

strutture sanitarie del livello più avanzato sono costituite dai centri clinici dell'amministrazione penitenziaria, in grado di garantire assistenza medica e chirurgica e dotati di strumentazione diagnostica di ottimo livello.

Nell'anno 2003, è stato inviato ai provveditorati regionali ed alle direzioni degli istituti penitenziari un documento di programmazione con la definizione delle linee guida per le diverse articolazioni del sistema sanitario.

Si è intervenuto, in particolare, sulla medicina specialistica, conservando le branche specialistiche ritenute necessarie in relazione ai livelli di assistenza già definiti in precedenza, e sull'assistenza farmaceutica, prevedendo, per ogni provveditorato, la predisposizione di un prontuario farmaceutico regionale. Le aziende sanitarie locali sono state invitate a rilasciare il ricettario regionale per la prescrizione dei farmaci indispensabili non disponibili nel prontuario.

Il Ministero della giustizia ha inteso assicurare, in tal modo, il principio della continuità assistenziale senza riduzione del monte ore complessivo previsto per l'attività prestata dal servizio integrativo assistenza sanitaria (SIAS) e da quello infermieristico se non in presenza di soluzioni alternative e senza, peraltro, modificare il livello di assistenza già offerto.

Lo stanziamento iniziale di risorse finanziarie sullo specifico capitolo del Ministero della giustizia relativo all'organizzazione ed al funzionamento del servizio sanitario penitenziario ammontava, per l'anno 2004, a 82.380.000,00 euro, ed è stato successivamente integrato, per continuare a garantire l'assistenza sanitaria, fino ad un totale di 100.370.000,00 euro. Per l'esercizio finanziario in corso lo stanziamento risulta di 97.000.000,00 euro.

Al fine di rapportare la previsione della spesa sanitaria alle esigenze assistenziali dei detenuti anziché al dato numerico della popolazione penitenziaria, è in corso di realizzazione un progetto esecutivo di azione (PEA) concernente la « modifica del meccanismo di finanziamento delle aree

sanitarie e degli istituti attraverso l'individuazione di gruppi omogenei di comorbilità ».

Tale progetto, esteso a tutti gli istituti penitenziari, ha l'obiettivo di pervenire ad una stima realistica della complessità e gravità degli stati patologici riscontrati nei detenuti, con l'intento di parametrare i finanziamenti su una quota *pro capite* per detenuto, con quote aggiuntive e calibrate per gruppi omogenei di comorbosità risultanti dall'aggregazione dei diversi stati patologici, denominata « indice di stato della salute ».

Per quanto riguarda il servizio della tossicodipendenza, in data 31 luglio 2003, con assegnazione dei fondi relativi alle regioni, si è conclusa la fase del trasferimento delle risorse umane e finanziarie dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, avviato con l'articolo 5 della legge delega n. 419 del 30 novembre 1998 e con il successivo decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, per il servizio di cura ed assistenza ai detenuti tossicodipendenti.

Il personale che prestava la propria attività professionale per il presidio, organizzato dall'amministrazione penitenziaria per coadiuvare i Sert, deputati alla cura e all'assistenza dei soggetti tossicodipendenti e che, comunque, già dal 1° gennaio 2000, dipendeva, per l'organizzazione funzionale, direttamente dal Sert, risulta ormai alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale, dal punto di vista sia economico sia funzionale.

Relativamente all'assistenza sanitaria per i detenuti affetti da patologie infettive da HIV, il Ministero della giustizia ha segnalato che, già da tempo, sono stati previsti « circuiti differenziati ».

Con circolare del 4 febbraio 2000 sono stati individuati due tipi di reparti: reparti di primo livello, per le esigenze diagnostiche e terapeutiche della fase post-acuzie della malattia, attivi presso i centri clinici di Genova, Marassi, Milano Opera, Napoli Secondigliano e dell'Istituto penitenziario di Roma Rebibbia; reparti di livello intermedio, attualmente in corso di realizzazione, distribuiti su tutto il territorio na-

zionale, per le persone detenute affette da HIV e sindromi correlate, in condizioni cliniche non particolarmente gravi, ma che necessitano di una assistenza sanitaria diversa da quella assicurata in una sezione di un ordinario istituto di pena.

Il Ministero menzionato ha rilevato l'attenzione posta nei confronti della cura e dell'assistenza delle infezioni da HIV; in caso di revisione delle branche specialistiche, sono state dettate disposizioni particolari per l'infettivologia, che, unitamente alla psichiatria, è stata mantenuta in tutti gli istituti indipendentemente dal livello assistenziale erogato.

In molti dei suddetti istituti, inoltre, in applicazione del decreto ministeriale 18 novembre 1998, sono state stipulate convenzioni con le aziende sanitarie per l'erogazione di prestazioni assistenziali nei confronti di persone detenute e/o internate.

In data 24 settembre 2003, a seguito della delibera della regione Lazio del 1° agosto, il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria ha sottoscritto una convenzione con l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico «Lazzaro Spallanzani», individuato come struttura sanitaria di riferimento degli istituti penitenziari di Roma, al fine di garantire alle persone detenute ed internate le medesime opportunità terapeutiche riconosciute alle persone in stato di libertà, con particolare riguardo alla possibilità di accesso ai farmaci antiretrovirali.

L'amministrazione penitenziaria, consapevole dell'incidenza delle patologie infettive nell'ambiente penitenziario, e specificatamente della sindrome da HIV, ha predisposto uno specifico programma «Terapia anti-HIV in carcere di pari opportunità e massima efficacia».

Studi epidemiologici, condotti in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e con istituti universitari di malattie infettive, hanno dimostrato che la terapia anti-HIV diviene più efficace quando viene assunta sotto la stretta osservazione del personale sanitario; l'utilizzo, inoltre, di farmaci nuovi che richiedono un minor numero di somministrazione, rende pos-

sibile una semplificazione della terapia anti-HIV, favorendo un atteggiamento collaborativo da parte del paziente.

Per tale progetto, in corso di realizzazione, è stato costituito un gruppo di lavoro che ha elaborato uno studio di fattibilità per gli istituti partecipanti; sono stati, inoltre, avviati corsi di formazione per i responsabili dell'unità operativa di sanità penitenziaria e per i responsabili dell'area sanitaria all'interno degli istituti stessi.

Al fine di implementare i programmi di prevenzione terapeutica attraverso l'utilizzo del fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, di cui all'articolo 127 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope», l'amministrazione competente ha avviato la realizzazione del progetto ICEBERG, approvato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Tale progetto, che coinvolge circa cento istituti penitenziari, con percorsi formativi per gli operatori penitenziari, prevede apporti di collaborazione scientifica da parte di istituti specializzati per le malattie infettive, quali l'Istituto superiore di sanità, le Università degli studi Tor Vergata di Roma e quella di Sassari, l'ospedale «Belcolle» di Viterbo.

