

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
MARIO CLEMENTE MASTELLA

La seduta comincia alle 9,30.

NICOLA BONO, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta del 3 giugno 1998.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Andreatta, Berlinguer, Bordon, Burlando, Finocchiaro Fidelbo, Mattioli, Rivera, Testa e Visco sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Sono altresì considerati in missione, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge costituzionale 24 gennaio 1997, n. 1, i deputati membri della Commissione parlamentare per le riforme costituzionali facenti parte dell'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi, in relazione alla riunione del medesimo in data odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono quarantatre, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Svolgimento di una interpellanza e di interrogazioni (ore 9,35).

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

(Esposizione alle onde elettromagnetiche)

PRESIDENTE. Cominciamo con l'interrogazione Cento n. 3-01209 (*vedi l'allegato A - Interpellanza ed interrogazioni sezione 1*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, le preoccupazioni espresse nell'interrogazione dell'onorevole Cento hanno trovato particolarmente attenta, in primo luogo, la regione Lazio, territorialmente competente per i fatti citati e denunciati nella stessa interrogazione. Al riguardo, infatti, l'osservatorio epidemiologico ha prontamente attivato un'indagine, di cui è possibile analizzare i risultati in questa sede.

Tale indagine epidemiologica è stata condotta nella zona indicata e in aree comprese entro una distanza di 0,3, 0,5 e 3,5 chilometri dalle due maggiori sorgenti di presunta esposizione, con l'obiettivo di valutare il possibile incremento di rischio di patologie tumorali e della tiroide. In base ai dati ISTAT, la popolazione residente all'interno dell'area è risultata di 1.456 persone distribuite in maniera diversa nelle tre fasce. Le analisi condotte si basano sui dati di mortalità relativi ai cittadini residenti nel periodo 1987-1995 e utilizzano una metodologia di analisi geografica. Per il calcolo dei cosiddetti indicatori di mortalità si è fatto riferimento alla popolazione residente in ciascuna area, distinta per sesso ed età, mentre per ogni causa di morte è stato calcolato il numero di morti attese, in termini appunto statistici, applicando alla popolazione considerata i tassi di età specifici

osservati all'interno del comune di Roma nello stesso periodo.

I rapporti standardizzati di mortalità, corretti per livello socio-economico, sono stati calcolati come rapporto fra i decessi effettivamente osservati e quelli attesi (è la metodologia statistica utilizzata). Il cosiddetto intervallo di confidenza, al 95 per cento, rappresenta quindi il grado di incertezza associato alla stima del rapporto standardizzato di mortalità. Riguardo alle singole forme neoplastiche e alle patologie non oncologiche considerate, non si sono osservati eccessi, nel senso di scostamenti di rilievo fra i dati attesi e quelli osservati di significatività statistica, con la sola esclusione dei tumori dell'intestino e del retto (otto casi osservati contro tre attesi), per i quali, al momento attuale, non sembra sostenibile un possibile legame con l'inquinamento elettromagnetico. Anche nell'area entro 0,5 chilometri, i dati rilevati sulla mortalità appaiono compatibili con quanto atteso. In conclusione, questa ricerca condotta dall'osservatorio epidemiologico sulla base dei dati desumibili, non ha dato indicazioni di un'aumentata patologia per la popolazione residente nella zona in esame.

Per quanto riguarda, appunto, la prevalenza e l'eccesso di tumori dell'intestino, in assenza della letteratura scientifica sulla possibile associazione fra questi e le onde elettromagnetiche, occorre valutare ulteriormente il dato, per poterne dare una spiegazione.

Inoltre, la stessa regione, nell'ambito delle proprie attribuzioni in materia di salvaguardia della salute umana nel proprio territorio, ha dichiarato di reputare comunque indispensabile il monitoraggio epidemiologico della popolazione residente, in rapporto non solo alla mortalità, ma anche alla morbosità.

Per quanto riguarda invece, più in generale, il rapporto fra onde elettromagnetiche e insorgenza di forme neoplastiche (in particolare, leucemie infantili), la letteratura scientifica suggerisce, anche se non ne fornisce ancora la documentata certezza scientifica, un possibile legame

fra esposizione all'inquinamento elettromagnetico e insorgenza di alcuni tipi di neoplasie, anche se — ripeto — manca ancora la documentazione scientifica del nesso causale e delle spiegazioni del meccanismo biologico che ne sta alla base.

In ogni caso, proprio in virtù di questi studi che si stanno accumulando (ne sono in corso altri, da cui ci auguriamo di poter avere anche riscontri più precisi) e per un principio di cautela, i Ministeri della sanità e dell'ambiente hanno dato vita a un gruppo interministeriale di lavoro, a livello tecnico di esperti, proprio per affrontare il problema delle radiazioni elettromagnetiche e dei possibili danni alla salute umana. Esso ha già predisposto che un disegno di legge-quadro è stato varato dal Consiglio dei ministri, a tutela dell'inquinamento elettromagnetico negli ambienti di vita e di lavoro, presentato per la discussione parlamentare. Importante è che in esso, proprio in relazione alla suggestione che proviene da alcuni studi, sia pure senza un nesso di causalità preciso, si stabiliscono degli obiettivi di qualità per la salute, volti a ridurre l'inquinamento elettromagnetico.

Inoltre, è stato varato dal Governo un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che regola finalmente le radiofrequenze, ispirato al principio cautelativo, che, seppure in assenza di certezze scientifiche, tende a limitare le esposizioni della popolazione a vari tipi di inquinamento elettromagnetico.

Riteniamo che questa azione intrapresa dal Governo sia molto importante e che non abbia eguali non solo nel nostro paese ma anche in molti altri nel resto d'Europa e ci auguriamo che il Parlamento possa rapidamente approvare la legge-quadro, sulla base della quale poi indirizzare anche tutte le successive iniziative del Governo.

PRESIDENTE. L'onorevole Cento ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-01209.

PIER PAOLO CENTO. La risposta all'interrogazione è soddisfacente per i dati

che ci vengono forniti e anche per l'attività complessiva che il Governo, il Ministero della sanità congiuntamente a quello dell'ambiente, sta mettendo in campo per quanto riguarda l'intervento generale volto alla riduzione dell'inquinamento da onde elettromagnetiche e alla prevenzione di possibili collegamenti con insorgenze tumorali.

Credo che vada accolto anche l'invito del sottosegretario a far sì che al più presto, in Commissione ambiente e successivamente in Assemblea, si giunga all'approvazione del disegno di legge, che rappresenta un primo importante passo per regolamentare con norme legislative certe la prevenzione dall'inquinamento elettromagnetico, tenendo presente la necessità di uno sforzo ulteriore per superare le resistenze che permangono su questo terreno da parte di alcuni soggetti, l'ENEL tra i tanti e, nel caso specifico, il SISMI (sappiamo quanto incidono le strutture militari o in qualche modo legate all'attività di ordine e sicurezza dei servizi, soprattutto nella città di Roma, con antenne che oggettivamente producono disturbi e comunque allarme nella popolazione).

