riescono a giungere sul luogo ove è richiesta la loro presenza nel giro di 3 minuti, con risultati sbalorditivi in quanto oltre il 60 per cento delle persone colpite da arresto cardiocircolatorio o da fibrillazione ventricolare sopravvive. Il primo soccorso in questi casi è fondamentale dato che, una volta rianimato, il paziente in genere sopravvive fino al momento in cui verrà condotto in un ospedale dove poi riceverà le cure del caso.

Ritengo, dunque, importante riuscire a realizzare questo tipo di organizzazione sanitaria anche nel nostro Paese, non solo però nel cosiddetto «Palazzo», ma in tutta la Nazione. A questo proposito vorrei proporre che nel disegno di legge di riforma delle unità sanitarie locali venga introdotto un articolo con cui si dia la possibilità alle Regioni di creare delle convenzioni a questo proposito, quindi senza dover ricorrere a ulteriori leggi che possono ritardare tutto il sistema.

Sono d'accordo con il senatore Ranalli quando afferma che la struttura che vogliamo creare con questo disegno di legge dovrà avere soprattutto funzione di pronto intervento nei casi in cui necessita la rianimazione o la defibrillazione. A tale scopo sarà necessario che le persone addette a tale servizio seguano un corso specializzato a questo fine. Purtroppo abbiamo constatato di persona, quando è morto il senatore Valori, come in Senato non esista un tale tipo di struttura. Ma ancora prima che avvenisse quell'incidente, ricordo che l'allora presidente Cossiga ci chiese se il nostro ambulatorio era in grado di far fronte ad una eventuale emergenza del genere di cui parlavo prima; noi purtrop-

po abbiamo dovuto rispondere negativamente. Tra l'altro mancano i farmaci adatti, oltre al defibrillatore. Questo, dunque, è il nocciolo della questione.

Ripeto, sono favorevole alla soluzione di questo problema, ma non vedo la necessità di una legge, perchè oltrettutto questa potrebbe creare degli effetti negativi sull'opinione pubblica. Ritengo che questo tipo di struttura si possa realizzare con la massima semplicità, consentendo alla Regione di organizzarla in maniera rapida ed efficiente, senza gli intralci burocratici di questo disegno di legge.

BOTTI. Signor Presidente, alle perplessità ed alle riserve avanzate dai colleghi Condoreli e Ranalli vorrei aggiungere quelle mie personali che, forse, sono di ordine più squisitamente tecnico.

Ritengo, infatti, che questo disegno di legge, pur necessario, non esaurisca tutte le necessità sanitarie dei parlamentari ed in particolare quelle relative alle prestazioni di urgenza cui faceva riferimento anche il presidente Bompiani. Vorrei ribadire il concetto che una cosa è la prestazione sanitaria, che può essere programmata e per la quale si può fare capo all'USL di competenza, altra cosa è, invece, la prestazione sanitaria di emergenza. Questo disegno di legge, secondo me, è carente sotto quest'ultimo aspetto, in quanto non mira a salvaguardare e migliorare l'organizzazione dell'ambulatorio medico del Senato per far fronte alle eventuali emergenze (mi risulta ad esempio che la Camera dei deputati sia attrezzata meglio in questo senso). Oltre all'esempio del senatore Valori, cui accennava poco fa il senatore Condorelli, vorrei ricordare l'incidente occorso al ministro Carta. Quest'ultimo, lo scorso anno, ha avuto un malore una sera alle 21,30 — ero presente ed ho partecipato personalmente ai soccorsi — e solo dopo un'ora è giunta l'autoambulanza; nel frattempo il paziente aveva raggiunto una frequenza cardiaca di 35-40/min. ed una pressione massima di 70-75/min. Nel caso del senatore Valori, ricordo che siamo andati al più vicino ospedale dove, constatata l'emergenza strettamente specialistica, hanno consigliato di portare il paziente all'ospedale S. Camillo, perdendo in tal modo dei minuti preziosi.