**PRESIDENTE.** L'onorevole Grillini ha facoltà di replicare.

**FRANCO GRILLINI.** Signor Presidente, signor sottosegretario, mi dichiaro non soddisfatto della sua risposta all'interpellanza che io e numerosi colleghi abbiamo presentato, perché, al di là del suo impegno, anche personale, che le riconosco, con l'intervento che ha appena svolto ci ha detto che cosa il ministero ha intenzione di fare, che cosa il ministero ha approntato, quali sono i progetti, ma non ci ha parlato della situazione reale degli istituti penitenziari e della sanità penitenziaria. Situazione reale che noi invece abbiamo potuto toccare con mano qui alla Camera con numerose audizioni in sede di attività

conoscitive, che si sono svolte recentemente sia con gli operatori sanitari degli istituti penitenziari sia con tutti coloro che a vario titolo si occupano di sanità penitenziaria.

La situazione è sotto gli occhi di tutti, come ben sappiamo: esiste un sovraffollamento delle strutture penitenziarie italiane, che sfiora le 60 mila unità, che è nettamente superiore alla capienza massima del sistema penitenziario del nostro paese. Questo si riflette molto negativamente e pesantemente sulle strutture penitenziarie sanitarie interne e sulla sanità complessiva, perché siamo di fronte a problemi cronici delle strutture penitenziarie italiane, il primo dei quali ovviamente, è la carenza di organico per quanto riguarda gli agenti di custodia e persino per quanto riguarda il personale amministrativo (ce lo dicono tutte le relazioni di inaugurazione dell'anno giudiziario dei procuratori generali, che hanno denunciato questa difficilissima situazione carceraria). Va da sé che in una condizione di questo tipo si perde ciò che è l'elemento fondamentale della pena, cioè la possibilità di rieducazione e di reinserimento del detenuto. È ovvio che in una situazione di precarietà della gestione delle strutture penitenziarie tutto diventa più difficile, a partire dalla sanità, nonostante le buone intenzioni e nonostante le convenzioni lodevoli con le ASL, che sono state stipulate e di cui lei ci ha informato, che però sono convenzioni episodiche.

Personalmente sono convinto che l'intera struttura sanitaria penitenziaria dovrebbe essere gestita direttamente dalle ASL locali; questo consentirebbe ovviamente l'inserimento nell'ambito della sanità più generale, eviterebbe una separazione tra la salute del carcere e quella al di fuori di esso, consentirebbe un collegamento tra l'esterno e l'interno rispetto alla struttura penitenziaria. Quindi, sarebbero tanti i vantaggi. Lei sa meglio di me che già l'anno scorso e anche quest'anno la finanziaria ha ulteriormente decurtato i fondi per la sanità penitenziaria. I colleghi che sono andati a fare visita alle strutture sanitarie penitenziarie hanno parlato di-

rettamente con i responsabili; anche lì ci sono problemi di organici, anche lì mancano infermieri, anche lì mancano agenti di custodia per accompagnare i detenuti alle visite specialistiche (soprattutto i detenuti affetti da HIV hanno una necessità pressoché quotidiana di interventi e di visite specialistiche). È del tutto evidente che, se non ci sono gli agenti di custodia per le traduzioni, queste visite non possono essere effettuate e, quindi, il detenuto, che ha malattie anche gravi, non ha la possibilità di cura, non ha la garanzia costituzionale della possibilità di cura e di intervento sanitario.

In una situazione di questo tipo, il problema dell'HIV nelle carceri italiane è drammatico; moltissime sono, infatti, le persone affette. Lei, sottosegretario, sa meglio di me come l'accesso al test per la diagnosi sia volontario; di circa 10 mila detenuti sottoposti volontariamente (per quanto possa esserci qualcosa di volontario in una struttura penitenziaria, ovviamente), una percentuale elevatissima è risultata sieropositiva. Lei sa bene come, data la precarietà delle condizioni sanitarie, la diffusione delle malattie all'interno delle strutture penitenziarie sia molto elevata; si è riferito addirittura, nel corso di audizioni svolte in Parlamento, di casi di scabbia e di tubercolosi.

Il carcere che — lo ribadisco — dovrebbe essere una struttura di rieducazione e di reinserimento diventa, spesso, una struttura in cui una persona si infetta con malattie spesso difficilmente curabili. Negli ultimi tempi, oltretutto, si è sviluppata una resistenza ai farmaci indicati per molti tipi di tubercolosi; quindi, è chiaro che una situazione siffatta rischia di diventare veramente esplosiva, considerate le carenze poc'anzi sottolineate. Peraltro, dalla distribuzione dei malati conclamati tra quanti sono risultati sieropositivi risulta che i primi sono il 10,9 per cento; sono dati del ministero, da voi stessi elaborati: a gennaio 2003, erano 1.375 le persone detenute affette da AIDS conclamato.

Al riguardo, si deve anzitutto premettere che tali persone non devono rimanere in carcere; esiste una normativa precisa

(che non viene applicata dovutamente) sull'incompatibilità tra la condizione di malato di AIDS e quella di detenuto. Le strutture alternative o non esistono o non sono state approntate; sono pochissime le persone che hanno usufruito di pene alternative in forza della loro condizione sanitaria. Secondo i dati del ministero, nel 2003, solo centocinquanta persone circa hanno ottenuto la revoca delle misure cautelari mentre altre 185 sono state poste agli arresti domiciliari. Ben comprende come, essendo 1.375 le persone affette da AIDS conclamato, le misure alternative alla detenzione siano veramente poco praticate; inoltre, coloro che, nonostante la normativa di incompatibilità tra la condizione di malato di AIDS e quella di detenuto, continuano a stare in carcere — con tutti i problemi facilmente immaginabili — non sono adeguatamente curati.

A tale ultimo proposito, va considerato un aspetto; esistono cure efficaci, purtroppo (come è a tutti noto) non risolutive, ma efficaci per cronicizzare la malattia. Questo è un obiettivo che la scienza ha raggiunto; non siamo ancora riusciti a trovare un farmaco risolutivo per il problema dell'AIDS ma esistono farmaci molto efficaci per cronicizzare la malattia e consentire alla persona affetta dal morbo conclamato una qualità della vita decisamente migliore rispetto agli anni precedenti. Però, l'assunzione di detti farmaci deve avvenire con regolarità, sotto stretto controllo medico.

A tale riguardo, è del tutto evidente come i trasferimenti continui da un carcere all'altro facciano perdere sia la regolarità sia lo stretto controllo medico; dunque, fanno perdere l'efficacia di tali cure. Ciò, come dichiarano tutti i medici, non solo è grave di per sé, in quanto non si impedisce alla persona di ammalarsi definitivamente — e, quindi, poi, di morire —, ma è altresì grave perché la non regolarità delle cure induce nel paziente una maggiore resistenza alle stesse, esponendolo non solo al rischio di una progressione rapida del male ma anche a quello, in caso di infezione, della trasmissione di un virus resistente.