Nello specifico rimane un dato preoccupante. Da quanto ci ha riferito il sottosegretario, è stato rilevato un parametro superiore alle aspettative con riferimento ai tumori al retto ed all'intestino. Se è vero che non può essere stabilito alcun collegamento scientifico fra questo fenomeno e la presenza di onde elettromagnetiche, sarebbe comunque utile studiare se esistano dati comparativi, ossia se questo tipo di valori in eccesso rispetto alle insorgenze tumorali si verifichi anche in altre zone in cui è presente e persistente l'inquinamento da onde elettromagnetiche: aiuterebbe a comprendere un nesso che invece allo stato attuale sarebbe sbagliato presupporre in maniera automatica. In sostanza, per stabilire un rapporto statistico che abbia rilevanza scientifica, occorrerebbe osservare in altre zone di più alto inquinamento elettromagnetico il verificarsi di analoghi fenomeni di insorgenza tumorale.

So che la regione Lazio, a seguito di questa e di altre interrogazioni sull'argomento, si è impegnata a mettere in campo sul territorio regionale sia opere di studio sia interventi legislativi per la tutela della sanità e della salute collettiva. Mi auguro che prosegua in questa indagine a tappeto, per offrire una mappa finalizzata a delimitare le zone nelle quali ormai non è più possibile aumentare il carico di onde elettromagnetiche. Da tempo nella nostra regione, così come nel paese, si parla di piani regolatori per l'inquinamento atmosferico legato alla presenza di onde elettromagnetiche. Credo che a questo punto sia necessario passare dall'enunciazione alla proposizione, tenendo presente che con questo problema si fanno i conti quotidianamente.

L'inquinamento da onde elettromagnetiche è in aumento: se non riusciamo a stabilire quali siano le zone sature (dove è necessario bloccare la messa in opera di strutture che producono inquinamento elettromagnetico) e le aree che invece sono ancora in grado di accettare un carico ulteriore, rischiamo di congestionare alcune zone a scapito di altre, con danni alle popolazioni residenti.

Credo comunque che l'impegno manifestato dal Governo sia importante e positivo. Mi dichiaro pertanto soddisfatto per la risposta alla mia interrogazione.

(Sospensione di rimborsi per trapianti nella regione Puglia)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Paolo Rubino n. 3-01949 (*vedi l'allegato A - Interpellanza ed interrogazioni sezione 2*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, in merito alle considerazioni ed alle domande poste dall'onorevole Rubino occorre chiarire che la nota del 14 novembre 1997, con cui il competente dipartimento del Ministero della sanità ha

risposto ad un quesito dell'azienda sanitaria locale Bari 4 — rendendone contestualmente edotti l'assessorato, i direttori generali delle altre aziende sanitarie e il commissariato di Governo — perseguiva il solo intento di fornire opportune indicazioni interpretative delle disposizioni (da coordinare fra loro) del decreto del Ministero della sanità 3 novembre 1989 e della legge regionale (regione Puglia) n. 25 del 1996, proprio in tema di rimborso delle spese di trasporto e di soggiorno per le cure autorizzate all'estero, con particolare riguardo agli assistiti sottoposti o da sottoporre a trapianti d'organo.

In proposito veniva ricordato quanto disposto dall'articolo 3, comma 5, della citata legge, con cui il legislatore ha demandato ad un decreto ministeriale (poi adottato il 3 novembre 1989) la fonte normativa sui criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri ad altissima specializzazione all'estero, con la fissazione dei limiti e delle modalità per il concorso nelle spese, previa definizione di quelle considerate di carattere strettamente sanitario.

Quest'ultima definizione è importante perché lo stesso articolo 3, comma 5, della legge ha ribadito il divieto di utilizzare somme del fondo sanitario nazionale per la concessione di un concorso nelle spese di carattere non sanitario.

A questo proposito nell'articolo 6 del decreto del novembre 1989 è stato previsto che solo ai fini di tale specifica assistenza all'estero siano da considerarsi spese di carattere strettamente sanitario, e quindi rimborsabili nella misura dell'80 per cento, le spese per il trasporto ovvero le spese di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, precisandosi per converso che non sono, invece, rimborsabili le spese di soggiorno intese come spese di vitto e alloggio nella località estera.

Nel rispondere allo specifico quesito rivolto, il Ministero della sanità ha dovuto necessariamente richiamare i criteri disposti per legge, con riferimento anche alla legge regionale pugliese.

Dal commissario di Governo, poi, si è appreso che la regione Puglia tramite l'assessorato alla sanità, avendo preso atto della risposta del Ministero rispetto al quesito, ha deciso spontaneamente, lo scorso mese di febbraio, di apportare modifiche alla legge regionale che verranno sottoposte all'approvazione del consiglio regionale.

Allo stesso tempo le aziende sanitarie pugliesi sono state invitate dalla regione, nelle more della modifica della legge regionale, a non effettuare rimborsi incompatibili con quanto dettato dal decreto ministeriale per spese non strettamente sanitarie, secondo l'interpretazione cui facevo riferimento precedentemente.

Tuttavia, fin dal 19 febbraio 1998, una nota dell'assessorato regionale alla sanità aveva diramato specifiche indicazioni ai direttori generali, nel senso di non rifiutare le istanze degli assistiti in base al testo originario della legge regionale, limitandosi alla sola acquisizione delle domande di rimborso presentate con la relativa documentazione di rito in attesa dell'approvazione della nuova legge regionale. Ciò in considerazione del fatto che il decreto ministeriale più volte richiamato non preclude alle regioni di assicurare ai propri assistiti la possibilità di recarsi per cure autorizzate presso centri esteri di altissima specializzazione. Vanno dunque considerate anche le condizioni di particolare disagio economico.

In tal caso queste provvidenze aggiuntive a sostegno economico in situazioni disagiate non devono farsi gravare sulla quota regionale del fondo sanitario nazionale, essendo di specifica destinazione, ma possono dar luogo a forme di assistenza sociale riferibili, in primo luogo, ai fondi dei comuni o, comunque, a leggi regionali che dividono preventivamente appositi capitoli e procedure di spesa collegati al bilancio sociale anziché a quello sanitario della regione.

PRESIDENTE. L'onorevole Paolo Rubino ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-01949.

PAOLO RUBINO. Voglio ringraziare il sottosegretario ed il Governo per la risposta e mi dichiaro soddisfatto, anche perché dopo la presentazione dell'interrogazione l'amministrazione regionale pugliese ha provveduto a correggere lo stato di cose che determinava malessere.

Pur dicendomi soddisfatto, desidero tuttavia cogliere l'occasione per rappresentare al sottosegretario un problema che va emergendo con forza sempre maggiore e che riguarda il lavoro per i trapiantati. Stranamente, infatti, si considerano non più invalidi quanti hanno subito un trapianto: dopo lo scampato pericolo per la vita si determina, dunque, un problema sociale serio, perché questi lavoratori sarebbero fisicamente idonei a svolgere qualsiasi tipo di lavoro.