Non penso che il senatore Valori avrebbe potuto, con una maggiore tempestività nelle prestazioni di cui aveva bisogno, salvarsi la vita, però indubbiamente due ore sono molte. Il problema allora è quello di organizzare in modo diverso anche il nostro ambulatorio, metterlo cioè in grado di sopperire alle emergenze che possono capitare durante lo svolgimento dei lavori parlamentari ed anche al di là dei lavori parlamentari. A questo proposito vorrei ricordare anch'io, come ha fatto il collega Condorelli, che subito dopo i due incidenti ricordati, l'allora presidente del Senato, senatore Cossiga, convocò insieme a noi anche il senatore Campus dandoci il mandato di organizzare su basi razionali l'ambulatorio esistente. Noi facemmo un elenco di farmaci di emergenza, soprattutto cardiovascolari, facemmo una lista di apparecchiature necessarie (che fondamentalmente si risolve nell'acquisto di un *monitor* e di un defibrillatore e nell'insegnare a qualcuno ad impiegarli), però a tutt'oggi, nonostante una sollecitazione del Gruppo comunista per verificare a che punto si trovasse la soluzione di questa particolare problematica, io non so nulla.

MELOTTO. Signor Presidente, colleghi, mi ritrovo molto in quello che ha detto il collega Ranalli perchè ricorda momenti roventi nei quali chi veniva dalla periferia con l'enfasi di attuare la riforma sanitaria non avrebbe mai considerato la possibilità di eccezioni di alcun genere. Credo che un po' d'acqua sia passata sotto i ponti; le condizioni attuali ci rendono tutti più realisti e credo che in questo clima bisogna pensare a realizzare qualcosa che serva perchè, altrimenti, rischiamo di sanare una situazione, ma non di gestirla da domani in avanti. Un pronto soccorso organizzato così com'è attualmente a me pare largamente superfluo.

Io credo che vi sia la necessità per gli organi costituzionali, data la vita che indubbiamente ognuno di noi vi svolge, lo *stress* che si vive in tante ore del giorno e della notte, di organizzare un servizio di pronto soccorso rispondente alle esigenze: se la struttura dovesse essere modesta potrebbe solo dare ri-

sposte non dico occasionali, ma assolutamente insufficienti alla domanda. Soprattutto bisogna far sì che venga colto il momento dell'urgenza con risposte le più tempestive possibili, perchè sarebbe insufficiente un pronto soccorso che implicasse la necessità di attendere oltre un'ora un'autoambulanza e magari due ore per sapere dove ricoverare un parlamentare o un funzionario o quanti altri lavorano in queste istituzioni.

Credo quindi che la convenzione, oltre che prevedere il pronto soccorso in questa sede dovrebbe anche prevedere a quali strutture pubbliche appoggiarsi in caso di necessità. Giustamente dicevano il professor Botti e il professor Condorelli che queste sono le esigenze: non si tratta di patologia normale o di patologia per la quale si possa pensare a soluzioni diverse. Per queste esigenze, quindi, la convenzione dovrebbe prevedere non solo un pronto soccorso organizzato con il massimo impegno all'interno degli organi considerati, ma anche all'esterno.

Le autorevolissime firme dei presentatori di questo disegno di legge mi impediscono di fare altri commenti; solo non capisco perchè vi sia bisogno di una leggina per risolvere la questione. Credo che la legge n. 833 potrebbe lasciar spazi per questa convenzione della quale, oltretutto, gli organismi interessati se ne assumeranno l'onere finanziario.

RANALLI. Non è così.

MELOTTO. Siccome la convenzione prevede che gli organi costituzionali se ne assumono l'onere finanziario, mi pare che in base alla legge n. 833 sia possibile, senza il supporto di una legge che tutto sommato estraneando questi organi ci mette in difficoltà, risolvere la questione così come è successo per le Ferrovie dello Stato e altri enti. In definitiva molte industrie, dove si lavora in situazione di rischio, hanno delle loro strutture sanitarie che funzionano e per le quali pagano.

Detto questo, vorrei pregare il Presidente di approfondire questo aspetto per vedere se vi è la assoluta necessità di una legge e in ogni caso, per tenere presente l'esigenza che la convenzione preveda anche strutture ospedaliere di riferimento.