Quindi, siamo di fronte ad una situazione pesante, che richiederebbe interventi drastici e risolutivi. Ciò in coerenza, peraltro, con la normativa vigente, la quale, signor sottosegretario, purtroppo non viene applicata — perché è questa la realtà —, a causa della mancanza di strutture alternative e del coordinamento con le strutture sanitarie locali.

Si tratta di un coordinamento che, francamente, non si comprende perché non venga stabilito, una volta per tutte, a livello nazionale: credo che sarebbe interesse innanzitutto dell'amministrazione penitenziaria e dei Ministeri della giustizia e della salute far in modo che tale coordinamento venga realizzato, poiché razionalizzerebbe, oltretutto, la spesa in tale settore.

Vorrei ricordare che, nell'ambito di diverse interrogazioni, abbiamo già discusso del modo con cui viene condotta, nel nostro paese, la politica di contrasto all'HIV anche con lei, sottosegretario Cursi, che si era dichiarato molto disponibile al riguardo. Reputo, onestamente che si tratti di una politica assolutamente carente, come può appurare chiunque viaggi nel mondo. Per portare un esempio, vorrei segnalare che sono appena tornato da un viaggio in Tunisia e desidero evidenziare che in quel paese vi sono campagne informative, oltretutto molto corrette e condivisibili, negli aeroporti e negli uffici pubblici a cura del ministero competente.

In qualsiasi paese si viaggi esistono informazioni visibili e disponibili per tutti, ma in Italia ciò non accade. La invito, signor sottosegretario, ad intraprendere con me un viaggio nel nostro paese, e la sfido a trovare un posto in cui, in questo preciso istante, sia possibile rinvenire una qualsivoglia campagna di lotta alle malattie trasmesse sessualmente da parte del Ministero della salute, perché non c'è da nessuna parte!

Tali campagne sono state annunciate, è stato speso qualche soldo, è stato indetto qualche appalto, vinto da qualche società di comunicazione, ma nessuno ha visto nulla! Ricordo che, da questo punto di

vista, sorse anche fortissima una polemica riguardo ad un opuscolo rivolto alle scuole, che — come lei ricorda meglio di me — invitava a praticare la castità quale strumento principe per evitare il contagio delle malattie a trasmissione sessuale. Per chi la sceglie, ovviamente, la castità è assolutamente legittima, ma la maggioranza delle persone, come tutti sappiamo, non è affatto casta.

Le persone non sono caste nemmeno in carcere, signor sottosegretario. Infatti, la sessualità negli istituti di pena esiste, e bisogna prenderne atto una volta per tutte, anche se si tratta, ovviamente, di una sessualità misera, come può esserlo quella vissuta in una condizione coatta come la detenzione.

All'interno delle carceri vi è anche diffusione della droga, per cui occorrerebbe cambiare radicalmente, anche in questo caso, le politiche di approccio alle tossicodipendenze. Purtroppo so di fare affermazioni non condivise dal Governo in carica, poiché ricordo che è già in discussione, presso la Commissione giustizia del Senato, la cosiddetta proposta di legge Fini-Mantovano sulle tossicodipendenze, la quale, a mio avviso, non solo non risolve assolutamente tale problema nel nostro paese, ma lo aggrava...

**CESARE CURSI**, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Mi consenta, onorevole Grillini: si tratta delle Commissioni giustizia e affari sociali, che stanno esaminando tale proposta congiuntamente.

**FRANCO GRILLINI**. Sì, anche se auspico che la fine dell'attuale legislatura non consenta (ma si tratta, ovviamente, solo della mia opinione, signor sottosegretario) di approvare in tempo tale progetto di legge, che trovo assolutamente proibizionista e sbagliato nel merito.

Ritengo sbagliata, infatti, l'invasione della materia penale nella questione della tossicodipendenza, riguardo alla quale nessuno ha una ricetta definitiva e definitiva e nessuno possiede certezze. Tale proposta di legge, tuttavia, con la sua cultura proibizionista e penalista, a mio

avviso è di sicuro sbagliata, e qualora venisse approvata ed applicata, aggraverà la condizione dei tossicodipendenti, anche all'interno delle carceri.

Sono stato protagonista, in passato, quale membro di associazioni di lotta alla diffusione dell'HIV e delle malattie a trasmissione sessuale, di numerosi incontri con i responsabili degli istituti di pena, che « allargavano le braccia », dicendoci di non avere strumenti efficaci di intervento su tale materia.

Signor sottosegretario, credo che bisognerebbe prendere atto della gravità del problema e che vi sono persone che muoiono perché non adeguatamente curate nelle carceri italiane. Bisognerebbe anche prendere atto che questa materia andrebbe gestita con uno stretto coordinamento tra strutture detentive e strutture sanitarie locali e che, soprattutto, occorrerebbe un adeguamento dei fondi a disposizione. Non è tollerabile che non vi siano gli infermieri, che non vi sia personale sanitario adeguato, che non vi sia la possibilità per un detenuto di accedere alle cure anche esternamente. Lei sa meglio di me che la metà della popolazione carceraria è in attesa di giudizio e che molta parte di tale popolazione carceraria in attesa di giudizio risulta, poi, innocente. Dunque, una persona entra in carcere, sconta una pena che magari non avrebbe dovuto scontare e in tale pena deve sopportare anche un ulteriore aggravio: le difficoltà dell'accesso alle cure ed al diritto alla salute. Da questo punto di vista, signor sottosegretario, occorre un impegno maggiore. Non è semplicemente una questione umanitaria, ma di diritto. Il diritto alla salute è costituzionalmente garantito. È un diritto inalienabile e credo che esso non debba venir meno, neanche nella condizione di detenzione.

**(Iniziativa per contrastare le infezioni ospedaliere - n. 3-03460)**

**PRESIDENTE**. Il sottosegretario di Stato per la salute, senatore Cursi, ha facoltà di rispondere all'interrogazione

Perrotta n. 3-03460 (vedi l'allegato A — Interpellanze e interrogazioni sezione 7).

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Il problema delle infezioni contratte durante la degenza ospedaliera è riconosciuto a livello internazionale quale una tra le principali minacce per la salute pubblica. L'Organizzazione mondiale della sanità e le più importanti organizzazioni sanitarie mondiali, da sempre particolarmente attente alla prevenzione ed al controllo del fenomeno in questione, hanno emanato alcune risoluzioni allo scopo di sottolineare l'importanza dell'adozione di specifiche misure di contenimento delle infezioni, comprensive, tra l'altro, dell'individuazione dei comportamenti e delle pratiche professionali, quali l'uso prudente degli antimicrobici, nonché gli assetti organizzativi e il miglioramento delle misure di contenimento delle infezioni, mirate a ridurre in maniera decisiva il rischio di trasmissione.