Non credo, anche se non sono un medico, che sia così. Sta di fatto che si determina una situazione molto strana per cui questi lavoratori, questi cittadini, dopo un trapianto si trovano a non avere più il tipo di assistenza e di aiuto che invece prima dell'intervento avevano, ritrovandosi quindi in condizioni sociali veramente gravi.

Mi rendo conto che non è questa la sede per approfondire la questione, tuttavia desidero cogliere l'occasione per rappresentare al Governo questo problema sociale, che ripropone in termini diversi una questione che per tali cittadini diventa a volte drammatica.

(Autorizzazioni per la sperimentazione di nuovi farmaci)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Stagno d'Alcontres n. 3-02149 (*vedi l'allegato A — Interpellanza ed interrogazioni sezione 3*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. In base alle disposizioni finora vigenti (i decreti del Ministero della sanità del 28 luglio e del 25 agosto 1977) qualsiasi sperimenta-

zione clinica con un determinato farmaco presuppone l'inoltro di un'apposita richiesta al Ministero della sanità per stabilire in via preliminare se il medicinale considerato sia o meno di nuova istituzione. In caso affermativo, il medicinale deve essere sottoposto a prescritti accertamenti sulla innocuità e composizione, da parte dell'Istituto superiore della sanità. Qualora invece il farmaco non risulti di nuova istituzione, il Ministero della sanità esprime, e comunica ai richiedenti, un giudizio di notorietà o la cosiddetta deliberazione di notorietà su di esso, per cui la sperimentazione può essere effettuata senza i preliminari accertamenti dello suddetto istituto.

Esaurita questa fase preliminare, in base al decreto del luglio 1997, che ha recepito le linee guida di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, adottati dall'EMEA, ossia dall'agenzia europea per la valutazioni dei medicinali, valida in tutti i paesi dell'Unione europea, le sperimentazioni e i relativi protocolli sperimentali debbono essere sottoposti al parere dei comitati etici indipendenti. Tali comitati etici sono organismi indipendenti costituiti nell'ambito delle strutture sanitarie o di ricerca e composti da esperti in materie attinenti o comunque a carattere interdisciplinare.

Al momento attuale, lungi quindi da accanimenti burocratici, i prolungati tempi istruttori derivano esclusivamente dai vincoli del procedimento e dal diversificato numero delle domande. Infatti le istanze provenienti da istituzioni o associazioni scientifiche pubbliche e private a fini non industriali, ma esclusivamente scientifici, possono essere evase in termini compatibili con quelli analogamente occorrenti negli altri paesi europei, in ragione del loro numero contenuto.

Nel caso in cui sia necessario l'accertamento e il parere dell'Istituto superiore della sanità per le sperimentazioni (in numero relativamente esiguo e per lo più riferito a sperimentazioni di fase 1), le determinazioni del Ministero vengono ri-

lasciate entro un mese dal momento in cui perviene la risposta dell'istituto in questione.

A differenza quindi delle domande riferite a questo tipo di sperimentazione, quelle formulate da aziende farmaceutiche vengono acquisite al protocollo del competente dipartimento (valutazione medicinale e farmaco vigilanza), in numero di 150-200 ogni mese. Gli attuali organici non consentono di evaderne più di un quarto del totale per ogni mese; conseguentemente si ha un accumulo progressivo delle domande e dunque un prolungamento dei tempi di risposta.

Tuttavia, nella consapevolezza delle ripercussioni negative di tale situazione, il Ministero della sanità ha inteso emanare tre decreti, tutti recentissimi e pubblicati sulla *Gazzetta* del 28 marzo scorso. Il primo è il decreto ministeriale del 18 marzo 1998 ed ha il seguente titolo: « Linee guida di riferimento per l'istituzione ed il funzionamento dei comitati etici » il cui parere è necessario per l'avvio delle sperimentazioni; il secondo è un altro decreto ministeriale del 18 marzo 1998, anche questo importante, perché relativo alle modalità per l'esenzione dagli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche; infine, il terzo è il decreto 19 marzo 1998 concernente il riconoscimento delle idoneità dei centri per la sperimentazione clinica dei medicinali.

Non v'è dubbio che, per effetto dell'entrata in vigore di questi tre decreti, soprattutto del secondo e del terzo, le procedure per la sperimentazione rispetto a quelle attuali risulteranno sensibilmente avvantaggiate, semplificate, più rapide, con vantaggio dei malati, dei ricercatori, dei medici e delle aziende farmaceutiche.

PRESIDENTE. L'onorevole Stagno d'Alcontres ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-02149.

FRANCESCO STAGNO d'ALCONTRES. Signor Presidente, signor sottosegretario, posso ritenermi parzialmente soddisfatto dei provvedimenti assunti dal Ministero.

La mia interrogazione era volta a sollecitare una particolare attenzione nei confronti di un problema che allo stato attuale pare avviarsi verso la giusta soluzione.

In effetti, ci si trova di fronte ad un problema burocratico che rallenta l'iter di questi provvedimenti. Faccio un esempio: l'EMEA si è espressa positivamente nel gennaio scorso circa l'utilizzazione di un nuovo farmaco, il Nelfinavir, un inibitore della proteasi che si usa per il trattamento dei soggetti affetti da AIDS. Questo farmaco è stato immediatamente utilizzato in tutti i paesi europei, mentre in Italia non ne è stata autorizzata l'utilizzazione se non per uso compassionevole. In altre parole, la Farmindustria ha previsto la disponibilità del farmaco per alcuni pazienti a titolo gratuito.

Tutto ciò ha una ripercussione sull'utenza, ma soprattutto sulla ricerca, fatto che mi preoccupa ancora di più. La ricerca in Italia è notevolmente penalizzata. I finanziamenti ad essa destinati sono irrisori e noi siamo il fanalino di coda dell'Europa. Attraverso una particolare incentivazione della ricerca non solo pubblica, ma soprattutto privata, si potrebbero ottenere risultati migliori rispetto a quelli sino ad ora conseguiti e si potrebbero sfruttare al meglio le potenzialità umane di cui disponiamo nel nostro paese, che invece attualmente si recano all'estero dove trovano condizioni ottimali di impiego.

I segnali di ripresa sono lievi, molto blandi. Nelle università ci sono dei segnali, ma nel settore privato vi è la tendenza ad attenersi ai protocolli di ricerca esteri perché le nostre istituzioni non hanno una regolamentazione ben precisa al riguardo.

Ha preso l'avvio un percorso interessante con l'adozione del decreto sui comitati etici per l'autorizzazione alla sperimentazione ed anche sulle linee guida. Sono decisioni importanti, delle quali do atto al Governo, però desidero sottolineare l'importanza per lo Stato di porre sotto la sua tutela anche la ricerca privata.