Fra gli organi costituzionali, il senatore Ranalli ha citato anche il CNEL; ma credo che la Presidenza della Repubblica non possa proprio essere esclusa, perchè o vengono compresi tutti gli organi costituzionali data la particolare funzionalità degli stessi, o altrimenti verrebbe a cadere uno degli elementi giustificativi di questo disegno di legge.

Aggiungo come ultima considerazione che la convenzione dovrebbe rendere elastico il rapporto così da non mettere tutte le spese a carico del Servizio sanitario, ma di metterne larga parte a carico di ciascun organo, affinchè appaia chiaro che non si tratta di un privilegio, ma di un momento di funzionamento migliore di un servizio al quale peraltro ognuno è chiamato a concorrere.

MITTERDORFER. Signor Presidente, vorrei fare un brevissimo intervento di chiarificazione.

Nell'ultima riunione dei Presidenti dei Gruppi parlamentari è stata sollevata dal Segretario generale una questione delicatissima, in merito ad una lettera scritta — se ho ben capito — dalla regione Lazio. La regione Lazio contestava alle strutture sanitarie del Senato e della Camera quella posizione particolare che esse hanno, chiedendo o l'apertura al pubblico degli ambulatori esistenti nelle due Camere o, in via alternativa, la loro chiusura. Si tratta quindi di una sorta di *aut-aut* dal quale non si è ritenuto di poter uscire se non attraverso una legge dello Stato.

La questione è di notevole urgenza e in quella occasione è stato concordemente firmato da tutti i rappresentanti dei Gruppi il disegno di legge al nostro esame, che ha rapresentato la risposta interlocutoria alla Regione, la quale dovrà attendere che la situazione sia regolata con legge dello Stato. Ciò al fine di uscire da un *impasse* divenuto di difficile soluzione. È stata appunto questa la ragione per cui, come ho già detto, i rappresentanti di tutti i Gruppi parlamentari hanno ritenuto opportuno firmare questo provvedimento.

Ho voluto chiarire questo aspetto, ricordando e rendendo nota ai colleghi la discussione svolta alla riunione dei Presidenti di Gruppo.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Senatore Mitterdorfer, la ringrazio delle precisazioni che ha ritenuto opportuno fare e

che sono assai utili al fine di capire lo spirito da cui è mosso il provvedimento che oggi abbiamo in esame.

GALDIERI. Scinderei il provvedimento che oggi abbiamo in esame in due parti. La prima riguarda l'istituzione di pronti soccorso all'interno della Camera e del Senato. La seconda parte riguarda le spese; al riguardo riterrei opportuno che tutte le spese relative alle attrezzature fossero poste a carico dello stesso Senato, e così pure che al Senato competesse la scelta delle attrezzature. In tal modo non graveremmo sul bilancio della USL e avremmo altresì la possibilità di scegliere apparecchi che abbiano un carattere di specificità.

La USL dovrebbe fornire al Senato solo il personale. Se anche la Camera e gli altri organi costituzionali si orientassero in questo senso, il disegno di legge avrebbe come unico effetto il mantenimento del carattere riservato degli ambulatori.

SIGNORELLI. Sono d'accordo con le precisazioni che ha testè fatto il senatore Galdieri, anch'egli, come me, medico.

Bisognerebbe inoltre definire meglio il ruolo degli ambulatori esistenti nelle Camere. Mi rendo conto infatti che le patologie tipiche di coloro che sono impegnati nell'attività politica possono creare delle emergenze. Ho rilevato una condizione — la chiamerei la «sindrome del parlamentare» — per la quale, senza volere pensare al peggio, è opportuno fare un rapido *screening* dello stato di malessere con sudorazione, ipotensione, vertigini, palpitazioni, con qualche extrasistole. Tale condizione, che può colpire anche una persona del tutto sana, può rappresentare uno stato di emergenza o portare alla luce una patologia fino a quel momento latente e innestare una esigenza di pronto intervento. È necessario pertanto capire bene a quale livello possiamo agire e con quali meccanismi.

Le emergenze richiedono un pronto intervento. Gli accidenti cardiocerebrovascolari, tra cui fondamentalmente rientrano la situazione preinfartuale e le situazioni di coma dismetabolici, rappresentano condizioni di emergenza gravi.