Le infezioni ospedaliere sono un fenomeno diffuso, legato alla circolazione ed alla capacità infettante di un numero elevato di microrganismi di varia natura, batterica, virale, fungina, circolanti in ambito ospedaliero, nonché alla particolare suscettibilità che presentano i soggetti ospedalizzati sottoposti a interventi diagnostici e terapeutici di varia tipologia a detti agenti infestanti. Per l'elevato uso di terapie antibiotiche in ambito ospedaliero, i batteri che causano infezioni ospedaliere sono frequentemente resistenti ad uno o più antibiotici. In tutti i paesi — compresa l'Italia — in cui tali infezioni sono state studiate, quelle ospedaliere hanno una frequenza che varia dal 5 per cento fino a più del 20 per cento dei soggetti ospedalizzati, in relazione soprattutto al reparto di ricovero che, a sua volta, è indice della gravità della patologia che viene trattata e della suscettibilità del paziente all'infezione.

La più alta frequenza di infezioni ospedaliere, pertanto, si verifica nei reparti di terapia intensiva, dove circolano anche batteri multiresistenti agli antibiotici.

La prevenzione delle infezioni ospedaliere costituisce una sfida determinante per la salute pubblica, perché esse sono causate da un insieme piuttosto eterogeneo di condizioni diverse sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico, con notevole incidenza sui costi sanitari, che costituiscono certamente indicatori della qualità dell'offerta sanitaria.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
ALFREDO BIONDI (ore 12,10)

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Incidendo significativamente sui costi unitari e prolungando la dirigenza ospedaliera dei pazienti ricoverati, le infezioni ospedaliere influenzano notevolmente la capacità dei presidi ospedalieri di garantire ricovero ad altri pazienti.

Nonostante l'elevato impatto socio-economico delle infezioni ospedaliere, i sistemi di sorveglianza e controllo e le azioni per ridurre gli effetti sono, invece, ancora piuttosto disomogenei a livello internazionale e nazionale, anche se negli ultimi tempi sono stati messi a punto ed implementati numerosi programmi.

Gli studi svolti hanno fornito un'indicazione della possibile prevenzione delle infezioni ospedaliere nella misura del 30 per cento con conseguente riduzione dei costi e migliore qualità dell'offerta del servizio sanitario.

In Italia, stime recenti suggeriscono che circa cinquecentomila pazienti su nove milioni e mezzo di ricoverati l'anno sono affetti da un'infezione contratta in ospedale, vale a dire che una percentuale compresa tra il 5 e il 17 per cento dei pazienti ospedalizzati si ammala ogni anno di infezione, con una percentuale di mortalità del 3 per cento. Sono molto diffuse setticemie, polmoniti, infezioni da catetere venoso centrale, infezioni urinarie e del sito chirurgico.

Non esistono misure che consentano di contrastare totalmente l'infezione ospedaliera. Esistono, tuttavia, misure diverse che ne possono diminuire l'incidenza e la gravità. Queste misure, tuttora oggetto di

approfondimento e di dibattito, sono incentrate in generale sulle seguenti iniziative: approfondita conoscenza della diffusione degli agenti infettivi e delle patologie provocate nelle diverse istituzioni ospedaliere (tale conoscenza si sviluppa in una necessaria sorveglianza attiva dell'infezione ospedaliera secondo criteri analitici per i diversi ospedali e per i diversi reparti); implementazione delle misure di igiene personale ed ambientale, con particolare riguardo al lavaggio delle mani del personale sanitario nonché all'uso di tutti i dispositivi di protezione individuale di contenimento della trasmissione degli agenti infettivi (mascherine, camice, soprascarpe, guanti, eccetera); corretta gestione del paziente con l'adozione rapida, se necessario, delle procedure di isolamento e corretta implementazione delle procedure diagnostiche, di intervento chirurgico e terapeutico, in conformità agli standard previsti in merito all'uso dei cateteri, degli antibiotici, dei disinfettanti e delle modalità di sterilizzazione.

Le misure segnalate devono essere coordinate e valutate nella loro efficacia e, se del caso, modificate da un apposito comitato che deve essere presente in ogni ospedale. Al riguardo il Ministero della salute, con proprie circolari, ha definito da tempo i criteri e i requisiti dei programmi di controllo con la previsione, inoltre, della costituzione di un comitato di controllo per la lotta alle infezioni.

Il Ministero della salute ritiene indispensabile la promozione dell'attivazione di detti comitati dal momento che da un'indagine nazionale condotta recentemente dall'Istituto superiore di sanità si è rilevato che solo il 50 per cento dei 428 ospedali che hanno partecipato all'indagine avevano attivato il comitato stesso.

Con decreto ministeriale 5 marzo 2003 è stata istituita presso il Ministero della salute la commissione tecnica sul rischio clinico con gli obiettivi di studiare la prevalenza e le cause del rischio clinico, di formulare indicazioni generali e prevedere le misure organizzative e comportamentali per la riduzione e la gestione del problema.

La commissione ha elaborato il documento « *Risk management* in sanità: il problema degli errori », il quale, partendo da una analisi approfondita sul rischio clinico, fornisce una raccolta di riflessioni e di raccomandazioni utili agli operatori sanitari del settore. Al fine di un'adeguata diffusione e conoscenza presso le strutture sanitarie e presso gli operatori sanitari, il documento è stato inviato il 2 luglio scorso a tutti gli assessori regionali alla sanità e pubblicato sul sito Internet del Ministero della salute.

Si segnala, inoltre, che è stato recentemente costituito un gruppo tecnico con lo specifico compito di elaborare un rapporto ricognitivo sulle iniziative sia a livello normativo, sia a livello tecnico-operativo, in merito agli approcci metodologici in tema di rischio clinico, con particolare riferimento alla ricerca di appropriate soluzioni operative per la definizione di un sistema di monitoraggio degli eventi avversi e di criteri e modalità per la formazione degli operatori sanitari.

**PRESIDENTE.** L'onorevole Perrotta ha facoltà di replicare.

**ALDO PERROTTA.** Signor Presidente, mi dichiaro soddisfatto e mi compiaccio con il nostro sottosegretario, che è sempre preciso e puntuale nelle risposte.

Vorrei fare una piccola considerazione: premesso che la sanità ospedaliera è certamente di competenza delle regioni e premesso che la mia interrogazione nasce dalle constatazioni e dai risultati che ci ha portato il sottosegretario, ossia che c'è una media del 10-15 per cento degli ammalati e ricoverati negli ospedali che contrae malattie non presenti all'atto del ricovero, mi sono chiesto quando ciò accada.