(Decessi per l'assunzione di farmaci ed educazione sanitaria dei cittadini)

PRESIDENTE. Passiamo alla interrogazione Delmastro Delle Vedove n. 3-02206 (vedi l'allegato A — Interpellanza ed interrogazioni sezione 4).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, onorevoli deputati, lo studio fatto dal *Journal of the American Medical Association*, richiamato nell'interrogazione, ha posto in luce un'incidenza di reazioni avverse, risultate fatali, dello 0,32 per cento, con lo 0,13 dei pazienti ricoverati a causa di una reazione avversa e lo 0,19 per cento dei pazienti con una reazione avversa durante il ricovero.

L'articolo è stato sottoposto al giudizio dell'Istituto superiore di sanità, il quale fa notare che, sebbene l'indagine appaia condotta in modo adeguato, i risultati presentano obiettivamente le limitazioni tipiche di tutte le metaanalisi, soprattutto per quanto riguarda l'eterogeneità degli studi al punto che nell'articolo editoriale di Bates pubblicato nello stesso numero della rivista medica statunitense il problema risulta parzialmente ridimensionato rispetto alle conclusioni degli autori.

Le reazioni avverse considerate nelle indagini erano per il 76 per cento prevedibili e legate al meccanismo d'azione di un determinato farmaco e si erano verificate in seguito all'assunzione di farmaci « adeguatamente prescritti e somministrati »: si tratterebbe, quindi, di reazioni attribuibili alla cosiddetta « tossicità inevitabile » dei farmaci, anziché a un loro impiego eccessivo o scorretto.

L'Istituto superiore di sanità rileva che finora i dati nazionali riferibili non sono numerosi e si desumono per lo più da alcuni studi espressamente condotti.

Riguardo alla frequenza di tali reazioni avverse durante i ricoveri ospedalieri, i dati derivanti da un progetto Aries di monitoraggio evidenziano un'incidenza di

reazioni avverse gravi pari allo 0,8 per cento, di gran lunga inferiore a quanto riportato nell'articolo della rivista estera, mentre gli eventi fatali presentano un'incidenza dello 0,08 per cento, contro lo 0,19 per cento della rivista statunitense: queste stime farebbero propendere per una dimensione del problema più contenuta nel nostro paese.

Per quanto concerne invece il secondo aspetto, relativo agli eventi che insorgono in seguito a terapie farmacologiche effettuate fuori dell'ambiente ospedaliero, ma sfocianti in un ricovero, il laboratorio di epidemiologia dello stesso Istituto superiore di sanità ha condotto un'indagine mirata nel pronto soccorso in uno dei maggiori ospedali di Milano, proprio per valutare l'effettiva frequenza in un anno di questo fenomeno. Ne è emersa una frequenza di ricoveri legati a reazioni avverse da farmaco pari allo 0,82 per cento dei ricoveri, una stima cioè anche in questo caso notevolmente inferiore a quella indicata dal JAMA, pari al 4,7 per cento. Sostanzialmente simile è risultata invece l'incidenza di eventi fatali.

Ovviamente si deve considerare che le differenze riscontrabili nella stima dell'una e dell'altra indagine possono dipendere da diversi fattori, non ultima la possibile adozione di differenti criteri di classificazione degli eventi, che tende però ad attenuarsi dinanzi agli episodi più importanti, quali i decessi.

Pertanto va detto che nell'indagine condotta a Milano dal laboratorio di epidemiologia dell'Istituto superiore di sanità si rileva un quota non lieve di ricoveri, pari all'1,4 per cento, dovuta a problemi terapeutici anche seri ma sostanzialmente determinati da incidenti banali perché agevolmente evitabili, quali involontari iper o iper dosaggi di farmaci, interruzioni improvvise di cicli terapeutici, scarsa aderenza a schemi di trattamento ottimali.

In definitiva, si tratterebbe di fenomeni avversi che ben si potrebbero fronteggiare ed evitare con un più proficuo attivarsi dei medici di base e specialisti attraverso una più attenta e adeguata informazione dei pazienti e, nello stesso tempo, con più

incisivi interventi di informazione rivolti ai cittadini-pazienti per un corretto uso dei farmaci, che non possono non passare per i professionisti, direttamente prescrittori o che comunque distribuiscono i farmaci.

Comunque, per quanto riguarda il nostro paese, si deve tener conto in prospettiva degli effetti sicuramente positivi del sistema nazionale di farmacovigilanza, attuato con il decreto legislativo 18 febbraio 1997, n. 94, che tra l'altro prevede la definizione legale di « reazione avversa » e « reazione inattesa ». Una volta a regime esso dovrebbe poter conseguire notevoli risultati attraverso le azioni combinate del dipartimento ministeriale, dell'Istituto superiore di sanità, delle regioni, dei medici, dei responsabili dei servizi di farmacovigilanza di cui devono obbligatoriamente disporre tutte le aziende farmaceutiche.

Riguardo, infine, la doverosa sensibilizzazione comunque rivolta dal Ministero in materia e nei confronti dei medici prescrittori neppure va dimenticata l'azione condotta, in maniera seria e sistematica, attraverso il *Bollettino di informazione sui farmaci*, inviato a tutti i medici, farmacisti ed informatori scientifici sui farmaci.

PRESIDENTE. L'onorevole Delmastro Delle Vedove ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-02206.

SANDRO DELMASTRO DELLE VE-DOVE. Onorevole sottosegretario, temo che l'insistenza e l'ostinazione con le quali ha cercato di coprirsi con il bavero dai rigori dell'aria condizionata finirà per generare in lei la necessità di far uso di farmaci che, quindi, debbo augurarle non producano effetti tossici quali quelli che ho individuato.

La ringrazio, onorevole sottosegretario, per la sua risposta articolata ed impegnata, rispetto alla quale intendo solo svolgere brevi considerazioni, già peraltro da lei affrontate. È evidente che nel nostro paese difetta quella che può essere chiamata una corretta educazione farmaceutica ed è ancor più evidente che tale

aspetto deficitario è strettamente dipendente dal peso, a volte incontrollabile, esercitato sul mercato dall'industria farmaceutica, che, coniugata ad una mutualità confusa e discutibile dei farmaci, ha generato e genera una sorta di farmacodipendenza, causa prima del lamentato inconveniente. La mancanza di una adeguata educazione sanitaria e farmacologica ha, quindi, generato, ovviamente per le patologie minori, il fenomeno da taluno definito dell'autodiagnosi, cui fatalmente segue il pericoloso fenomeno dell'autoprescrizione, molto spesso favoriti entrambi da una certa pigrizia — che bisogna riconoscere e denunciare — dei medici di base, fatte salve, ovviamente, le lodevolissime e numerose eccezioni.

Un intervento del medico di base che non si concluda con la prescrizione di un farmaco nell'immaginario collettivo appare quasi superficiale. Il farmaco, spesso, assume la valenza di prova materiale di una riconosciuta, pur se minore, patologia. È il farmaco, non il medico, che rassicura.