Per le altre situazioni meno gravi come la sindrome da *stress* dei parlamentari, è necessario assicurare, intanto, un minimo di intervento farmacologico da parte di persone adeguate. Una sindrome di tal genere, infatti, comporta uno stato di paura. Bisogna perciò sapere bene come intervenire in quelle che sono, in sintesi, le condizioni possibili di patologia.

ALBERTI. Signor Presidente, una struttura di pronto intervento al'interno delle Camere è a mio avviso necessaria.

Grazie all'intervento del senatore Mitterdorfer, ho compreso meglio la necessità di questo disegno di legge, di cui altrimenti non si comprenderebbe la ragione perchè, come ha affermato anche il senatore Condorelli, potrebbe sembrare sufficiente una convenzione, senza dover ricorrere allo strumento legislativo.

Non si capisce perchè, però, di questa struttura di pronto intervento debbano fruire anche i familiari dei parlamentari e dei dipendenti come pure gli ex-parlamentari: si determina in tal modo un vero e proprio privilegio.

Certo, è opportuno varare il provvedimento al nostro esame, e definire così una volta per tutte i rapporti tra gli ambulatori della Camera e del Senato e le USL; tuttavia il disegno di legge dovrebbe riguardare esclusivamente i componenti delle Assemblee parlamentari e i dipendenti che operano nelle stesse. Concordo sull'opportunità di estendere la portata del provvedimento anche agli altri organi costituzionali, sempre tenuto conto dei limiti che comporta una struttura di pronto intervento della USL nell'ambito di tali istituzioni.

Siamo esposti, se non consideriamo la questione in questa ottica, alla critica di voler creare una struttura privilegiata con autonomia organizzativa e con personale assunto direttamente dalle amministrazioni dei due rami del Parlamento e non dalla USL, come invece dovrebbe avvenire nel caso in cui questi ambulatori fossero considerati strutture dell'unità sanitaria locale.

RANALLI. Avevo già fatto presente che questo provvedimento in verità è reso oggi necessario da una certa evoluzione dei fatti,

perchè già all'epoca si dovette accettare una deroga alla legge n. 833, in quanto non fu esaminata, dagli uffici legislativi della Regione, la questione relativa alle esigenze dei due rami del Parlamento e al funzionamento dei loro servizi sanitari. Del resto la n. 833, quando prevede delle deroghe, le indica esplicitamente.

Quindi sono sette-otto anni che si va avanti sulla base di una convenzione che si sarebbe dovuta definire attraverso una norma di legge, come fu precisato già nel 1979. Questo non è avvenuto, anche perchè la polemica si è esaurita e la situazione è andata avanti di fatto; tuttavia la sanità romana è stata scossa da vicende non semplici, che tutti conoscono, e la USL RM 1 è stata al centro di un fuoco di fila della magistratura.

Allora non c'è dubbio che, essendo questa struttura sanitaria non autonoma nel suo finanziamento, ma correlata ai finanziamenti del fondo sanitario nazionale, in quanto si considera sostitutiva nel fornire prestazioni che si dovrebbero ottenere attraverso le strutture territoriali, è necessario che essa sia coerente con le leggi vigenti. In verità queste disposizioni al nostro esame non sono coerenti; per cui, signor Presidente, devo immaginare che i proponenti siano stati convinti da chissà quale autorevole giudizio legislativo in materia.

Sicuramente la regione Lazio si è fatta carico delle preoccupazioni della USL RM 1, perchè il presidente di quest'ultima, Nando Agostinelli, ha più volte dichiarato di non volersi trovare in una situazione per lui difficile a causa delle esigenze dei senatori e dei deputati. È quindi nata la necessità di dare una soluzione istituzionale al problema. Tuttavia, una volta che si opera in questo senso, allora bisogna farlo al meglio ed esaminare più approfonditamente il merito delle proposte.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. Dichiaro chiusa la discussione generale. Come relatore ho ascoltato con molto interesse gli interventi e ho preso buona nota delle osservazioni fatte. A mio avviso potremmo rinviare l'esame degli articoli alla seduta del pomeriggio: una volta accertati i limiti delle possibilità di integrare il testo, dobbiamo cercare di trovare un punto di incontro definitivo.