Ricordando il percorso che ho fatto le due volte che sono stato operato, ho verificato con una ASL della mia città che il 90 per cento dell'insorgere di nuove malattie rispetto a quelle iniziali del ricovero avviene nella fase post operatoria.

Mi sono ricordato che ciò accade perché nel passaggio dalla camera di degenza alla camera operatoria si attraver-

sano spesso ambienti sporchi, non disinfettati e senza alcuna prevenzione igienica. Il problema si presenta, in particolare, quando si esce dalla camera operatoria, perché le difese immunitarie sono abbassate. Dunque, i passaggi in quegli ambienti maleodoranti e non igienizzati comportano sicuramente l'insorgere di qualche patologia.

Il sottosegretario ha detto intelligentemente che gli ospedali dovrebbero fare un *check up* delle anomalie che intervengono dopo il ricovero. La verità è che ciò non succede, e non ne do la colpa al Governo. Nessun ospedale in Italia ha una statistica del post-operatorio. Spesso un malato si ricovera per una certa malattia e dopo l'operazione ha determinate complicanze: nessuno studia il motivo per cui ciò accade.

A tale proposito propongo un coordinamento con le regioni, per fare in modo che tutti gli ospedali abbiano una statistica precisa delle malattie che insorgono dopo le operazioni. Solo così si può capire in quali locali si verificano le infezioni e si possono migliorare le condizioni igieniche dell'ospedale. Il costo di degenza ospedaliera, oltretutto, è sicuramente molto superiore ad eventuali costi di risanamento ambientale che si dovrebbe sostenere per migliorare tali percorsi di andata e ritorno dalle camere operatorie.

Annuncio in questa sede una proposta di legge che presenterò nei prossimi giorni in merito al coordinamento del Ministero con le regioni ed all'obbligatorietà per gli ospedali di fornire al Ministero un'analisi completa delle patologie che insorgono nel post-operatorio. È opportuna una campagna nazionale non di prevenzione ma di applicazione del risanamento ambientale di quei locali che portano, probabilmente, all'insorgere delle suddette malattie.

**(Misure per contrastare la diffusione dell'AIDS - n. 3-03694)**

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la salute, senatore Corsi, ha facoltà di rispondere all'interrogazione

Delmastro Delle Vedove n. 3-03694 (vedi l'allegato A - Interpellanze e interrogazioni sezione 8).

CESARE CURSI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, con riferimento all'interrogazione parlamentare in esame, va precisato che i dati riportati dal quotidiano *Libero*, concernenti le tabelle predisposte dall'ONU relativamente alla diffusione dell'AIDS nell'ambito dell'Unione europea, non coincidono con i dati ufficiali del Centro operativo AIDS dell'Istituto superiore di sanità, recepiti dalla commissione nazionale AIDS del Ministero della salute. Secondo tali dati, le persone viventi affette da infezione da HIV sarebbero circa 120 mila, con una variazione possibile compresa tra 110 e 130 mila. È da precisare che non sono dati realmente osservati ma solo stimati che risentono, pertanto, delle rispettive metodiche utilizzate.

Questo rende il confronto tra i diversi paesi europei poco attendibile in quanto alcuni paesi potrebbero sottostimare il fenomeno dell'AIDS, mentre in altri si potrebbe verificare la sovrastima delle dimensioni dell'epidemia. Gli unici dati che rendono possibile un confronto, in quanto aggregati con lo stesso metodo, sono quelli relativi alla sorveglianza dell'AIDS quale malattia conclamata causata dall'infezione da HIV. Come avviene per altre malattie infettive, il dato è rappresentato dalla notifica della malattia e non dell'infezione (si ricorda che la notifica dell'infezione da HIV non è attualmente obbligatoria nel nostro paese). I dati relativi all'AIDS mostrano come il nostro paese sia preceduto, in termini di numeri assoluti, da Spagna e Francia, mentre il paese dell'Unione europea a più elevata incidenza per numero di casi nella popolazione, almeno prima dell'allargamento, è il Portogallo, seguito da Spagna, Francia e Italia.

I risultati del confronto non sono comunque soddisfacenti per l'Italia, che, insieme ad altri paesi dell'area mediterranea (per non parlare dei paesi baltici recentemente entrati nell'Unione europea) è fra i più colpiti, a differenza di alcune nazioni

del nord Europa, quali Regno Unito e Germania. I dati ufficiali riportati nel rapporto del Centro operativo menzionato indicano che dall'inizio del 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, si sono verificati oltre 49 mila casi e che l'incidenza di nuovi casi di AIDS conclamato è di circa 2 mila l'anno, con un *trend* in discesa a partire dal 1998.

Gli studi compiuti durante gli ultimi vent'anni, in particolare a partire dal 1987, anno in cui è stato avviato il programma nazionale di ricerche sull'AIDS dell'Istituto superiore di sanità, hanno permesso di individuare nella tossicodipendenza una delle cause maggiori della diffusione dell'infezione da HIV. Si è rilevato che, anche se la tossicodipendenza da eroina e la circolazione dell'infezione fra i tossicodipendenti stanno diminuendo drasticamente, permangono le conseguenze della diffusione verificatasi negli anni precedenti.

Un ulteriore problema consiste nella scarsa percezione del rischio da parte delle persone che acquisiscono l'infezione per via sessuale, con un accesso tardivo al test diagnostico e, conseguentemente, al trattamento terapeutico.

Il Ministero della salute non può non ritenere prioritaria la lotta contro l'infezione da HIV/AIDS e pertanto, in linea di continuità con le iniziative adottate negli anni precedenti, ha realizzato un ampio programma di interventi di tipo informativo-educativo per gli anni 2003-2004. È stata realizzata la VII campagna di comunicazione contro l'AIDS, che attraverso l'utilizzo dei mezzi di comunicazione sociale (televisione, radio, stampa, manifesti, opuscoli informativi) e l'organizzazione o la partecipazione ad eventi e manifestazioni, ha perseguito gli obiettivi di promuovere i comportamenti non a rischio, mantenendo alta l'attenzione sul problema HIV/AIDS, e di favorire il senso e le azioni di solidarietà sociale nei confronti dei soggetti sieropositivi o malati.

La Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS e le malattie infettive emergenti e riemergenti ha elaborato diversi documenti, tra i quali l'«Aggiornamento sulle conoscenze in tema di terapie anti-

retrovirali» ed un testo programmatico per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS coerente con i principi enunciati nella dichiarazione di Dublino, sottoscritta il 24 febbraio 2004 dai paesi membri dell'Unione europea nel corso della conferenza «*Breaking the barriers: Partnership in the fight against HIV/AIDS in Europe and Central Asia*».