Credo che i dati allarmanti indicati nell'interrogazione, e parzialmente contenuti e ridotti dalla risposta dell'onorevole sottosegretario, debbano far seriamente riflettere ed enunciare alcune linee guida che mi permetto di indicare nella analisi della possibilità di promuovere, intanto, una più efficace educazione sanitaria e farmacologica del cittadino, oltre che con gli strumenti indicati dall'onorevole sottosegretario, anche attraverso la possibilità di un coinvolgimento della struttura della pubblica istruzione; in una attentissima valutazione del rapporto tra l'industria farmaceutica e il consumo dei farmaci sotto il profilo della necessità di introdurre correttivi e limitazioni alla libertà commerciale di un settore che, pur se già conosce alcuni di questi correttivi, proprio per l'incidenza sulla salute pubblica deve autoresponsabilizzarsi e rimanere sul mercato con la consapevolezza della importanza del proprio ruolo e della inevitabile contrazione delle comuni libertà con le quali l'imprenditoria sta normalmente sul mercato; in una più attenta

considerazione del ruolo dei medici di base, attraverso un richiamo ad un maggiore senso di responsabilità, perché educazione sanitaria significa avere come docente istintivo e naturale proprio il medico, il cui rapporto fiduciario con il cittadino costituisce la garanzia migliore per convincere il paziente che si può essere ben curati anche senza il passaggio, oggi sentito quasi come obbligatorio, attraverso l'assunzione del farmaco; infine, nella sinergia, da inventare e da applicare, con i titolari delle farmacie, che debbono regalare l'effetto placebo prima con la parola e con il consiglio che non con la vendita del farmaco.

Io penso che il Ministero, attraverso le parole oggi rappresentateci dall'onorevole sottosegretario, sia già impegnato in questa linea, che mi permetto di suggerire venga ampliata proprio perché, comunque sia, i dati, ancorché più confortanti rispetto a quelli indicati nella interrogazione da me presentata all'attenzione del Parlamento, sono comunque allarmanti e debbono vederci impegnati nel tentativo di ridimensionarli.

Signor sottosegretario, la ringrazio comunque per la risposta che mi ha fornito.

(Informazione scientifica ai medici e conservazione dei campioni di medicinali)

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Savarese n. 3-02468 (*vedi l'allegato A – Interpellanza ed interrogazioni sezione 5*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Devo dire che ho già risposto poco tempo fa ad un'interrogazione dai contenuti analoghi a questa; mi dovrò quindi ripetere rispetto alla risposta.

La disciplina dell'informazione scientifica è contenuta nel decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 541, in attuazione della direttiva CEE concernente la pubblicità per i medicinali ad uso umano.

L'articolo 13 del decreto detta disposizioni sulle caratteristiche dei campioni gratuiti di medicinali, sulle loro modalità di gestione da parte degli informatori scientifici. Tale norma impone dei limiti quantitativi alla consegna di campioni ai sanitari visitati dagli informatori. Infatti, questi possono consegnare a ciascun sanitario, per farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, soltanto due campioni di medicinali per visita; ciò deve avvenire esclusivamente nei diciotto mesi successivi alla data di prima commercializzazione del prodotto, fino ad un numero massimo di dieci campioni annui per ogni dosaggio o forma. Inoltre, i suddetti informatori possono consegnare al medico visitato, nell'ambito del listino aziendale, per i medicinali in commercio da più di diciotto mesi, non più di cinque campioni a visita, entro il limite massimo di venticinque campioni annui. Infatti, i campioni dei medicinali sono e debbono considerarsi beni strumentali delle aziende farmaceutiche messi a disposizione degli informatori dalle stesse case, che ne rimangono legittime proprietarie fino alla consegna a ciascun medico destinatario; e sono tenute a verificarne la loro conservazione nella forma più corretta e compatibile con la loro natura di medicinali.

Sempre in base all'articolo 13 del decreto legislativo i campioni gratuiti di medicinali per uso umano possono essere rimessi soltanto ai medici autorizzati a prescriberli e non possono essere consegnati senza l'apposita richiesta scritta, recante data, timbro e firma del destinatario. Tali prescrizioni, d'altro canto, possono consentire alle aziende farmaceutiche di valutare il quantitativo da consegnare in maniera anche da limitarlo, magari, ad un singolo ciclo di visite, evitando così l'accumulo presso gli informatori di giacenze di farmaci.

Le aziende devono anche accertare che i propri informatori siano nelle condizioni di poter garantire una corretta conservazione — ad esempio con l'utilizzo delle borse-frigo — per i medicinali che necessitano della conservazione ad una data temperatura.

Inoltre, permane sempre per le ditte l'obbligo di provvedere al ritiro dalla distribuzione nei termini di legge dei medicinali giunti a scadenza o comunque deterioratisi nel frattempo. Per assicurare e controllare sul rispetto delle disposizioni, il Ministero ha da tempo attivato il comando carabinieri NAS per controlli mirati a campione e, tramite l'Associazione delle aziende produttrici (la Farmindustria), è stato emanato un invito a far pervenire ai propri informatori quantitativi di campioni limitati ad un solo ciclo di visita proprio per evitare problemi di particolare conservazione. È stata richiesta inoltre e richiamata l'attenzione dell'associazione degli industriali sulla responsabilità che hanno le aziende nel garantire la corretta informazione riguardo ai campioni dei farmaci presentati.

Il Ministero della sanità continua, per propria istituzione, a svolgere attività ispettiva, ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo n. 538, presso i magazzini in cui vengono conservati i medicinali. Proprio nell'ambito dei poteri ispettivi il Ministero ha più volte verificato e acquisito la documentazione di acquisto e di consegna, ai singoli informatori scientifici da parte delle aziende, di congelatori per la conservazione a zero gradi centigradi o a più bassa gradazione.

Ulteriori garanzie nella corretta gestione e conservazione dei campioni gratuiti di medicinali derivano dalle competenze e professionalità di coloro che svolgono l'attività: titolo di studio adeguato, che per legge devono avere; adeguati corsi di formazione e istruzione da parte dell'azienda; obbligo per le aziende farmaceutiche di istituire il servizio farmaceutico, incaricato dell'informazione sul medicinale non direttamente dipendente dalla direzione commerciale dell'azienda stessa, diretto da un laureato in medicina o in farmacia o, comunque, in scienze attinenti, che deve coordinare l'attività degli informatori, verificarne il corretto esercizio anche riguardo alla conservazione e al trasporto dei campioni gratuiti. Fino al 1994 le aziende farmaceutiche avevano provveduto a comunicare al Mi-

nistero l'avvenuta istituzione dei propri servizi scientifici con il nominativo del relativo responsabile.

Riguardo, invece, alla normativa contenuta nel citato decreto legislativo n. 538, prima richiamato, va detto che essa appare palesemente inapplicabile alla figura professionale dell'informatore scientifico. Questi, infatti, non è in alcun modo assoggettabile agli accertamenti, di cui all'articolo 7 del decreto legislativo n. 178 del 1991, come modificato dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 44 del febbraio 1997, disposti nei confronti del titolare dell'autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso e del depositario dei medicinali che, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo, detiene, per successiva distribuzione, medicinali per uso umano in esito ad appositi contratti di deposito stipulati con i titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio.