Devo di nuovo ribadire che il problema di una struttura sanitaria interna al Parlamento esiste; d'altra parte, la riservatezza dei lavori parlamentari comporta che non possano avere accesso in queste strutture persone estranee, sia pure si tratti di cittadini degnissimi ed ugualmente bisognosi di prestazioni ambulatoriali. L'esigenza di far fronte ad emergenze qui nell'interno dei palazzi che racchiudono l'attività legislativa, l'avete sottolineata tutti voi. Anzi è stato ribadito come talvolta non si è stato in grado di far fronte a situazioni urgenti. Sono quindi d'accordo con il senatore Mitterdorfer (del resto il senatore Ranalli aveva già indicato il problema) sul fatto che occorra intervenire sul piano legislativo dato che non si possono aprire al pubblico gli ambulatori esistenti nelle due Camere.

Negli interventi dei senatori Botti, Condorelli e Signorelli è apparso chiaro che anche interventi di profilassi a livello ambulatoriale nei confronti degli stessi senatori possono prevenire la necessità di emergenze, perchè il controllo sistematico, ad esempio della pressione arteriosa, che viene fatto in questi ambulatori contribuisce ad eliminare l'eventualità di situazioni difficili.

Si tratta quindi di una struttura che va adeguata alle esigenze dei senatori, dei deputati e del personale che non può allontanarsi per motivi di lavoro. È ovvio che, se il parlamentare potesse uscire per svolgere i suoi controlli altrove, non avrebbe necessità di questa struttura. Qui non si cercano privilegi: è una esigenza concreta, quella cioè di lavorare con tranquillità, avendo a disposizione sul posto di lavoro una struttura sia ambulatoriale, che di pronto soccorso. Allo stesso tempo non si deve andare oltre queste necessità.

È vero che la convenzione dà già una certa sicurezza; ma quando la controparte sottolinea l'esistenza di questa precarietà, comprendete allora che anche la lodevolissima iniziativa, che prese il presidente Cossiga in precedenza, di chiamare ad esprimersi le

persone interessate al miglioramento dei servizi, può vanificarsi se poi queste strutture non possono esistere.

Molti interventi sono stati rivolti criticamente al funzionamento della struttura attuale, piuttosto che al funzionamento futuro. Intanto bisogna dare stabilità alla struttura stessa, e purtroppo sembra che l'unica via percorribile sia quella del disegno di legge proposto dai Presidenti dei Gruppi parlamentari. Ciò serve anche per chiarire all'opinione pubblica che si tratta di un servizio necessario. Devo sottolineare tra l'altro che il livelo dell'ambulatorio è migliorato, essendo stati acquistati nuovi strumenti.

Circa la possibilità di estendere questo regime ad altri organi costituzionali, personalmente non ho nessuna obiezione, anzi sono grato a coloro che hanno sollevato la questione. Laddove esistono le stesse condizioni, cioè l'impossibilità di recarsi all'esterno nelle strutture pubbliche o private per eventuali controlli sanitari a causa di motivi di lavoro, è utile e prudente anche per altri organi dello Stato mettere a disposizione nella stessa sede mezzi adeguati per la tutela della salute.

Detto questo in termini generali, mi riservo di prendere in considerazione le proposte concrete che verranno avanzate, accettando fin da questo momento eventuali emendamenti che vadano nella direzione che stiamo delineando, quella cioè del riconoscimento della necessità che venga definitivamente regolamentata per legge l'esistenza di questi servizi presso la Camera, il Senato e gli altri organi costituzionali, quali la Presidenza della Repubblica o il CNEL. In merito a quest'ultimo, però, devo far presente che si tratta di un organo che è soggetto a verifica addirittura in relazione alla propria esistenza ed inoltre che non lavora con gli stessi nostri ritmi, bensì fa regolare orario d'ufficio. Pertanto, fin d'ora vorrei dire che mi sembrerebbe voler «stiracchiare la coperta per coprire membra che non dovrebbero esserlo». Sottolinerei, invece, la necessità che vi sia chiarezza, vale a dire che le nuove convenzioni che dovranno essere stipulate partano dall'esistente, senza rivoluzionare del tutto lo stato attuale di strutturazione e di organizzazione. Quindi, mi permetto di sollecitare l'attenzione dei colleghi su questo aspetto ed eventualmente presenterei un emendamento al fine di dare certezza al mantenimento della continuità del servizio, sia pure con la finalità di migliorarlo e qualificarlo sempre più nel settore dell'ambulatorio o in quello dell'emergenza, a seconda di ciò che gli onorevoli colleghi riterranno più opportuno.