Con l'attenzione e l'impegno consapevole sempre manifestati su questo problema di incisivo impatto sanitario e sociale, il Ministero della salute persegue i seguenti obiettivi: continuare le campagne di informazione e di prevenzione ai cittadini; sostenere i progetti di ricerca e sviluppare i sistemi di sorveglianza (ad esempio, il sistema anonimo di raccolta dati sull'infezione da HIV), per un monitoraggio più efficace delle dinamiche dell'epidemia sul territorio nazionale; garantire, come peraltro è stato già fatto negli anni precedenti, ogni più idoneo trattamento terapeutico per le persone sieropositive.

**PRESIDENTE.** L'onorevole Delmastro Delle Vedove ha facoltà di replicare.

**SANDRO DELMASTRO DELLE VEDOVE.** Onorevole Presidente, signor sottosegretario, intanto non posso fare a meno di rilevare come, ancora una volta, il sottosegretario per la salute non sia uno di quei sottosegretari che spesso e volentieri in aula leggono stancamente le relazioni predisposte dai competenti uffici (così si chiamano) e come egli sia invece sempre puntuale nell'enunciazione di precisi dati, relativi ai problemi che gli vengono sottoposti.

Dopo essermi compiaciuto per questa caratteristica costante della presenza in aula del senatore Cursi, debbo innanzitutto dire che sono lieto che i dati pubblicati dal quotidiano *Libero*, che erano preoccupanti, in ordine al fatto che il nostro paese indossasse la «maglia nera» nella speciale classifica negativa della diffusione dell'AIDS nell'ambito dell'Unione europea, siano presumibilmente e fortunatamente infondati.

Si ha, tuttavia, la sensazione (colgo questa occasione per segnalarlo ancora

una volta alla sensibilità del ministro della salute, attraverso il sottosegretario presente in aula) che, rispetto agli anni Ottanta (allorché faceva aggio probabilmente il terrore di questa nuova malattia, che sembrava in quel momento dover assumere le caratteristiche della peste del ventunesimo secolo), vi sia una caduta di attenzione nei confronti di tale problematica; la paura è diminuita anche perché, occorre sottolinearlo, dal punto di vista terapeutico importanti progressi sono stati compiuti nella cura di questa gravissima malattia.

Prendo, quindi, atto, con particolare sollievo e piacere, del fatto che il ministero abbia promosso in questo periodo campagne di sensibilizzazione con riferimento ai problemi derivanti dall'infezione dell'HIV e dall'AIDS conclamato. Credo sarebbe opportuno (mi pare che anche su questo versante il ministro della salute si sia già mosso) coniugare queste iniziative con altre in modo sinergico, da assumersi con il Ministero dell'istruzione, tenuto conto che l'educazione sessuale e specifiche informazioni in ordine a questa particolarissima malattia, che coinvolge, ahimè, molti giovani, potrebbero assumere una rilevanza fondamentale nell'ambito della prevenzione della malattia medesima.

Molto ci resta da fare, onorevole sottosegretario, anche se molto, da ciò che ho potuto cogliere dalle sue parole, è già stato fatto.

Credo che gli sforzi non siano mai sufficienti per addivenire al risultato di scendere nella classifica che, comunque, ci vede in una posizione medio-alta per quanto riguarda la diffusione dell'AIDS.

Vi sono anche problemi legati all'immigrazione con riferimento a quei paesi che, ultimamente, sono entrati a far parte dell'Unione europea (soprattutto nei paesi dell'Est vi è un elevato tasso di diffusione di questa malattia). Sono questioni, anche per la capacità di movimento propria dei cittadini dell'Unione europea, che devono essere tenute in alta considerazione da parte del ministro della salute, in concomitanza, come dicevo prima, con azioni sinergiche da parte del Ministero della

pubblica istruzione e dello stesso ministro dell'interno, per quanto riguarda le possibilità di movimento che hanno ormai tutti cittadini dell'Unione europea.

Sono comunque decisamente soddisfatto della sua risposta, estremamente precisa e confortante, soprattutto perché viene meno l'allarme suscitato dalla pubblicazione sul quotidiano *Libero* di una statistica che, evidentemente, non ha un preciso fondamento, pur sottolineando, come dicevo poc'anzi, che comunque l'Italia si colloca in una posizione in ogni caso preoccupante.

La ringrazio, signor sottosegretario, ed auguro a lei e al ministro della salute un buon lavoro su questo versante particolare che coinvolge la gioventù del nostro paese.

**PRESIDENTE.** È così esaurito lo svolgimento delle interpellanze e delle interrogazioni all'ordine del giorno. Ringrazio il Governo ed i colleghi intervenuti.

Sospendo la seduta fino alle 15,30.

**La seduta, sospesa alle 12,30, è ripresa alle 15,30.**

### **Missioni.**

**PRESIDENTE.** Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Buontempo, Giovanardi, Intini, Pistone, Ramponi e Tarditi sono in missione a decorrere dalla ripresa pomeridiana della seduta.

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

### **Discussione di documenti in materia di insindacabilità ai sensi dell'articolo 68, primo comma, della Costituzione.**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca la discussione di documenti in materia di insindacabilità, ai sensi del primo comma dell'articolo 68 della Costituzione.

Ricordo che a ciascun gruppo, per l'esame di ogni documento, è assegnato un tempo di cinque minuti (dieci minuti per il gruppo di appartenenza del deputato interessato). A questo tempo si aggiungono cinque minuti per ciascuno dei relatori, cinque minuti per richiami al regolamento e dieci minuti per interventi a titolo personale.

**(Discussione – Doc. IV-ter, n. 9-A)**

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla discussione del seguente documento:

Relazione della Giunta per le autorizzazioni sulla richiesta relativa all'applicabilità dell'articolo 68, primo comma, della Costituzione, nell'ambito di un procedimento civile nei confronti di Elio Veltri, deputato nella XIII legislatura (Doc. IV-ter, n. 9-A).

La Giunta propone di dichiarare che i fatti per i quali è in corso il procedimento concernono opinioni espresse dall'onorevole Elio Veltri nell'esercizio delle sue funzioni, ai sensi del primo comma dell'articolo 68 della Costituzione.

Dichiaro aperta la discussione.

Ha facoltà di parlare il relatore, onorevole Mantini.

PIERLUIGI MANTINI, *Relatore*. Signor Presidente, come lei ha ricordato, il caso riguarda una richiesta di deliberazione in materia di insindacabilità presentata dall'onorevole Elio Veltri. La Giunta ha esaminato questo caso pervenendo all'unanime conclusione della insindacabilità.

Ciò premesso, la Giunta riferisce su una richiesta di deliberazione pervenuta dalla I sezione civile del tribunale di Roma in ordine ad una causa intentata dalla Fininvest Spa contro Elio Veltri, deputato nella XIII legislatura. Dalla comparsa conclusoria della parte attrice risulta che Veltri, unitamente al giornalista Marco Travaglio, avrebbe diffamato la predetta società attraverso il volume *L'odore dei soldi*, pubblicato dagli Editori Riuniti nel febbraio 2001. Occorre ricordare che in proposito è stata richiesta l'insindacabilità

in quanto la pubblicazione è del febbraio 2001 e l'onorevole Veltri è stato deputato fino al 30 maggio 2001.

Prescindendo dal dettaglio delle censure mosse in sede di causa, bisogna sottolineare che la tesi di fondo del libro, sufficientemente nota (che la Giunta e l'Assemblea non sono chiamate a condividere) è che le fortune economiche dell'attuale Presidente del Consiglio non sarebbero di derivazione trasparente. Questa opinione è basata, secondo gli autori del libro, su una serie di eventi fattuali attinenti alle fonti di finanziamento del gruppo Fininvest e, in particolare, agli affidamenti bancari di cui questo gruppo ha goduto negli anni Ottanta e alle operazioni contabili effettuate anche attraverso il meccanismo delle partite tra società appartenenti allo stesso gruppo (il cosiddetto sistema delle scatole cinesi).

Tutto ciò sarebbe stato sostenuto anche da due esperti, un funzionario della Banca d'Italia ed un maresciallo della Polizia, i quali avrebbero, nell'ambito del procedimento a carico dell'onorevole Marcello Dell'Utri, redatto un rapporto sulle vicende finanziarie e societarie qui in questione. La società Fininvest si è lamentata anche di altre espressioni e allusioni contenute nel libro, ritenendole accostamenti tra la società Fininvest e ambienti mafiosi.

Le tesi della discesa in campo dell'onorevole Berlusconi nonché dell'ascesa e delle fortune finanziarie del gruppo Fininvest sono state più volte oggetto di dibattito anche in sede parlamentare; nell'ambito di tale dibattito si sono contrapposte – lo ricordo solo per inciso – due diverse visioni, l'una più politica e l'altra più personale e volta ad accreditare la cura di interessi più privati. Il libro sposa questa seconda tesi, ma si tratta di una questione ampiamente saldata nel dibattito politico-parlamentare a livello nazionale e nello specifico delle aule.

Dovendo prescindere completamente dalla condivisione del merito, sia delle censure che delle affermazioni contenute nel libro, la Giunta ovviamente si è concentrata sul profilo dell'attività parlamentare specifica dell'onorevole Veltri, al fine

di meglio valutare se la pubblicazione possa essere considerata una divulgazione di tesi già sostenute durante l'attività parlamentare. Da questo punto di vista nell'istruttoria compiuta dalla Giunta è emersa un'ampia documentazione.

L'onorevole Veltri è stato tra i primi a chiedere e a partecipare come membro alla Commissione referente speciale sui temi della prevenzione e repressione della corruzione. In tale ambito è più volte intervenuto, così come risulta dagli atti parlamentari, presentando proposte di legge sul tema. In particolare, si ricorda l'atto Camera n. 2327 in materia dell'istituzione della attività di garanzia della pubblica amministrazione, deputata al controllo della trasparenza e della correttezza amministrativa. Inoltre, l'onorevole Veltri è più volte intervenuto sui temi delle rogatorie giudiziarie, chiedendo la sospensione della prescrizione in pendenza delle rogatorie. Tra i reati relativi in questa proposta di legge ha incluso — come risulta *per acta* — anche i reati contro la pubblica amministrazione e quelli societari, ovvero gli stessi all'epoca contestati alla società Fininvest.

Si ricorda che l'onorevole Veltri ha presentato numerose interrogazioni specifiche, tutte citate nella relazione, cui pertanto rinvio. In particolare, vorrei soffermarmi soltanto sull'interrogazione n. 4-32464, presentata in data 9 novembre 2000, nella quale fece riferimento agli elementi istruttori relativi al gruppo Fininvest. In tale sede l'onorevole Veltri premise testualmente che «secondo notizie di stampa la procura distrettuale antimafia di Palermo ha affidato ad un tecnico della Banca d'Italia l'incarico di indagare le modalità con cui si è arricchito l'onorevole Berlusconi; il tecnico ha presentato un rapporto dal titolo: Prima nota informativa sui flussi finanziari denominate "Holding italiana" 1-22; per la prima volta è stato possibile entrare nelle 22 scatole cinesi che hanno costituito la base per la nascita di Fininvest; nel rapporto la verifica di alcune società non è stata completata perché erano scaduti i termini delle indagini preliminari (...)».

Per proseguire nella lettura, rinvio nuovamente alla relazione, ricordando però agli onorevoli colleghi come i riferimenti siano addirittura testuali, per quanto la materia possa prestarsi ad affermazioni e riferimenti siffatti.

Dunque, la Giunta all'unanimità ha ritenuto che nel caso di specie siamo in presenza di una pubblicazione che può ritenersi divulgativa di tesi politiche sostenute dall'onorevole Veltri anche durante l'attività parlamentare in senso proprio.

Da ciò discende l'unanime conclusione per cui le opinioni in questione sono state espresse da un membro del Parlamento nell'esercizio delle sue funzioni e la proposta unanime all'Assemblea di dichiararne l'insindacabilità.

**PRESIDENTE.** Nessuno chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione.

Dovremmo ora procedere alla votazione sulla proposta della Giunta. Avverto che è stata chiesta la votazione nominale mediante procedimento elettronico.

#### **Preavviso di votazioni elettroniche (ore 15,43).**

**PRESIDENTE.** Poiché nel corso della seduta avranno luogo votazioni mediante procedimento elettronico, decorrono da questo momento i termini di preavviso di cinque e venti minuti previsti dall'articolo 49, comma 5, del regolamento.

Per consentire il decorso del termine regolamentare di preavviso, sospendo la seduta.

**La seduta, sospesa alle 15,45, è ripresa alle 16,05.**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
PIER FERDINANDO CASINI**

**In morte dell'onorevole Giorgio Ghezzi.**

**PRESIDENTE.** Onorevoli colleghi, mi ha raggiunto in questo momento la no-

tizia della morte dell'onorevole professor Giorgio Ghezzi, un mio concittadino bolognese, che è stato vicepresidente della Commissione lavoro della Camera, un nostro collega per lungo tempo, uno dei padri dello Statuto dei lavoratori, già membro della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali.

Vorrei rivolgere ai gruppi parlamentari della sinistra cui ha appartenuto, dei Democratici di sinistra-L'Ulivo e, soprattutto, alla sua famiglia l'affettuoso cordoglio di tutta la Camera dei deputati (*Il Presidente si leva in piedi e con lui l'intera Assemblea ed i membri del Governo — Applausi*).