PRESIDENTE. L'onorevole Savarese ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-02468.

ENZO SAVARESE. Sono complessivamente soddisfatto della risposta del Governo, stante la puntuale e precisa esposizione dei fatti. Mi siano però consentiti due rilievi: il primo è che, effettivamente, a fronte di un incremento considerevole del numero dei medici — in trent'anni è aumentato del 237 per cento — la spesa di informazione è diminuita dal 30 al 7 per cento; poiché ciò è avvenuto in presenza di nuovi farmaci e di uno scarso aggiornamento professionale dei nostri medici, fatto al quale anche il Governo ha dovuto purtroppo far riferimento in diverse occasioni, desta qualche preoccupazione; il secondo rilievo attiene al fatto che nella prassi capita a tutti noi di avere cassette pieni di campionari — se il sottosegretario venisse a casa mia vedrebbe che ciò vale anche per me — per cui c'è da chiedersi se è un caso che vi siano tutti questi medicinali in giro o se, invece, quanto espresso dal sottosegretario sia puntualmente osservato. Qualche dubbio è lecito averlo.

(Ordinamento della professione di psicomotricista)

PRESIDENTE. Passiamo all'interpellanza Pittella n. 2-00973 (vedi l'allegato A — Interpellanza ed interrogazioni sezione 6).

L'onorevole Pittella ha facoltà di illustrarla.

GIOVANNI PITTELLA. Signor Presidente, signora sottosegretaria, con i colleghi Giacco e Gatto abbiamo voluto porre all'onorevole ministro della sanità, qui degnamente e autorevolmente rappresentato, una questione da tempo sul tappeto: il varo dell'ordinamento della professione di psicomotricista, cioè una questione ed un'esigenza che si ricollegano ad un approccio moderno ai temi degli handicap psicomotori, al fine di dare una risposta alle problematiche specifiche legate a tali handicap e alla serie di disturbi del comportamento e della relazione. Nell'ambito di questa risposta, il corpo, elemento fondamentale del processo evolutivo nei suoi aspetti neurobiologici e nella sua dimensione emotiva ed affettiva, viene utilizzato nel *setting* psicomotorio come mezzo di comunicazione, come elemento che favorisce la rappresentazione mentale dell'esperienza e come strumento di espressione della personalità. La psicomotricità tende in sostanza a favorire, sia in fase costruttiva sia in fase ricostruttiva della personalità, un'armonia tra emotività, attività mentale e competenze motorie all'interno di una dinamica di relazione con gli altri e con l'ambiente.

La psicomotricità ha dunque un ruolo fondamentale. Ebbe le sue origini in Francia già nel 1900 e venne riconosciuta ufficialmente come professione sempre in Francia, nel 1967, con un diploma di Stato acquisito dopo una formazione triennale in discipline sia dell'area medica sia di quella psicologica. Come è certamente noto al Governo, in altri Stati, cioè in Svizzera, in Germania, in Danimarca, in Belgio, si è andata sviluppando fino ad essere legalmente riconosciuta. In Italia, a

seguito degli apporti della scuola francese, si è andata gradualmente sviluppando già a partire dagli anni settanta, sia sul piano concettuale sia sul piano formativo e professionale, grazie all'iniziativa di persone ed istituzioni private. In Italia lo psicomotricista esiste di fatto fin dal 1969 presso i centri di riabilitazione pubblici e privati, presso i servizi per l'infanzia e l'età adulta, presso asili nido e presso alcune scuole materne ed elementari.

Come ho già avuto modo di osservare, attualmente lo psicomotricista viene formato grazie all'iniziativa privata soltanto presso scuole triennali, che nel loro *curriculum* formativo — attualmente 2.100 ore — prevedono tempi teorici, professionali e di tirocinio. Nel nostro paese le scuole sono 21, distribuite in modo sufficientemente omogeneo su tutto il territorio nazionale. Gli psicomotricisti formati sono oltre 3.500 ed operano regolarmente anche a seguito di concorsi pubblici sia in strutture pubbliche sia in strutture private.

In base a queste considerazioni, che sottolineano l'importanza e la valenza di questa professione, abbiamo espresso l'auspicio che tale specificità professionale venga riconosciuta anche dal Governo italiano, così da potersi confrontare e collaborare alla pari con culture ed istituzioni straniere, europee e non europee.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Condividiamo pienamente le esigenze illustrate nell'atto parlamentare e dall'onorevole Pittella, tant'è vero che abbiamo provveduto a riconoscere la figura professionale del terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, riconoscendo la peculiare importanza di questa figura professionale soprattutto in collegamento con l'età evolutiva nei soggetti affetti da disturbi comportamentali e relazionali.

Con decreto 17 gennaio 1997, n. 56, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 14

marzo 1997, abbiamo adottato il regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale nel terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva. In base a tale regolamento, gli operatori sanitari in possesso del relativo diploma universitario abilitante sono chiamati a svolgere, in collaborazione con l'*équipe* multiprofessionale della neuropsichiatria infantile e con le altre discipline dell'area pediatrica, interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili nell'area, appunto, della neuropsicomotricità, della neuropsicologia e della psicopatologia dello sviluppo.

Tra gli interventi terapeutici sviluppati da tali professionisti acquistano particolare rilevanza l'elaborazione e l'attuazione delle attività di riabilitazione dei bambini con disabilità dello sviluppo, nonché delle procedure rivolte al loro inserimento sociale e didattico.

Colgo anche l'occasione per informare l'onorevole Pittella che vi sarà il riconoscimento dei titoli, per chi abbia conseguito prima dell'istituzione del diploma universitario tale competenza professionale, se, come auspichiamo, verrà approvato da questo ramo del Parlamento il disegno di legge presentato dal Governo ed approvato dal Senato finalizzato a stabilire l'equipollenza dei titoli rispetto ai nuovi ordinamenti didattici.

PRESIDENTE. L'onorevole Pittella ha facoltà di replicare per la sua interpellanza n. 2-00973.

GIOVANNI PITTELLA. Signor Presidente, desidero esprimere grande e sincera soddisfazione per la risposta del Governo. L'onorevole sottosegretario ci ha illustrato risposte già pensate e realizzate dal Governo: mi riferisco al riconoscimento della professione di psicomotricista nell'ambito dell'azione che si riferisce all'età evolutiva. È una risposta importante e lungamente attesa, la quale deve inserirsi — e questo è l'ulteriore auspicio che desidero esprimere — in un intervento più generale del Ministero rispetto alla

necessità della valorizzazione di questa professione.

Mi fa piacere anche l'annuncio fatto dal sottosegretario in merito al riconoscimento dei titoli: in qualità di parlamentari porremo in essere ogni sforzo affinché il disegno di legge sull'equipollenza possa essere varato al più presto.

PRESIDENTE. È così esaurito lo svolgimento delle interpellanze e delle interrogazioni all'ordine del giorno.

Sospendo la seduta fino alle 15.

La seduta, sospesa alle 10,30, è ripresa alle 15.