MELOTTO. Vorrei fare una brevissima integrazione del mio precedente intervento. Mi pare che sia ormai chiaro l'obiettivo che si vuole perseguire con il disegno di legge al nostro esame; credo però sia in netto contrasto con tale finalità, per i rapporti che dobbiamo sempre tenere con l'esterno, l'inclusione degli *ex-* parlamentari e dei familiari perchè, qualora passasse questa impostazione, l'ambulatorio si trasformerebbe in un presidio aperto ed allora non si capirebbe più perchè alcuni potrebbero usufruirne ed altri no. Se invece rimane all'interno, a disposizione di chiunque opera in collaborazione con i parlamentari, allora assume una connotazione ben precisa che ne giustifica la presenza.

MITTERDORFER. Poichè anche all'altro ramo del Parlamento stanno trattando la stessa materia, vorrei sottolineare l'esigenza che si proceda di concerto, evitando così il rischio di soluzioni differenti.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. A questo punto, come relatore propongo di sospendere l'esame del provvedimento per effettuare i necessari approfondimenti. Vorrei però fin d'ora chiarire che, l'aver previsto in questo disegno di legge la possibilità del ricorso all'ambulatorio interno anche per il familiare del parlamentare o del dipendente, a mio parere va riferito al caso del familiare che, presente in sede, si senta male ed abbia necessità di essere assistito.

DE LORENZO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo prende atto della volontà unanime espressa dalla forze politiche in ordine al problema, ma si riserva di compiere una verifica con la regione Lazio e di vedere se, alla luce delle normative esistenti, è ne-

cessario apportare al testo qualche miglioramento. Pertanto, concorda con la proposta del relatore di rinviare l'esame del provvedimento.

IMBRIACO. A me sembra che l'*iter* del provvedimento al nostro esame sia abbastanza anomalo dato che mi è parso di capire che la gran parte dei presenti ha preso conoscenza del testo del disegno di legge soltanto stamane. Ritengo, tra l'altro, che la stesura dell'articolo unico e le improprietà in esso contenute siano legate soprattutto al fatto che i presentatori, mossi dalla preoccupazione di dare certezza di legge ad una struttura particolare, e poco esperti della materia abbiano redatto l'articolo lasciando poi ovviamente a noi il compito di vedere quali contraddizioni poteva aprire.

Ebbene, alla luce della discussione svoltasi, io penso che il presidente Bompiani potrebbe rappresentare alla Presidenza del Senato le nostre preoccupazioni e formalizzare, presentando appositi emendamenti, le osservazioni che sono state fatte, tenendo sempre presenti i punti fondamentali che hanno richiesto la presentazione del disegno di legge: in primo luogo, che tali presidi sanitari non siano aperti all'esterno, ed in secondo che si sani, con un provvedimento legislativo su cui tutti siamo d'accordo, la contraddizione venutasi a creare con la USL RM 1. Per quello che mi riguarda poi, l'autonomia organizzativa concessa agli organi costituzionali va intesa nel senso che essa è legata all'esigenza di un presidio che sia in grado di risolvere problemi di emergenza e quindi, a mio parere, occorre trovare anche per gli operatori una soluzione più razionale.

In conclusione, mi permetterei di rassegnare al presidente Bompiani il mandato di sintetizzare gli orientamenti emersi, presentando gli opportuni correttivi al testo.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione*. A titolo personale, vorrei chiarire che tale presidio deve svolgere, sia pure per gli interni, anche un'attività ambulatoriale oltre che di emergenza. Deve essere chiaro, cioè, che in esso sono compresi entrambi gli aspetti che oltretutto sono difficilmente scindibili.

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

I lavori terminano alle ore 12,20.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE