

Tale provvedimento, oltre a richiedere maggiori dati in merito alla valutazione del rischio, sia per la salute umana sia per la protezione dell'ambiente, connesso all'impiego di OGM, stabilisce anche un sistema di informazione preventiva della cittadinanza in materia non solo di emissione sul mercato, ma anche di sperimentazione di colture transgeniche.

Questa è la risposta leggermente burocratica che consegno all'onorevole interpellante. È chiaro che intendo insistere su un punto: anch'io, per storia personale ed anche per la posizione attualmente ricoperta all'interno del Ministero della salute, sono assolutamente convinto del valore del rispetto della salute umana. Credo quindi, al di là delle distinzioni, in quello spirito di collaborazione di cui parlavo prima. Pertanto, se esiste qualcosa di cui non siamo a conoscenza, concordiamo insieme una strategia per conoscere e riconoscere le attività illecite.

Chiedo pertanto all'interpellante, al di là del suo giudizio, questo spirito di collaborazione interistituzionale, perché credo che la maggior parte delle persone abbiano a cura, nel vero senso della parola, il rispetto della biosfera e, all'interno di questa, della salute.

PRESIDENTE. L'onorevole Cento ha facoltà di replicare.

PIER PAOLO CENTO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, sono ovviamente pienamente disponibile alla collaborazione. Al di là del merito della risposta fornita dal rappresentante del Governo, credo vada sottolineato che egli l'ha definita burocratica; pertanto se egli non è soddisfatto, figuriamoci come posso esserlo io!

PRESIDENTE. Onorevole Cento, non sia capzioso!

PIER PAOLO CENTO. No, signor Presidente, lo dico perché ritengo vada apprezzato il comportamento di un rappresentante del Governo, il quale si rende conto che spesso gli uffici forniscono ri-

sposte che sono completamente evasive rispetto ai quesiti posti negli atti di sindacato ispettivo. Addirittura, poi, si tratta di risposte sbagliate nei numeri: ci si chiede di fornire indicazioni e si dice che sono soltanto nove, per quanto riguarda l'università della Tuscia, le autorizzazioni alle sperimentazioni. Nell'interpellanza, che non vuole rappresentare la verità assoluta, ne sono indicate undici, con tanto di protocollo di autorizzazione! O si dice allora che due di queste sono frutto di un'invenzione — cosa possibile pur avendo attinto e verificati i dati attraverso la collaborazione del Ministero della salute — oppure non si può dire che sono soltanto nove: sui numeri infatti esiste una sola verità! Possiamo interpretarli diversamente, ma o sono nove o sono undici. Così come sui cinque campi privati, basta consultare il sito del Ministero della salute e si individuano le vie, le strade e i proprietari. Non è mia abitudine avvalermi della copertura del sindacato ispettivo per fare nomi e cognomi in ordine a questioni che vanno verificate, tuttavia, signor rappresentante del Governo, basta visitare il sito del Ministero della salute dove i cinque campi privati sono indicati con il nome e il cognome di chi ne è il titolare. Si possono, quindi, compiere tutte quelle verifiche che nell'interpellanza vengono richieste sul rispetto delle norme vigenti.

Mi limito a dire che, su questa materia, il Governo vive una contraddizione: da una parte, vi è il Ministero della salute che ritiene gli organismi geneticamente modificati, attraverso le parole più volte espresse da parte del ministro titolare del dicastero, utili e non dannosi; dall'altra, vi è il Ministero dell'agricoltura che pubblicamente afferma che occorre costruire le condizioni per un'agricoltura libera dagli organismi geneticamente modificati.

All'interno di questa contraddizione, la mia sensazione è che siano paralizzati i controlli, inefficaci le verifiche sulle autorizzazioni sperimentali. In realtà, il cittadino consumatore, così come gli altri produttori di un'agricoltura sana, non soltanto biologica ma anche tradizionale, non

hanno alcuna tutela e rischiano di vivere una competizione nel mercato, nel quale le carte sono « truccate » dal fatto che qualcuno utilizza organismi geneticamente modificati, mentre altri invece rispettano le normative vigenti.

Sarà pertanto mia cura continuare ad insistere su questo punto. Stiamo peraltro ultimando una ricerca riguardante tutte le regioni italiane rispetto alla presenza di campi di organismi geneticamente modificati e su tale aspetto mi auguro che l'impegno, almeno del rappresentante del Governo, così come egli ha dichiarato, sia fattivo ed utile ad aprire uno squarcio di luce per fornire informazioni corrette e colpire chi si muove, andando oltre le previsioni della legge vigente.

(Interventi a sostegno della prevenzione e della ricerca sul morbo di Alzheimer — n. 2-00417)

PRESIDENTE. L'onorevole Zanella ha facoltà di illustrare la sua interpellanza n. 2-00417 (vedi l'allegato A — Interpellanze e interrogazioni sezione 3).

LUANA ZANELLA. La ringrazio, signor Presidente. Presentai questa interrogazione, insieme all'onorevole Pecoraro Scania, l'8 luglio. Il 4 luglio fu sottoposto all'attenzione di noi parlamentari uno spot che aveva lo scopo di rompere quel muro di indifferenza, che ancora sussiste, soprattutto a livello di istituzioni, rispetto al problema gravissimo che è rappresentato dalla malattia di Alzheimer. Nelle intenzioni dell'associazione italiana malattia di Alzheimer, questo spot avrebbe dovuto essere diffuso attraverso la RAI e attraverso Mediaset. In realtà, come è noto, sia Mediaset che la Rai rifiutarono a tutto il paese la possibilità di conoscere, attraverso una sollecitazione mediatica, il dramma vissuto da oltre 600 mila famiglie (sembra addirittura 800 mila). Tanti sarebbero, infatti, in Italia, i malati di questa terribile malattia, le cui cause sono ancora ignote e che, in termini di assistenza, di aiuto, di vita quotidiana, viene affrontata

prevalentemente, se non esclusivamente, dalle famiglie, la quali si fanno carico di tutti gli enormi problemi che questa malattia comporta.

L'Alzheimer è, infatti, una malattia degenerativa progressiva che colpisce il sistema nervoso centrale, provoca alterazioni della memoria e del comportamento, cancella la possibilità di pensare, cancella la stessa personalità, modificandola profondamente, e l'intelligenza. Questo comporta ovviamente uno squilibrio enorme nelle relazioni familiari e sociali ed una dipendenza pratica, economica, affettiva e psicologica totale della persona malata, che progressivamente si aggrava sino a morire. Mediamente la vita della persona malata di Alzheimer, dal momento della diagnosi, dura una decina d'anni, che sono anni drammatici per la persona, per la famiglia, per le persone addette all'assistenza diretta.

Noi salutammo con interesse lo spot prodotto dall'Aima e diretto da un grande regista, Giuseppe Tornatore, il quale gratuitamente offrì la propria opera al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni su questo problema drammatico e vorremmo sapere se, finalmente, vi sarà la possibilità di trasmetterlo.

Questo spot fece scandalo soprattutto perché la scena si svolgeva all'interno di un'aula — forse parlamentare, forse di un consiglio regionale — in cui tutte le persone, gli addetti ai lavori, discutevano di giustizia.

Mentre è in corso la discussione, entra un uomo di una certa età, disorientato e confuso, ed urla contro l'indifferenza; urla la propria disperazione. Con questo grido interrompe la seduta ma, a quanto pare, non riesce ad interrompere l'indifferenza delle istituzioni preposte a fornire una risposta a questi bisogni.

Sappiamo, in effetti, che la domanda delle persone malate di Alzheimer e dei loro familiari è rivolta sia alle strutture sanitarie sia ai servizi assistenziali di base. Una famiglia che si trova ad affrontare questo problema rischia di squilibrarsi, di perdere la qualità necessaria per assistere una persona colpita da una malattia così

grave. Non si tratta, dunque, soltanto di trovare i fondi per la ricerca, per la sperimentazione, per l'assistenza domiciliare e per il sollievo alle famiglie, ma anche e soprattutto di realizzare una rete di solidarietà e di collaborazione efficace con la famiglia. Essa, in ogni caso, è chiamata a farsi carico dei problemi fondamentali di una vita resa molto dura da una malattia che distrugge le cellule cerebrali lentamente, ma inesorabilmente. Rispetto a questa malattia si possono, tuttavia, attuare iniziative, fornire risposte e stabilire finanziamenti congrui. Si possono destinare finanziamenti *ad hoc* per la ricerca che, invece, non mi sembra siano previsti neanche nell'attuale disegno di legge finanziaria. Sarebbe necessario che ogni comune disponesse di una rete di servizi e di attività tesa a fornire risposte a questa problematica così complessa e difficile da affrontare.

Invece, siamo assolutamente e colpevolmente in ritardo. Crediamo che questa malattia abbia una rilevanza sociale e come tale chiediamo che le istituzioni, a partire dal Parlamento ed ovviamente dal Governo che si assume la responsabilità di guida del paese, diano risposte veloci, efficaci ed efficienti in grado di dare l'avvio ad un vero sostegno alla famiglia che, per il momento, rappresenta l'istituzione che, realmente, si fa carico di questo drammatico problema, nella solitudine, eccettuata la presenza meravigliosa delle associazioni.

PRESIDENTE Il sottosegretario di Stato per la salute, onorevole Guidi, ha facoltà di rispondere.

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ringrazio l'onorevole Zanella per la profondità dell'interpellanza che va oltre i soliti - scusate l'espressione - atti formali. Si tratta di una disamina seria e profonda che ha anche rinverdito le mie conoscenze, come vecchio neurologo, in ordine a questa sindrome, più che malattia. Attorno alla stessa, infatti, vi è una serie di disturbi secondari, purtroppo per colpa nostra, soprattutto di rilevanza psicologica.

Sappiamo - perché la scienza, ormai, lo sa - che, accanto ad un processo patologico ancora ineluttabile (spero si chiarisca qualcosa al più presto) ed accanto al processo fisico di deterioramento neurologico che la malattia comporta, esiste tutta una costellazione di disturbi secondari, legati non alla malattia in sé, ma alla solitudine, alla mancanza di stimoli e di un'opportuna riabilitazione, alla solitudine di famiglie che, come lei ha ben descritto, onorevole Zanella, vedono ridursi enormemente la qualità di vita della persona affetta dalla malattia e di chi accanto a questa vive (se c'è una famiglia) e, qualche volta, purtroppo debbo dirlo, sopravvive. Questo non è accettabile in una società che si suole definire democratica (forse lo diciamo troppo spesso)!

Questo è un tema scomodo perché, al di là della patologia in sé, c'è un grosso problema culturale: per anni, vi è stato il rifiuto dell'Alzheimer, malattia che è aumentata, dal punto di vista quantitativo, perché sono aumentate la durata e la speranza di vita, mentre sono aumentati troppo poco, io dico, gli strumenti di diagnosi precoce. Se n'è parlato poco perché la demenza dell'adulto e dell'anziano incute paura a questa civiltà giovanilista che nega ruoli, poteri e, in qualche misura, anche accoglienza agli anziani: la persona con Alzheimer è, in qualche modo, il paradigma delle nostre paure, è l'anziano estremizzato!

Per anni abbiamo lottato - io parlo come medico - per far venire alla luce questa malattia e per evitare che alle sofferenze da essa imposte si aggiungessero pene aggiuntive come quella di dover rinchiudere, di dover nascondere, di essere obbligati a vergognarsi. La paura che l'Alzheimer ha imposto è quella dell'invecchiamento, che, insisto, tutti noi vorremmo rimuovere. È ben complessa questa società che, da un lato, pur dicendosi in favore dell'anziano, fa ancora troppo poco e, nello stesso tempo, cerca di rimuovere l'anzianità. In questa civiltà nella quale la famiglia attraversa una fase di difficile trasformazione (anche se non ritengo tale istituto in crisi), l'anziano non

ha più quel ruolo di saggio, centrale, importante e, se vogliamo, rassicurante, anche se, qualche volta — perché no? — dolcemente prepotente. Non a caso, al di là della ricerca del mantenimento della salute per un numero maggiore di anni, aspirazione più che giusta, si tende anche a rimuovere i segni estetici provocati dall'essere anziano. Una volta le rughe, che si possono anche rimuovere — non demonizzo nessuno —, e i capelli bianchi erano segni di saggezza e di potere; oggi, questi valori non esistono più! Perché lo dico? Non per fare della facile filosofia o per eludere le domande poste nella sua giustissima interpellanza, onorevole Zanella, che colpisce al cuore uno dei settori dei quali mi occupo, per delega, accanto al ministro, ma perché, più in generale, se non c'è un approccio trasversale, anche culturale, al problema dell'invecchiamento, nonostante le cose che ci proponiamo di fare, chi ha la malattia di Alzheimer sarà sempre più solo in questa società eccessivamente giovanilista.

Insisto ancora: mantenere la salute il più possibile sì, ma negare l'invecchiamento naturale e biologico mi sembra qualcosa che distorce un processo assolutamente naturale, che la nostra società deve vivere.

Tornando all'Alzheimer, io dico che non ci si può assolutamente svegliare la mattina e dire che esiste il problema dell'Alzheimer, perché questo problema esiste da anni e andava, già negli anni passati, affrontato in maniera diversa. Infatti, non si tratta di una epidemia che sorge all'improvviso, ma di un grave, gravissimo problema, che poteva essere previsto invece, poco è stato fatto. Era già stato analizzato dal punto di vista epidemiologico e già si sapeva grazie all'analisi territoriale svolta in Italia (ma lo si può osservare anche negli altri paesi). Gli indicatori di civiltà più importanti, ovvero la riduzione della mortalità infantile o la presenza in vita — per fortuna — percentualmente più alta di disabili gravissimi, che altrimenti sarebbero morti — e questo implica sistemi ad alta intensità riabilitativa, così come sostegno alle famiglie (è

stato detto tantissime volte) — e l'allungamento della vita media, delle speranze di vita, ci hanno fatto sapere tanti anni fa, non dalla comparsa di questo Governo, che c'era un problema Alzheimer, che è la punta dell'iceberg del problema più generale dell'aiuto ad anziani che, essendo più anziani (ma l'essere più anziani non si collega al mantenimento della salute), hanno, al di là dell'Alzheimer, problemi di parziale o totale non autosufficienza. Su questo punto da anni sappiamo che dovevamo intervenire in maniera intensiva invece — insisto —, poco si è fatto in questo settore.

Torniamo all'Alzheimer; è stato istituito dal precedente Governo il progetto Kronos, che ha sicuramente lati positivi; da 50 a 60 centri si è passati a circa 500, con centri UVA, unità di valutazione Alzheimer, di notevole rilevanza. Questo è un primo dato; l'attuale Governo ha confermato una ricerca *ad hoc* per l'Alzheimer di circa 85 miliardi delle vecchie lire; nel piano sanitario attualmente in discussione esiste un capitolo *ad hoc* sulla riabilitazione e l'intervento anche familiare per le persone anziane, con particolare riferimento alle malattie neurologiche, tra le quali l'Alzheimer è sicuramente preponderante.