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
LUCIANO VIOLANTE**

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Bogi, Ladu, Maccanico, Marongiu, Pinza, Sales, Treu, Vigneri e Vita sono in missione a decorrere dalla ripresa pomeridiana della seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono quarantatre, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Annunzio di petizioni.

PRESIDENTE. Si dia lettura delle petizioni pervenute alla Presidenza, che saranno trasmesse alle competenti Commissioni:

ALBERTA DE SIMONE, Segretario legge:

Salvatore Acanfora, da Roma, chiede:

la modifica dell'articolo 77 della Costituzione, in materia di decretazione d'urgenza (n. 415 — alla I Commissione);

la modifica dell'articolo 98 della Costituzione, in materia di limiti al diritto di iscrizione ai partiti politici per alcune categorie di pubblici funzionari (n. 416 — alla I Commissione);

l'istituzione di un difensore civico nazionale (n. 417 — alla I Commissione);

la riduzione dell'ammontare delle indennità parlamentari (n. 418 — alla I Commissione);

l'istituzione del Ministero dell'ecologia e di un corpo di guardie ecologiche (n. 419 — alla I Commissione);

provvedimenti contro ogni discriminazione motivata dalle inclinazioni sessuali della persona (n. 420 — alla I Commissione);

provvedimenti per riservare ai comuni lo svolgimento dei servizi funebri (n. 421 — alla I Commissione);

provvedimenti per il diritto al lavoro dei detenuti (n. 422 — alla II Commissione);

nuove norme in materia di delitti sessuali, a tutela della libertà e della dignità della persona (n. 423 — alla II Commissione);

nuove norme in materia di delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (n. 424 — alla II Commissione);

l'istituzione del servizio militare volontario professionale (n. 425 — alla IV Commissione);

la riforma della normativa in materia di censura sugli spettacoli (n. 426 — alla VII Commissione);

provvedimenti a tutela dei lavoratori e, in particolare: la fissazione di retribuzioni minime adeguate e la tutela del loro valore reale; la riduzione dell'orario di lavoro; l'abrogazione della disciplina del lavoro interinale; il sostegno al reddito dei disoccupati; il ripristino dei previgenti

diritti pensionistici; la disciplina del lavoro casalingo (n. 427 — alla XI Commissione);

la riforma della disciplina della rappresentanza sindacale nelle pubbliche amministrazioni (n. 428 — alla XI Commissione);

provvedimenti in materia di sanità, in particolare per la tutela dei malati di mente e per idonei controlli sulle terapie dimagranti (n. 429 — alla XII Commissione);

l'esenzione dei pensionati dalla partecipazione alle spese sanitarie (n. 430 — alla XII Commissione).

Salvatore Acanfora, da Roma, chiede altresì:

che la riforma delle istituzioni si ponga gli obiettivi della stabilità dei governi e della razionalizzazione del sistema politico (n. 431 — alla I Commissione);

l'introduzione di limiti alla rieleggibilità dei parlamentari (n. 432 — alla I Commissione);

l'adozione di iniziative per migliorare la redazione e la comprensibilità delle leggi (n. 433 — alla I Commissione);

l'istituzione presso ogni comune di uno sportello « europeo » per fornire informazioni ai cittadini (n. 434 — alla I Commissione);

il miglioramento del trattamento economico del personale delle forze di polizia (n. 435 — alla I Commissione);

nuove norme in materia di nomi e cognomi (n. 436 — alla II Commissione);

provvedimenti per contrastare i reati di bestemmia, vilipendio della religione e gioco d'azzardo e per la tutela della pubblica moralità (n. 437 — alla II Commissione);

provvedimenti per contrastare i sequestri di persona a scopo di estorsione (n. 438 — alla II Commissione);

una nuova disciplina del commercio delle armi (n. 439 — alla III Commissione);

iniziative per combattere la fame nel mondo attraverso l'utilizzazione delle eccedenze alimentari (n. 440 — alla III Commissione);

iniziative contro la presenza sul territorio italiano di truppe e basi militari di Stati esteri (n. 441 — alla III Commissione);

che sia prevista la confisca dei beni per alcune ipotesi di evasione fiscale (n. 442 — alla VI Commissione);

l'articolazione dell'orario scolastico su cinque giorni settimanali e la promozione dello studio della geografia nelle scuole (n. 443 — alla VII Commissione);

l'abrogazione dell'articolo 2 della legge professionale dei giornalisti, in materia di doveri del giornalista (n. 444 — alla VII Commissione);

che nelle trasmissioni televisive e radiofoniche siano vietati i concorsi a premio (n. 445 — alla VII Commissione);

che sia escluso il pagamento di compensi alle emittenti televisive da parte di enti pubblici per le riprese di eventi sportivi o spettacoli (n. 446 — alla VII Commissione);

la promozione della ricerca archeologica in mare (n. 447 — alla VII Commissione);

misure per garantire la trasparenza e la correttezza delle competizioni sportive (n. 448 — alla VII Commissione);

la sanatoria delle costruzioni abusive su terreni demaniali (n. 449 — alla VIII Commissione);

provvedimenti in materia di competenze amministrative e strumenti finanziari per gli interventi nelle zone colpite da calamità naturali (n. 450 — alla VIII Commissione);

una nuova disciplina delle targhe automobilistiche (n. 451 — alla IX Commissione);

l'adozione di misure per evitare che importanti imprese italiane siano acquisite da soggetti stranieri (n. 452 — alla X Commissione);

l'adozione di più efficaci iniziative contro la disoccupazione (n. 453 — alla XI Commissione);

provvedimenti per la tutela del diritto di sciopero (n. 454 — alla XI Commissione);

un provvedimento per la pubblicità dei bilanci delle organizzazioni sindacali (n. 455 — alla XI Commissione);

iniziative per il sostegno finanziario della ricerca sul cancro e sull'AIDS (n. 456 — alla XII Commissione);

provvedimenti per la disciplina delle biotecnologie e la ricerca in campo genetico, nonché per la tutela della vita umana (n. 457 — alla XII Commissione).

Sull'ordine dei lavori (ore 15,10).

PRESIDENTE. Comunico che il presidente della Commissione parlamentare per le riforme costituzionali mi ha comunicato che l'ufficio di presidenza della Commissione, integrato dai rappresentanti dei gruppi, nella sua odierna riunione ha preso atto del venir meno delle condizioni politiche per la prosecuzione della discussione in Assemblea del progetto di legge per la revisione della parte seconda della Costituzione; sono state quindi rimesse alla Conferenza dei presidenti di gruppo le conseguenti determinazioni in ordine all'iter del progetto di legge.

Sulla base di quelle condizioni politiche, era stato sospeso l'esame presso le Commissioni affari costituzionali dei due rami del Parlamento dei progetti di legge costituzionale in materia; il venir meno di quelle condizioni politiche fa sì che ora le Commissioni stesse potranno procedere all'eventuale esame, ai sensi dell'articolo 138

della Costituzione, dei progetti di legge costituzionale alle stesse assegnati, concernenti la parte seconda della Costituzione, secondo le decisioni che i rispettivi uffici di presidenza riterranno di adottare.

La Conferenza dei presidenti di gruppo, nella riunione odierna, ha di conseguenza unanimemente convenuto, sulla base delle conclusioni dell'ufficio di presidenza della Commissione bicamerale, di togliere dal programma e dal calendario dei lavori dell'Assemblea il seguito dell'esame del progetto di legge di revisione della parte seconda della Costituzione, salvo successive diverse determinazioni.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

TEODORO BUONTEMPO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

TEODORO BUONTEMPO. Vorrei una chiarificazione sui progetti proposti dalla Commissione bicamerale. Se anziché il percorso « proposta della bicamerale-Assemblea », si segue la procedura di cui all'articolo 138, si dovrebbe riaprire la possibilità di presentare nuove proposte di legge. Questo è il mio quesito, se cioè questa interpretazione sia corretta oppure no.

PRESIDENTE. Sì, si riapre il procedimento ordinario e chiunque può presentare proposte di legge costituzionale, che saranno prese in esame secondo gli ordinari criteri dalle Commissioni affari costituzionali, e lo stesso vale per quelle già all'esame della Commissione bicamerale.

ALBERTO LEMBO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ALBERTO LEMBO. Lei ha dato una comunicazione molto pacata, molto serena, come se fosse un ordine di servizio,

di quello che in realtà è invece il certificato di morte della Commissione bicamerale (*Applausi dei deputati del gruppo della lega nord per l'indipendenza della Padania*). Il fallimento di questo strumento tanto decantato da alcune componenti politiche — che ha assorbito gran parte del tempo di questa legislatura, che ha in molti casi bloccato l'attività legislativa, che ha inibito addirittura la prosecuzione dell'esame di alcuni provvedimenti effettivamente necessari alla società e all'economia, per gli spazi che si sono voluti riservare alla trattazione della presunta riforma legata alla bicamerale — viene presentato in quest'aula come un atto dovuto: una comunicazione del Presidente ci annuncia che è possibile ripartire con l'iter normale e quindi con l'attivazione delle procedure inerenti i provvedimenti che giacciono presso le varie Commissioni.

Dal punto di vista formale credo che la comunicazione possa essere anche corretta, ma, signor Presidente, lei che è tanto sensibile alla società che vive al di fuori di questi palazzi, lei che è tanto sensibile da aprire i palazzi in modo che i bambini, i giovani, gli anziani, tutti i cittadini — elettori e non elettori — possano entrare a vedere come funziona o come non funziona il Parlamento italiano, si renderà conto che in realtà alcune forze politiche hanno preso in giro il corpo elettorale italiano per due anni. Con la scusa di mettere in atto uno pseudoprocesso riformatore, di fatto è stata bloccata l'attività del Parlamento.

Certo non è possibile rimproverare che questo sia accaduto a causa dell'azione della lega nord per l'indipendenza della Padania, come è stato sostenuto da qualche gruppo, anche recentemente, in quest'aula. In realtà, la lega nord ha sempre voluto ed indicato la via per affrontare riforme effettive, incisive, che togliessero di mezzo tutto ciò che non è più adeguato e consono alla nostra realtà, dopo oltre cinquant'anni di vigenza della Carta costituzionale.

Non sono fuori tema, signor Presidente, perché fare riferimento semplice-

mente alla procedura prevista dall'articolo 138 ed alla possibilità che in I Commissione siano presentate proposte di modifica della Costituzione significa — lo sappiamo benissimo — usare strumenti inadeguati per affrontare riforme che non ci saranno mai: il vincolo è nella stessa essenza della Costituzione, nel catenaccio dell'articolo 138 e di altre norme.

Quando qualcuno ha voluto spacciare la legge costituzionale istitutiva della Commissione bicamerale come strumento di riforma, sapeva benissimo di essere nel falso, perché soltanto alcune parti potevano essere toccate, non altre. Qualcuno ha finto di credere nella Commissione bicamerale, perché poteva essere interessato a qualche parte legata alla giustizia, alla legge elettorale o ad altri aspetti: così ha tenuto il sacco di chi in realtà non voleva giungere ad alcuna riforma.

Signor Presidente, mentre denuncio questo fatto davanti a tutta l'opinione pubblica ed a tutto il corpo elettorale — italiano e soprattutto padano —, chiedo che, da ora in poi, sia mantenuto il massimo spazio disponibile in aula per tutte le proposte che possano veramente contenere elementi innovativi, sulle quali certamente il nostro gruppo non si tirerà indietro. Parlo di proposte di riforma a tutto campo: esattamente il contrario di quello che era la bicamerale. Su questo non mancheremo di prendere l'iniziativa in sede di Conferenza dei presidenti di gruppo ed in tutte le occasioni possibili: per riforme vere, non per finte riforme di cui oggi con gioia vediamo l'annuncio funebre.

Proposta di assegnazione in sede legislativa di un progetto di legge.

PRESIDENTE. Comunico che sarà iscritta all'ordine del giorno della seduta di domani l'assegnazione, in sede legislativa, della seguente proposta di legge, che propongo alla Camera a norma del comma 1 dell'articolo 92 del regolamento:

alla II Commissione (Giustizia):

DETOMAS ed altri: « Modifiche agli articoli 2 e 3 della legge 13 maggio 1997,

n. 132, in materia di ammissione all'esame di idoneità per l'iscrizione nel registro dei revisori contabili » (*già approvata dalla II Commissione della Camera, modificata dalla II Commissione del Senato, nuovamente modificata dalla II Commissione della Camera e ulteriormente modificata dalla II Commissione del Senato*) (3648-D) (*parere della I Commissione*).

Proposta di trasferimento in sede legislativa di progetti di legge.

PRESIDENTE. Comunico che sarà iscritta all'ordine del giorno della seduta di domani l'assegnazione in sede legislativa dei seguenti progetti di legge per i quali le sottoindicate Commissioni permanenti, cui erano stati assegnati in sede referente, hanno chiesto, con le prescritte condizioni, il trasferimento alla sede legislativa, che propongo alla Camera a norma del comma 6 dell'articolo 92 del regolamento:

alla IX Commissione (Trasporti):

GALLETTI ed altri: « Norme per il finanziamento di interventi in favore della mobilità ciclistica » (1216); GAMBATO ed altri: « Norme per la realizzazione di piste ciclabili » (2654); TURRONI ed altri: « Norme per la realizzazione di percorsi ciclabili integrati » (525) (*la Commissione ha elaborato un testo unificato*).

alla XI Commissione (Lavoro):

S. 2287-*nonies* — « Disposizioni in materia di politica sociale e di personale di istituti finanziari meridionali » (4174) (*approvato dalla XI Commissione del Senato*).

alla XII Commissione (Affari sociali):

« Disposizioni in materia di incarichi di medicina generale » (3329-*ter*-B) (*già approvato dalla Camera e modificato dalla XII Commissione del Senato*).