Giova ricordare però alcune cose; il Kronos, che sicuramente è una piattaforma di inizio, ha soddisfatto finora (e non del tutto) non più del 30 per cento degli aventi diritto ad una terapia corretta. Ma io, onorevole interpellante, vado avanti dicendo anche cose difficili e scomode. Chiedo scusa al Presidente per la lunghezza di questa mia risposta, ma la discussione sull'Alzheimer non solo ci permette di discutere sull'Alzheimer in sé, ma anche su un tema di enorme importanza, che è quello dell'invecchiamento della popolazione, che noi stiamo vivendo come un peso e non come una conquista.

Tornando all'Alzheimer (lo propongo a lei, l'ho proposto al Governo), cercheremo di portare avanti questo progetto, pur tenendo conto che si poteva fare tanto in momenti migliori dal punto di vista economico internazionale, e che oggi c'è più

difficoltà ma, vi assicuro, sull'Alzheimer c'è una priorità decisa dal ministro Sirchia ed anche, nello specifico, dal sottoscritto.

Il progetto Kronos ha fatto molto ma bisogna andare oltre non solo dal punto di vista dell'erogazione dei servizi, ma anche di farmacointervento, su due punti fondamentali. In primo luogo è necessario decentrare l'erogazione dei servizi che, certamente, all'inizio, in un momento pionieristico, necessitavano di centri di riferimento, mentre oggi questa cultura deve essere resa più disponibile alla popolazione che soffre di questa malattia; nell'ambito della riabilitazione (anche in questo caso l'Alzheimer è paradigma di altri vizi e virtù dei nostri interventi, parlando di cultura sociosanitaria riabilitativa) si tende a fornire i farmaci e la riabilitazione nel momento in cui si denota, non dico un miglioramento ma almeno un rallentamento eclatante, forte e misurabile della malattia.

Io, anche per esperienza personale, vorrei, in primo luogo, che, con il coinvolgimento dei medici di base, si potessero cogliere i segni iniziali della malattia: quante volte si parla di depressione, di stanchezza, di demotivazione mentre, con un serio protocollo scientifico, l'Alzheimer può essere trapiantato quando emerge! Da questo punto di vista sto studiando e cercando di valorizzare gli strumenti già a nostra disposizione, un sistema di rilevazioni in rete a livello di medici di base. In secondo luogo, non si può accettare che la riabilitazione ed i farmaci vengano negati a persone ormai troppo gravi e, in questo senso, non solo con riferimento all'Alzheimer abbiamo un vizio veramente molto italiano: curare le persone che stanno meglio e considerare oggetto di assistenza chi ormai sta tanto male, negando tutto, paradossalmente, proprio a chi ha più bisogno. Io insisto, anche per esperienza personale, che farmaci e riabilitazione *ad hoc* (perché esistono riabilitazioni *ad hoc* per persone malate di Alzheimer) possono e debbono essere fornite anche quando il processo è avanzato, quando il decadimento è grave o gravissimo perché, se anche riusciamo a rallentare di un giorno

ciò che è ineluttabile o anche se riusciamo ad ottenere solo micromiglioramenti, dobbiamo farlo. Non è possibile misurare col nostro metro la vita di chi ha tante difficoltà. È facile obiettare che tutto ciò che si riesce ad ottenere è un risultato minimo; un risultato minimo per noi è la vita per queste persone e per le loro famiglie. Questa è la prima sfida: dare riabilitazione da tutti i punti di vista anche a chi si trova in fase terminale, altrimenti, veramente, usiamo un metro, noi cosiddetti sani (io un pochino meno), assolutamente inaccettabile.

Oltre al progetto Kronos, altro aspetto è quello attinente all'invalidità: come è possibile accettare che persone che la scienza definisce inguaribili e tendenzialmente ingravescenti debbano essere più volte sottoposte a valutazione per l'invalidità? Per questi casi, e per altri, sto proponendo, in una discussione non semplice — non è infatti semplice innovare, spesso anche perché si è in ritardo, come lei ha ben detto, in quanto i tempi della sofferenza non sono gli stessi delle scelte politiche — che per certe malattie — per ora, spero non per il futuro, inguaribili e che comportano, purtroppo, un blocco, o addirittura un peggioramento — vi sia un solo esame qualificato per non dover poi più tornare non solo a perdere tempo e denaro, ma anche a sottoporsi nuovamente ad una misurazione inutile che offende le persone, non solo se sono ancora in grado di intendere e di volere (vi è, infatti, una coscienza molto più nascosta di quanto si creda, molto viva anche in persone che consideriamo incapaci di intendere e di volere; in esse vi è più vita di quanto si pensi), ed i rispettivi familiari. Questo continuo misurare l'inutile ferisce tali persone; ritengo pertanto che si debba superare questa ciclicità delle verifiche inumane, non scientifica, asociale.

Un'ultima questione, da lei ben evidenziata, riguarda l'assistenza alle famiglie. Nelle precedenti legislature, prima come medico, poi come parlamentare (maggioranza o opposizione contano fino ad un certo conto) ho cercato di stimolare un impegno straordinario a favore di alcune

fasce di popolazione che definiamo — questa è una categorizzazione che a me non piace, ma è necessario anche categorizzare per poter legiferare — persone con disabilità gravissime, tra le quali rientrano le persone affette da Alzheimer. Mezzi straordinari per straordinarie difficoltà, quindi aiuto alle famiglie dal punto di vista economico: qualcosa il precedente Governo ha già fatto nel corso della XIII legislatura e spero che si continui a fare di tutto in tal senso. Qualcosa abbiamo già fatto e spero che questa legislatura segni una svolta rispetto all'assistenza, anche economica, alle famiglie con disabili gravi.

Accanto a questo, e concludo, bisogna impegnare le regioni, eventualmente con un protocollo condiviso con il Governo (mi sto adoperando per questo), affinché l'assistenza domiciliare eviti il più possibile la solitudine ed eviti una neocronicità istituzionale. In questi giorni sto indagando, nel rispetto assoluto della magistratura e del Senato, sugli accadimenti verificatisi al San Gregorio Magno, che rappresentano la metafora di quello che può accadere in caso di servizi, pubblici o non pubblici, che siano in « favore » dell'accoglienza di anziani non autosufficienti, tra questi alcuni affetti da Alzheimer, anziani che sono bruciati vivi. È certo che non si brucia solo a causa del fuoco: ci si brucia nella solitudine, nell'emarginazione, nella distanza dagli altri.

Ecco allora che non posso certo ricomporre una società: sarebbe un delirio di onnipotenza. Dico che per la prima volta l'attuale Governo, nel Ministero della salute, ha insediato una commissione Alzheimer che è alla fine del suo primo anno di lavoro e che fornirà, al Parlamento ed al Governo medesimo, proposte serie e ineludibili per dare, intanto alle persone ed alle famiglie con Alzheimer, speriamo poi anche ad altre persone in difficoltà gravissima, risposte corrette, coerenti, giuste.

Non vi è nulla di eroico in ciò che ho detto, ma vi è una normale attività per evitare che persone che hanno difficoltà gravissime vivano al di fuori della società e — mi si permetta di dirlo — persino al di fuori della Costituzione. Ho, quindi,

esposto ciò che non è stato ancora realizzato dal punto di vista economico, dei servizi e culturale. Cerchiamo insieme di fare meglio e di più.

PRESIDENTE. L'onorevole Zanella ha facoltà di replicare.

LUANA ZANELLA. Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Guidi, soprattutto per la passione e la competenza con cui ha risposto alla mia interpellanza. Tuttavia, vorrei sottolineare alcune zone d'ombra che permangono anche dopo il lungo intervento dell'onorevole Guidi.

In particolare, mi riferisco alle risorse stabilite dal disegno di legge finanziaria che si sta discutendo in Commissione in ordine al fabbisogno di cassa ed in conto capitale del settore della sanità. Onorevole Guidi, con una percentuale che rimane assolutamente al di sotto del livello di civiltà (come dovrebbe essere la nostra) di un paese molto ricco e che non riesce a coprire nemmeno i servizi sanitari e l'offerta sanitaria attuale, come possiamo pensare di fornire nuove risposte a vecchi problemi?

Lei molto onestamente ha riconosciuto la qualità e la quantità degli interventi effettuati dal precedente Governo, sempre assolutamente insufficienti rispetto alla gravità del problema ed ai ritardi con cui lo stesso è stato affrontato. Mi riferisco non soltanto alla scarsità delle risorse stabilite nel comparto sanitario ma anche a quelle relative al fondo sociale.

Allora, ho qui un manuale realizzato con il lavoro comune di Alzheimer Europe e della Commissione europea e distribuito in alcuni comuni alle famiglie che affrontano il problema della malattia di Alzheimer. È un manuale che consiglierai di leggere a tutti coloro che affrontano istituzionalmente il problema, perché ci si renda conto della quantità e della qualità dei problemi, delle difficoltà che le famiglie sono chiamate ad affrontare e della complessità dell'assistenza che — come lei diceva — richiede una preparazione specifica da parte di una famiglia normale, di un uomo o di una donna. Spesso ad

assistere i propri cari ammalati sono quasi esclusivamente i coniugi in età avanzata e i figli adulti che hanno ancora figli a carico. Non si tratta soltanto di una questione di qualità umana e di una competenza specifica, ma anche di avere risorse economiche a disposizione. Vogliamo dire quanto costa un malato di Alzheimer e quanto poco — date le scarse risorse in termini oggettivi ma, se mi consente, anche in termini di scelta politica — è attribuito al settore della sanità, dell'assistenza, del *welfare*?

Vogliamo dire quanto costa alla famiglia un malato? Quanto costa un malato a quei comuni che cercano di realizzare una rete di servizi sociali e socio-sanitari in grado di essere un supporto degno di questo nome? Quanto costa un centro di riabilitazione? Quanto costa un centro diurno? Quanto costa un'assistenza domiciliare? Quest'ultima ad un comune costa oltre 50 mila lire l'ora. Quante persone sono necessarie per assistere un malato di Alzheimer per due, tre o quattro ore al giorno? Nel comune che ho amministrato come assessore alle politiche sociali erano necessarie, per ragioni anche relative al decreto legislativo n. 266, addirittura due persone, due assistenti domiciliari. Per sollevare effettivamente la famiglia vi è bisogno di un'assistenza che dia la possibilità alla persona di uscire di casa, di pensare anche a sé, perché una persona che non è in grado di curare se stessa non è in grado di curare una persona gravemente ammalata. Infatti, vi sono le incombenze della vita quotidiana che non smettono perché vi è una persona malata, vi sono gli altri affetti e le altre necessità che devono trovare risposta.

Quanto costa un centro diurno? Centinaia di migliaia di milioni di vecchie lire. Alle risorse necessarie per far fronte a tali bisogni sarà effettuato un taglio se non accetterete alcune proposte emendative alla legge finanziaria, una finanziaria che — ho capito — deve far fronte ad una situazione di difficoltà, ad un'economia in recessione a livello internazionale e ad una serie di scelte non certo indovinate da parte di questo Governo. Basti pensare al

DPEF, alla finanziaria dello scorso anno ed a tutta una serie di altri provvedimenti, ma non è questo il contesto in cui affrontare tale argomento.

Date tutte queste premesse, però, non si possono costringere i comuni a dismettere ed a smantellare le strutture anche quei comuni che, compiendo scelte coraggiose, hanno predisposto una rete di servizi ed una serie di attività congrue e coerenti con il bisogno creato dalle malattie e da altre emergenze — come lei indicava — legate alla condizione della vita anziana. Tale condizione è un po' diversa da quella di una volta non soltanto perché la vecchiaia attuale si allunga nel tempo, ma anche perché, nonostante sia convinta che non vi sia, nei termini spesso descritti, una crisi della famiglia (se c'è in Italia, non so cosa sia altrove!), la famiglia è sempre più filiforme. Su una o due persone si appoggiano le esistenze degli anziani, dei figli: non è certo la famiglia di 40-50 anni fa, più povera ma più in grado di dare risposte quotidiane alle difficoltà che la vita presenta sempre, allora come adesso.

Gli enti locali hanno potuto riattivare anche percorsi di reti sociali, di reti di vicinato, ma la comunità lasciata a se stessa non produce automaticamente solidarietà e cooperazione. Un comune deve essere in grado di avere risorse, operatori ed operatrici qualificati in modo da portare avanti una politica di *welfare*. Si tratta di una politica sempre più difficile perché le risorse tendono paradossalmente — dato che la ricchezza in termini assoluti negli ultimi 20-30 anni è aumentata — a diminuire. Il fabbisogno di *welfare* sarà sempre più forte non soltanto perché le speranze di vita si vanno allungando, ma anche perché il lavoro flessibile comporta disoccupazione temporanea.

L'accesso al lavoro da parte dei giovani non è così semplice e si protrae nel tempo la forte dipendenza dalla famiglia. Un mercato flessibile significa anche...

PRESIDENTE. Onorevole Zanella, la invito a concludere.

LUANA ZANELLA. ...incertezza e fabbisogno di sostegno economico, aspetto sul quale anche siamo in uno spaventoso, terribile ritardo per l'adozione dei relativi provvedimenti.

Per concludere, la ringrazio, sottosegretario, perché lei ha descritto con passione e disponibilità la propria volontà e il proprio impegno nei confronti della malattia di Alzheimer. Sono però molto preoccupata perché non vedo invece altrettanta volontà e coerente decisione da parte dell'attuale Governo, perché quanto dice la finanziaria quest'anno al riguardo è cosa diversa da quello che lei oggi ci dice.

(Differenza della spesa farmaceutica pro capite tra diverse aree territoriali - n. 3-01177)

PRESIDENTE. Il sottosegretario per la salute, onorevole Guidi, ha facoltà di rispondere all'interrogazione Delmastro Delle Vedove n. 3-01177 (vedi l'allegato A - Interpellanze e interrogazioni sezione 4).

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Mi permetto di aggiungere, anche se in modo irrituale perché so che non c'è replica sulla replica, che nella precedente legislatura per quattro volte presentai un emendamento dicendo che, prima di dare i soldi agli istituti, bisognava darli alle famiglie delle persone disabili; questo emendamento venne bocciato. Si trattava di trasferimenti economici di soldi già in essere.

PRESIDENTE. Vorrei farle presente, sottosegretario Guidi, che ciò è irrituale perché siamo già passati allo svolgimento di un'altra interrogazione.

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Grazie Presidente, comunque era solo per chiarezza, non era una polemica.

La materia trattata nell'interrogazione presentata dall'onorevole Delmastro Delle Vedove rientra nell'ambito della specifica

competenza gestionale riconosciuta alle regioni, ai sensi della disciplina normativa contenuta nella legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3, recante « Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione ». Pertanto non rientra tra i compiti del Governo il livellamento del consumo farmaceutico sull'intero territorio nazionale, dal quale dipendono anche scelte programmatiche delle singole regioni. Il controllo della spesa farmaceutica è oggetto di costante e particolare attenzione però da parte del Governo, che sulla questione è intervenuto anche con provvedimenti di urgenza.

Per l'anno in corso, la spesa complessiva per la farmaceutica convenzionata rappresenta circa il 13 per cento del fabbisogno complessivo di ciascuna regione. Dalla disamina dei dati elaborati dall'osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali, relativi al consumo dei farmaci in Italia nel 2001, emerge come la variabilità regionale sia uno dei principali fattori che hanno aumentato la spesa farmaceutica.

PRESIDENTE. L'onorevole Gianni Mancuso, cofirmatario dell'interrogazione, ha facoltà di replicare.

GIANNI MANCUSO. Ringrazio il sottosegretario Guidi per la sua risposta, ancorché sintetica.

Naturalmente, gli interroganti sono a conoscenza del ruolo delle regioni in materia sanitaria e, quindi, anche farmaceutica. Tuttavia, intendevamo evidenziare queste distonie per ottenere un pronunciamento da parte del Governo.

Del resto, questi problemi si verificano in tutta Italia, ma gli interroganti - che provengono dal Piemonte che, in questi ultimi due o tre anni, ha dimostrato di essere particolarmente virtuoso nel contenimento della spesa farmaceutica - sentono più forte e più stridente il contrasto che, in questo caso, li allontana da situazioni analoghe presenti in altre parti d'Italia.

Chiaramente, non ci sfugge che l'abolizione del ticket, previsto dalla finanziaria

per l'anno 2001, ha creato una serie di problemi che, sostanzialmente, hanno determinato un'impennata nelle ricettazioni e, quindi, nell'acquisizione di farmaci, anche se non nel consumo.

Dunque, queste considerazioni ci hanno indotti a voler ascoltare un ennesimo pronunciamento del Governo che, peraltro, in questo primo scorcio di legislatura, ha dimostrato particolare attenzione all'aspetto economico della sanità. Infatti, diversi provvedimenti hanno dapprima colpito l'industria farmaceutica e, in questa finanziaria, si parla interventi a carico dei titolari di farmacie.

Quindi, da un lato, è certamente apprezzabile l'intendimento del Governo di contenere la spesa farmaceutica, che rappresenta una quota importante nell'ambito della voragine costituita dalla spesa sanitaria, dall'altro, vi è la necessità di trovare forme che pongano sullo stesso piano i cittadini utenti e i pazienti del sistema sanitario nazionale.

**(Attività del centro trapianti di Napoli
— n. 3-01187)**

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la salute, onorevole Guidi, ha facoltà di rispondere all'interrogazione Nespoli n. 3-01187 (vedi l'allegato A — *Interpellanze e interrogazioni sezione 5*).

Sottosegretario Guidi, stamani ha un superlavoro!

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Purtroppo, c'è chi non lavora affatto e ciò è ancora peggio.

Signor Presidente, la ringrazio della sua pazienza; sarò rapido, ma dovrò occupare un po' di tempo.

PRESIDENTE. Prego, sottosegretario Guidi.

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Nell'ambito della trapiantologia, l'attività di trapianto di fegato da donatore vivente è caratterizzata da specifiche e peculiari connotazioni, diffe-

renziandosi in modo rilevante rispetto al trapianto di fegato da donatore cadavere.

Le principali specificità riguardano: le caratteristiche dell'intervento chirurgico; le implicazioni etiche e sociali della donazione di organi da donatore vivente; i gravi rischi per il donatore vivente, molto superiori a quelli della donazione di rene; l'organizzazione poi dell'attività diversa da quella richiesta dal trapianto di fegato da donatore cadavere.

L'insieme degli interventi chirurgici di prelievo e trapianto è particolarmente complesso. Si tratta di prelevare il lobo destro del fegato, corrispondente a un po' meno del 50 per cento della massa totale, ad un soggetto sano e di trapiantarli in un paziente affetto da insufficienza epatica terminale.

Il solo prelievo è considerato un intervento di chirurgia epatica maggiore e comporta un rischio considerevole per il donatore, sia in termini di mobilità sia, soprattutto, di mortalità.

Il trapianto di un fegato, o meglio di circa metà di un fegato, rappresenta un intervento di alto valore tecnico, molto più complesso del trapianto di un organo *in toto*.

L'organizzazione dell'attività richiede la disponibilità contemporanea di due staff chirurgici di elevato livello ed una grande partecipazione di tutti gli operatori; nella struttura che li esegue, sono necessarie anche elevate competenze internistiche, indirizzate alla prevenzione di eventuali complicanze a breve e lungo termine sul donatore e sul ricevente.

A differenza della donazione di rene da vivente, nel prelievo di fegato sono rilevanti i rischi per il donatore, con una mortalità attesa pari a circa l'uno per cento dei soggetti che hanno donato gli organi.

A livello internazionale, recenti pubblicazioni, del 2001 e del 2002, sulla più autorevole rivista medica esistente, il *New England Journal Medicine*, suggeriscono un atteggiamento di cautela e di rigore; recentemente, negli Stati Uniti, per un incidente — morte di un donatore — è stata sospesa l'attività in uno fra i più attivi

centri al mondo, il Mount Sinai Hospital. Va, quindi, previsto un attento sistema di controlli, che consenta anche di gestire eventuali situazioni di crisi che potrebbero danneggiare le attività di trapianto da cadavere.

Sono, pertanto, necessarie una valutazione di idoneità, clinica e psicologica, nella coppia donatore-ricevente e, in modo prioritario, la tutela del donatore (soggetto sano, esposto ad un rischio rilevante). È necessario effettuare accertamenti rigorosi, condotti da soggetti diversi ed indipendenti rispetto ai curanti del ricevente, accertamenti che assicurino, in modo incontrovertibile, la libertà della scelta, la consapevolezza del rischio, la completezza dell'informazione sull'attività di trapianto da cadavere e le reali possibilità terapeutiche per il ricevente.

In ogni caso, devono essere ottenuti risultati paragonabili al trapianto da cadavere. È quanto affermato nella convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e la biomedicina, convenzione ratificata dal Ministero della salute attraverso la legge n. 128 del 2001.

Accanto a tali considerazioni specifiche, sono importanti altre considerazioni di carattere più generale; particolarmente, le seguenti.

I trapianti da donatore vivente (di rene e, soprattutto, di fegato) non debbono essere ritenuti uno strumento per affrontare la carenza di organi, perché suggeriscono al paziente una via « preferenziale e personale » per il reperimento dell'organo, riducendo la responsabilità, l'impegno, i controlli e le garanzie del sistema pubblico; in prospettiva, la riduzione della pressione professionale e sociale a favore della donazione da cadavere potrebbe rallentare o, addirittura, disincentivare l'intero sistema (come sta accadendo in alcuni casi negli Stati Uniti).

La consulta nazionale trapianti, il centro nazionale trapianti ed il Consiglio superiore della sanità si sono chiaramente espressi su tali posizioni per quanto riguarda i trapianti da donatore vivente, sia di rene sia di fegato. La situazione italiana esplica quanto detto; l'attività di trapianto

di fegato da donatore vivente è regolata dalla legge n. 483 del 1999, che rende applicabile a tale trapianto la normativa recata dalla legge n. 458 del 26 giugno 1967 per il trapianto di rene da donatore vivente.

In applicazione di queste norme, per effettuare tale attività i centri di trapianto debbono essere autorizzati dal Ministero della salute dopo il parere del Consiglio superiore della sanità rilasciato in base a parametri specifici e peculiari rispetto all'attività di trapianto da cadavere. Non è prevista alcuna automaticità rispetto alla concessione dell'autorizzazione all'attività di trapianto dal donatore cadavere, come peraltro avviene nel trapianto renale dove numerosi centri sono autorizzati ad attività di trapianto di rene da cadavere e non quella di trapianto di rene da vivente.

Sulla base di tali criteri il Consiglio superiore ha rifiutato in modo motivato di autorizzare per il trapianto di rene da vivente alcuni centri autorizzati al trapianto di rene da cadavere. Lo stesso consiglio, date le caratteristiche assolutamente peculiari dell'attività di trapianto di fegato da vivente, ha ritenuto che tale attività debba essere sottoposta a periodiche verifiche e che i centri autorizzati rispondano a precisi livelli di qualità superiori a quelli necessari all'attività di trapianto di fegato da cadavere. Il Consiglio superiore della sanità ha pertanto deciso nell'aprile 2001 di autorizzare provvisoriamente tutti i centri che ne avevano fatto richiesta (complessivamente 15, dei quali solo 9 hanno poi eseguito trapianti), riservandosi di effettuare per ogni singolo centro una verifica — affidata al centro nazionale trapianti — dei risultati dell'attività di trapianto da donatore cadavere e da donatore vivente a distanza di un anno. Tale procedura è attualmente in atto.

In data 20 aprile 2002, ascoltata la relazione del centro nazionale trapianti, in attesa di effettuare una dettagliata valutazione centro per centro sulle attività di trapianto da cadavere e di moltiplicare i criteri per l'autorizzazione al trapianto da vivente, il Consiglio superiore della sanità ha ritenuto di proporre in via provvisoria

la prosecuzione dell'attività per 60 giorni ai centri che nel corso del primo anno di attività avevano ottenuto almeno il 50 per cento di esiti positivi. Il ministero ha accolto la proposta del consiglio e tale proroga è stata successivamente rinnovata per ulteriori 60 giorni.

Il centro nazionale trapianti è una struttura con funzioni previste dalla legge n. 91 del 1999 che opera alle dirette dipendenze del Ministero della salute. È un organo collegiale composto dal direttore e dai rappresentanti del centro interregionale, uno dei quali rappresenta l'area a cui afferisce il centro trapianti di Napoli citato dall'interrogante. L'azione del centro nazionale trapianti è caratterizzata dalla condivisione delle responsabilità dopo esame comune delle azioni da intraprendere e risponde pertanto a criteri di trasparenza e collegialità. La valutazione della qualità dei centri di trapianto fa parte delle funzioni del centro nazionale trapianti. Tale compito, in base a quanto previsto dall'articolo 16 della legge n. 91 del 1999, è stato specificamente attribuito al centro nazionale trapianti dal Consiglio superiore e dal Ministero della salute. Le valutazioni di qualità effettuate sono state eseguite con metodologie identiche per tutto il territorio nazionale e per tutti i centri di trapianto; inoltre, sono state verificate e presentate a tutti i gruppi di trapianto. Le affermazioni di atti, a favore di singoli centri e contro altri, sono non documentate e prive di qualsiasi fondamento.

I verbali delle riunioni del Consiglio superiore di sanità sulle autorizzazioni al trapianto da donatore vivente evidenziano con certezza l'azione seria e corretta del centro nazionale trapianti.

Le funzioni del centro nazionale trapianti, relative alla valutazione di qualità dei trapianti di fegato, sono state riconosciute ed approvate dai gruppi chirurgici autorizzati in un documento presentato nell'audizione del 18 giugno al Consiglio superiore di sanità. Tale documento è stato sottoscritto anche dal gruppo trapianto di fegato dell'ospedale Cardarelli di Napoli.

In Italia, dal 3 aprile 2001 al 2 aprile 2002, sono stati effettuati 42 trapianti di fegato da vivente presso nuovi centri, pari al 5 per cento dei trapianti da cadavere effettuati nello stesso periodo.

La sopravvivenza media dell'organo è stata complessivamente inferiore a quella da cadavere: il 69 per cento di sopravvivenza dell'organo al primo anno, rispetto all'81 per cento del trapianto da cadavere.

Rispetto ai dati ufficiali del registro europeo la sopravvivenza è stata leggermente inferiore: il 69 per cento — come detto — in Italia e il 72 per cento in altre nazioni europee. Non sono state segnalate gravi complicanze dei donatori. In nessun centro la percentuale di esiti negativi è stata superiore al 50 per cento.

Appaiono rilevanti il numero di insuccessi (11 su 42), il numero di decessi nei riceventi (6 su 39, di cui 2 dopo il secondo trapianto) ed il numero di richieste urgenti di fegato da cadavere (6), effettuate di necessità nei casi in cui l'organo trapiantato non funziona.

Quindi, il trapianto di fegato da vivente non rappresenta ancora una valida alternativa per affrontare la carenza di organi a causa della scarsa numerosità, della reale difficoltà tecnica, del rischio rilevante a cui viene sottoposto il donatore e della necessità etica di ottenere un risultato positivo. Può essere solo un programma integrativo e non sostitutivo di quello da cadavere; in ogni caso richiede precise caratteristiche del centro di trapianto — come già detto —, superiori a quelle richieste dall'attività da cadavere. Non a caso solo il programma da vivente è attivo in un quarto dei centri europei che eseguono trapianti di fegato da cadavere.

In Italia oltre il 70-80 per cento dei pazienti in lista per il trapianto di fegato da cadavere viene trapiantato con un tempo di attesa medio di 0,8 mesi e la mortalità in lista di attesa è di circa il 6 per cento per anno.

L'incremento annuo del numero dei trapianti da cadavere effettuati è di circa il 12 per cento. Nelle regioni meridionali il numero dei donatori cadavere è di un

terzo rispetto a quelli delle regioni centro-settentrionali; tuttavia, numerosi esempi (Lazio, Abruzzo, Molise, Umbria, Sicilia, Campania) dimostrano che, quando il sistema sanitario si impegna nell'organizzazione della donazione, i donatori raddoppiano o triplicano in pochi mesi consentendo il trapianto di fegato da cadavere ad un numero di pazienti molto superiore a quelli trapiantati da donatore vivente.

Lo standard dei centri italiani è già concorrenziale a livello europeo; esistono tuttavia accordi a livello europeo per cui ogni paziente può essere inserito solo in una singola lista di attesa e ed è ragionevole ritenere che, a causa dello sviluppo nazionale dei programmi di donazione, verrà riconosciuta ai residenti una priorità nell'assegnazione degli organi. Questa situazione, altamente probabile, limiterà l'uso della mobilità a livello internazionale per quanto riguarda i centri di trapianto.

In ogni caso, nel 2002 l'Italia sarà il secondo paese europeo, dopo la Spagna, come numero di trapianti di fegato da cadavere (oltre 900). In termini pratici ciò significa che dopo la Spagna, paese che non consente iscrizioni in lista ai non residenti, l'Italia sarà il paese europeo con il maggior numero di organi disponibili. Verranno, pertanto, a diminuire le motivazioni che spingeranno i pazienti italiani a rivolgersi all'estero ed è probabile che avremo, per la prima volta, richieste di inserimento di pazienti dall'estero in Italia. Questo è il quadro generale.

Quanto riportato dall'interrogante nei punti a), b) e c) si riferisce alla gestione delle liste di attesa per il trapianto di fegato da donatore cadavere, argomento diverso rispetto al trapianto da vivente che non ha relazione con l'argomento in oggetto. In ogni caso, è già stato comunicato a tutti i centri di trapianto di fegato, tra cui quello di Napoli, che, indipendentemente dal trapianto da vivente, l'argomento sarà oggetto di linee guida concordate con i gruppi chirurgici. L'accesso alla lista dipenderà da tali linee guida. Si tratta di un tema complesso con riferimento al

quale sarà necessario concordare una serie di complessi comportamenti comuni per tutti i centri.

Nel punto d) dell'interrogazione si rappresenta un'affermazione — e mi scuso — imprecisa che, se attuata, rappresenterebbe una grave limitazione del rapporto medico-paziente. Nel trapianto di fegato da cadavere, attività terapeutica consolidata con oltre 800 trapianti annui effettuati, non è attualmente giustificato imporre a tutti i centri identici protocolli terapeutici, mentre è necessario verificare i risultati di ciascun centro, alla luce dei diversi protocolli attuati. Una direttiva unica su un'unica procedura terapeutica non soggetta a sperimentazione sarebbe in forte contrasto anche con i principi di autonomia e di responsabilità.

Il punto e) riporta affermazioni che, genericamente, ipotizzano requisiti per l'autorizzazione che non si rifanno né alla normativa attualmente esistente né alle procedure utilizzate. I riferimenti ai potenziamenti dell'attività di trapianto a Napoli rappresentano certamente un segnale positivo e condiviso per i pazienti in lista di attesa e sono seguiti dalle istituzioni sanitarie, tra cui lo stesso ministero, con grande attenzione ed interesse attivo.

Napoli rappresenta uno snodo fondamentale per l'attività di trapianto in Italia. La situazione di Napoli, citata nell'interrogazione senza riferimenti numerici, deve, tuttavia, essere attentamente valutata: i trapianti da vivente effettuati sinora a Napoli (due nel 2001, due nel 2002) non sono in grado di dare una risposta sufficiente ai 270 pazienti attualmente in lista d'attesa presso il centro di Napoli (lista più numerosa d'Italia). La percentuale di soddisfazione sarebbe trascurabile.

Invece, come riportato dall'interrogante, nel 2002 si sta concretizzando anche in Campania un rilevante incremento delle donazioni da cadavere; mantenendo gli attuali livelli di attività, saranno effettuati in Campania oltre 50 trapianti di fegato, un numero raddoppiato rispetto ai 27 effettuati nel 2001. Inoltre, se l'ospedale Cardarelli, sede del centro di trapianto epatico da cadavere e da vivente, riorga-

nizzasse l'attività di donazione, sarebbe possibile aumentare il numero di trapianti di fegato in Campania di ulteriori 15-20 unità per anno.

In questo modo sarebbe realisticamente possibile ridurre l'emigrazione verso le regioni settentrionali o verso l'estero, mentre l'effetto del programma di trapianto da vivente, a causa della scarsa numerosità, non potrebbe in nessun caso essere rilevante. I dati degli anni 2001 e 2002 hanno chiaramente evidenziato che l'incremento delle donazioni da cadavere è ottenibile in ogni regione ed è l'unico modo certo per ridurre la mobilità dei pazienti affetti da gravi insufficienze d'organo.

Concludo dicendo che si tratta pertanto di trovare momenti di confronto e di disponibilità che consentano di incrementare l'attività di trapianto nel rispetto della sicurezza dei pazienti e delle linee di qualità che il ministero ha scelto come priorità nel settore dei trapianti di organo. Gli organi tecnici del ministero sono giustamente a disposizione per aprire un dialogo in questa direzione e l'impegno è di consolidare quanto di buono si sta facendo nel nord d'Italia e di potenziare nel Sud d'Italia il più possibile le strutture di alto livello per trapiantare gli organi, soprattutto da cadavere a vivente o da vivente a vivente, in modo che questa situazione ancora di difficoltà, per la quale occorre andare lontano per ricevere un organo, cessi.

Mi permetto di aggiungere che la vicinanza al proprio luogo di vita della persona che attende e che riceve l'organo non soltanto risponde ad una logica di solidarietà, vicino a chi soffre con la propria famiglia, ma accelera anche i processi di riabilitazione.

PRESIDENTE. L'onorevole Nespoli ha facoltà di replicare. Le ricordo che il tempo a sua disposizione è di cinque minuti.

VINCENZO NESPOLI. Signor Presidente, onorevoli colleghi, credo che il tempo a mia disposizione sarà più che sufficiente, considerato che la risposta del

rappresentante del Governo è stata esauriente dal punto di vista medico, avendo fornito una serie di elementi di valutazione che probabilmente mancavano ed avendo illustrato inoltre una serie di prospettive circa l'atteggiamento che il ministero intende adottare.

Da una parte mi sembra che si concordi su un dato: vi è la necessità quanto prima di approntare le linee guida che erano indicate nella legge richiamata, — la n. 91 del 1999 —, ma a distanza di qualche anno non si è ancora completato l'iter procedimentale che quella legge pure aveva indicato. L'interrogazione scaturiva dalla nostra preoccupazione, che il rappresentante del Governo ha fugato, circa la revoca dell'autorizzazione. Si trattava infatti di una autorizzazione temporanea prorogata per nove centri su tredici, come il rappresentante del Governo ha ricordato, perché si attendono la definizione di queste linee guida.

Credo che i centri per i trapianti, per la loro alta specializzazione, non potranno presentare una distinzione nel senso che, laddove si è in grado di effettuare un trapianto da donatore cadavere, vi è anche la capacità tecnica di mettere insieme una *équipe* per effettuare un trapianto da donatore vivente. È chiaro che la disponibilità di un donatore vivente è rapportata al fatto che vi è una mancanza di organi disponibili; vi è quindi una carenza di donazione e ciò, in certi casi, soprattutto con l'aiuto dei familiari, pone fine ad una protratta richiesta di trapianto, perché probabilmente in quel momento, vi è la preoccupazione che il trapiantato possa morire e quindi vi è l'urgenza dell'intervento.

È chiaro che le statistiche vanno nel senso di preferire un trapianto da cadavere, anziché fra viventi. Ciò mette ovviamente fine ad un lungo calvario da parte delle famiglie che si trovano di fronte all'interrogativo circa cosa fare rispetto alla carenza e alla disponibilità di organi da cadavere rispetto ad un familiare che rischia di morire; si trova quindi una disponibilità all'interno delle famiglie: di questo infatti stiamo parlando.

Tutti i trapianti da vivente, anche nel caso di reni, trovano disponibilità all'interno delle famiglie, in cui si trova chi è compatibile e, quindi, si rende disponibile per un trapianto del genere.

Molto si è fatto nel campo dei trapianti di rene, perché è più facile: si è visto che ormai vi è un consolidamento di questo tipo di posizione, che si vive tranquillamente con un solo rene e, quindi, anche chi deve donare l'organo è più propenso a farlo. Allo stesso modo, è dimostrato che in molti casi il lobo destro del rene può sopperire ad una carenza generale. Sappiamo che, da un punto di vista medico, per uno che ha bisogno di un rene è molto più facile effettuare il trapianto da vivente e che, invece, i danni che derivano da un fegato che non funziona sono molto più vasti (ed è anche per questa ragione che la percentuale di riuscita del trapianto da vivente è maggiore rispetto a quello da cadavere).

Noi siamo soddisfatti della risposta che il Governo, attraverso il sottosegretario, ci ha fornito stamattina e ci auguriamo che il centro trapianti di Napoli, presso l'ospedale Cardarelli — al di là delle vicende degli ultimi anni, che hanno interessato interventi strutturali importanti, che noi ci auguriamo nel prossimo futuro siano ancora più imponenti, perché le disponibilità finanziarie ci sono — possa migliorare, come ha fatto negli ultimi anni, riuscendo a sfoltire le lista di attesa e ad incrementare le donazioni, con una politica attenta al territorio. Un centro trapianti, infatti, non è soltanto un centro chirurgico, è un centro omnicomprensivo che deve assistere i pazienti e, quindi, da questo punto di vista, è un centro epatico, perché deve assolvere anche ad una richiesta di assistenza su tutte le epato-patologie che sono presenti, soprattutto nel napoletano e nel meridione.

Ringraziamo il Governo per la sensibilità che ha dimostrato e, ovviamente, ribadiamo la nostra soddisfazione.

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

Annunzio di petizioni.

PRESIDENTE. Sono pervenute alla Presidenza le seguenti petizioni, che saranno trasmesse alle sottoindicate Commissioni:

Marino Savina, da Roma, chiede:

che sia previsto l'obbligo del rilascio dello scontrino fiscale anche per la vendita dei giornali (*n. 407 — alla VI Commissione*);

ulteriori iniziative per la prevenzione e la repressione degli abusi e dello sfruttamento dei minori (*n. 408 — alla II Commissione*);

provvedimenti per l'istituzione di forme di assistenza per il cittadino nel processo civile (*n. 409 — alla II Commissione*);

norme per contrastare i reati perpetrati all'interno della famiglia (*n. 410 — alla II Commissione*);

interventi atti a rendere gli archivi delle amministrazioni statali più funzionali e sicuri (*n. 411 — alla I Commissione*);

nuove norme in materia di responsabilità degli avvocati (*n. 412 — alla II Commissione*);

provvedimenti in materia di controlli sull'attività del personale medico (*n. 413 — alla XII Commissione*);

nuove norme a tutela del minore in caso di mancato riconoscimento di paternità (*n. 414 — alla II Commissione*);

provvedimenti in materia di lavoro nella pubblica amministrazione, con particolare riferimento al lavoro *part-time*, al lavoro straordinario ed ai buoni pasto (*n. 415 — alla XI Commissione*);

nuovi criteri in materia di uniformi delle forze di polizia e delle Forze armate (*n. 416 — alla I Commissione*);

la riorganizzazione del personale e delle strutture delle forze di polizia im-

piegate nella lotta alla criminalità organizzata (n. 417 — alla I Commissione);

l'introduzione dell'orario di apertura flessibile per gli esercizi commerciali (n. 418 — alla X Commissione);

nuove norme in materia di obblighi e di responsabilità nel condominio degli edifici (n. 419 — alla II Commissione);

nuove norme in materia di trattamento fiscale dei lavoratori a tempo determinato (n. 420 — alla VI Commissione);

iniziative per ridurre la durata dei processi (n. 421 — alla II Commissione);

nuove norme in materia di procedure fallimentari riguardanti le imprese (n. 422 — alla II Commissione);

nuove norme per il contrasto dell'evasione fiscale (n. 423 — alla VI Commissione);

misure per il controllo delle assegnazioni di alloggi pubblici (n. 424 — alla VIII Commissione);

provvedimenti contro l'abusivismo edilizio (n. 425 — alla VIII Commissione);

provvedimenti per la tutela ambientale nei campeggi (n. 426 — alla VIII Commissione);

nuove norme in materia fiscale che tengano conto dell'andamento del costo della vita (n. 427 — alla VI Commissione);

interventi per la sicurezza e l'efficienza dei servizi di trasporto pubblico (n. 428 — alla IX Commissione);

nuove norme in materia di diritti patrimoniali dei coniugi in caso di separazione (n. 429 — alla II Commissione);

nuove norme in materia di espatrio di minori italiani figli di un genitore straniero (n. 430 — alla I Commissione).

Complimenti al cittadino Marino Savina perché è un programma di Governo e di legislatura, se basta.

Sospendo la seduta fino alle 15.

La seduta, sospesa alle 12,25, è ripresa alle 15.

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Armani, Coronella, Giovanardi, Pescante, Pisanu, Paolo Russo, Trantino e Vianello sono in missione a decorrere dalla ripresa pomeridiana della seduta.

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

Seguito della discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto-legge 24 settembre 2002, n. 209, recante disposizioni urgenti in materia di razionalizzazione della base imponibile, di contrasto all'elusione fiscale, di crediti di imposta per le assunzioni, di detassazione per l'autotrasporto, di adempimenti per i concessionari della riscossione e di imposta di bollo (3185) (ore 15,05).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: Conversione in legge del decreto-legge 24 settembre 2002, n. 209, recante disposizioni urgenti in materia di razionalizzazione della base imponibile, di contrasto all'elusione fiscale, di crediti di imposta per le assunzioni, di detassazione per l'autotrasporto, di adempimenti per i concessionari della riscossione e di imposta di bollo.

Ricordo che nella seduta di ieri si è conclusa la discussione sulle linee generali.

(Esame dell'articolo unico — A.C. 3185)

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo unico del disegno di legge di

conversione (*vedi l'allegato A — A.C. 3185 sezione 2*), nel testo della Commissione (*vedi l'allegato A — A.C. 3185 sezione 3*).

Avverto che le proposte emendative presentate sono riferite agli articoli del decreto-legge, nel testo della Commissione (*vedi l'allegato A — A.C. 3185 sezione 4*).

Avverto, altresì, che non sono state presentate proposte emendative riferite all'articolo unico del disegno di legge di conversione.

Avverto che la I Commissione (Affari costituzionali) ha espresso il prescritto parere, distribuito in fotocopia (*vedi l'allegato A — A.C. 3185 sezione 1*).

ALFIERO GRANDI. Chiedo di parlare sull'ordine dei lavori per proporre un'inversione dell'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ALFIERO GRANDI. Signor Presidente, ieri sera, il Comitato dei nove nominato per l'esame delle proposte emendative presentate al disegno di legge n. 3185 ha cominciato l'esame degli emendamenti proposti dal relatore, che ha completato stamani.

Ora, sebbene le proposte presentate dal relatore ieri sera modificchino, o potrebbero modificare, l'assetto finanziario del provvedimento, alle 14,30 circa, ora alla quale il predetto Comitato ha concluso i suoi lavori, la VI Commissione non disponeva ancora del parere della V Commissione. Di conseguenza, non disponendo ancora del parere della Commissione deputata ad esaminare il provvedimento sotto il profilo dei flussi finanziari, non abbiamo, oggi, la possibilità di valutare gli effetti della proposta emendativa presentata dal relatore.

Questa è la ragione per la quale mi permetto di far osservare che non possiamo procedere alla discussione del disegno di legge n. 3185: non disponiamo, materialmente, dei saldi di bilancio necessari per potere esaminare una proposta emendativa fondamentale ed assolutamente centrale, che riguarda il problema del finanziamento alle imprese.

Aggiungo, poi, rivolgendomi al relatore — credo che anche lui possa aiutarci a sciogliere il nodo — che, di fronte alle decisioni prese a maggioranza dal Comitato dei nove, per ragioni di trasparenza politica delle posizioni, il sottoscritto ha ritenuto opportuno ritirare, prima dell'inizio dell'esame in Assemblea, il proprio emendamento 3.3. Di conseguenza, se il relatore intende affrontare la materia, deve riformulare la proposta emendativa.

Pertanto, propongo di passare al punto 3 dell'ordine del giorno della seduta odierna, rinviando l'esame di questo punto.

ROBERTO PINZA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROBERTO PINZA. Signor Presidente, intervengo per sostenere la richiesta formulata dall'onorevole Grandi.

La necessità di disporre di dati precisi in ordine agli effetti sulla contabilità pubblica, sulle entrate, di un provvedimento c'è sempre; a maggior ragione essa si pone in questo caso, trattandosi di un provvedimento che trova giustificazione proprio in un problema di conti pubblici. Il disegno di legge n. 3185, infatti, non contiene orientamenti di politica economica, ma è un provvedimento *top*, volto ad aumentare le entrate e, in qualche maniera, a modificare gli assetti di bilancio del paese. In questa situazione, avere i dati relativi ad una proposta emendativa come quella presentata dal relatore è fondamentale.

Signor Presidente, non so se abbia avuto modo di seguire i lavori, ma la proposta emendativa che è stata presentata dal relatore ieri sera, intorno alle 19, riguarda tre punti del provvedimento che sono sicuramente essenziali (in termini di migliaia di miliardi di vecchie lire). È di questo che stiamo parlando.

Lei capisce, signor Presidente, che avventurarsi in una discussione di un provvedimento senza conoscere l'incidenza effettiva in termini di gettito è impossibile. Quindi, non si tratta di guadagnare mezz'ora o un'ora (non ci interessa assoluta-