**Si riprende la discussione di documenti in materia di insindacabilità** (*ore 16,13*).

**(Votazione — Doc. IV-ter, n. 9-A)**

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla proposta della Giunta di dichiarare che i fatti per i quali è in corso il procedimento di cui al Doc. IV-ter, n. 9-A concernono opinioni espresse dal deputato Elio Veltri nell'esercizio delle sue funzioni.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

<i>(Presenti</i> .....	396
<i>Votanti</i> .....	392
<i>Astenuti</i> .....	4
<i>Maggioranza</i> .....	197
<i>Hanno votato sì</i> .....	389
<i>Hanno votato no</i> ..	3).

Prendo atto che gli onorevoli Savo, Anna Maria Leone e Romoli non sono riusciti ad esprimere il proprio voto.

**Sull'ordine dei lavori** (*ore 16,15*).

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi — mi rivolgo soprattutto ai presidenti dei gruppi parlamentari —, per rispetto nei confronti del ministro degli affari esteri, che ha una serie di appuntamenti internazionali, ricordo, come metodologia dei nostri lavori pomeridiani, che dovremo procedere ad una ulteriore discussione di un documento in materia di insindacabilità, poi all'esame della questione pregiudiziale sulla ratifica ed esecuzione del Trattato che adotta una Costituzione per l'Europa, quindi al seguito della discussione di disegni di legge di conversione. Dovremo successivamente procedere alla discussione sulle linee generali del disegno di legge recante ratifica ed esecuzione del Trattato costituzionale europeo, al quale, come detto, sono state presentate due questioni pregiudiziali.

Ho anticipato al ministro Fini, in considerazione degli impegni internazionali che avrà nei prossimi giorni, che il suo intervento introduttivo potrà essere svolto alle 19 di questa sera, in modo da poter incardinare subito dopo la discussione sulle linee generali, alla quale egli ha manifestato l'intendimento di essere presente. Al termine dell'esame dei documenti in materia di insindacabilità passeremo all'esame delle questioni pregiudiziali e dei disegni di legge all'ordine del giorno.

ANTONIO BOCCIA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ANTONIO BOCCIA. Signor Presidente, affinché completi l'informazione, è possibile sapere se, considerato l'alto numero degli iscritti, la discussione sulle linee generali del disegno di legge n. 5388 proseguirà anche domani?

PRESIDENTE. Certo, certo, incardineremo la discussione sulle linee generali questa sera, che proseguirà domani in quanto i colleghi del gruppo della Lega

Nord Federazione Padana ne hanno chiesto l'ampliamento affinché essa non risulti sacrificata dal fatto di essere relegata ad orari in cui vi sarebbero poca attenzione e visibilità.

ALESSANDRO CÈ. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. Signor Presidente, anzitutto, colgo l'occasione per augurarle buon anno, visto che è da un po' che non ci vediamo (*Si ride*)...

Per quanto riguarda l'inizio della discussione sulle linee generali del disegno di legge di ratifica del Trattato che adotta una Costituzione per l'Europa, in sede di Conferenza dei presidenti di gruppo (alla quale non ero presente; era presente, invece, l'onorevole Bricolo), lei ci aveva rassicurati in merito all'organizzazione dei tempi per l'esame del provvedimento in parola; ciò nonostante, faccio notare che il tempo «abbastanza ampio» di cui si era parlato si è tradotto, per il gruppo della Lega, in 36 minuti per la discussione sulle linee generali ed in 18 minuti per il seguito dell'esame. Ebbene, credo che sarebbe stato più sensato concedere un tempo maggiore per l'esame degli articoli.

Inoltre, signor Presidente, desideravo farle notare che, poiché ci apprestiamo a ratificare una Costituzione europea che cambierà radicalmente il futuro anche del nostro popolo e di tutti i cittadini italiani, sarebbe stato opportuno, nell'ottica di un'organizzazione ampia dei tempi di esame, dedicare al provvedimento in questione una o addirittura due giornate per confrontarsi e per discuterne specificamente, anche per evitare che la discussione del provvedimento fosse relegata ad un orario sostanzialmente notturno, che impedisce un adeguato coinvolgimento dell'opinione pubblica.

Signor Presidente, credo sia doveroso — e siamo ancora in tempo — rettificare le decisioni intervenute al riguardo e fissare almeno una seduta piena per confrontarci sul tema, per dibattere e per richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica in

modo che questa sia più coinvolta. I giornalisti sicuramente parleranno del nostro futuro e delle posizioni dei vari gruppi sull'argomento, ma per dare dignità al dibattito ritengo sia necessario accogliere la nostra richiesta. È pur vero, infatti, che buona parte delle forze politiche può essere più o meno interessata all'argomento e può conoscere la Costituzione europea in misura maggiore o minore; tuttavia, signor Presidente, a lei spetta una responsabilità istituzionale che deve esercitare di fronte al paese.

Si tratta di un aspetto istituzionale che lei, signor Presidente, non ha mancato di sottolineare in occasioni di gran lunga meno rilevanti; ora la invito fermamente a svolgere adeguatamente il suo ruolo anche su un tema così importante (*Applausi dei deputati del gruppo della Lega Nord Federazione Padana*).

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Cè.

MARCO BOATO. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà, onorevole Boato, e ritengo che con il suo intervento si possa concludere su questo punto.

Prego, onorevole Boato.

MARCO BOATO. Signor Presidente, nel merito, le mie personali valutazioni sono opposte a quelle del collega Cè; tuttavia, sul piano del metodo, credo che la richiesta di disporre di un tempo congruo per l'esame del provvedimento sia giustificata in considerazione dell'importanza del dibattito (del resto, lei si è esplicitamente riservato di assumere un'iniziativa al riguardo).

Sotto il profilo del metodo, credo che quella di dare centralità al dibattito sia un'istanza condivisibile, anche se, ripeto, nel merito, la mia posizione è diametralmente opposta. Pertanto, mi associo alla richiesta testé formulata.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Boato, e grazie soprattutto all'onorevole Cè.

Onorevole Cè, nelle ore che ci separano dall'inizio della discussione sulle linee ge-

nerali, che — ripeto — avrà luogo alle 19, prenderò gli opportuni contatti con i gruppi per fare in modo di soddisfare la sua richiesta e di non sacrificare il dibattito sulla ratifica del Trattato che adotta una Costituzione europea, relegandolo nelle ore serali.

**Si riprende la discussione di documenti in materia di insindacabilità (ore 16,20).**

**(Discussione — Doc. IV-quater, n. 101)**

PRESIDENTE. Passiamo dunque alla discussione del seguente documento:

Relazione della Giunta per le autorizzazioni sull'applicabilità dell'articolo 68, primo comma, della Costituzione, nell'ambito di un procedimento civile nei confronti del deputato Cirielli (Doc. IV-quater, n. 101).

La Giunta propone di dichiarare che i fatti per i quali è in corso il procedimento concernono opinioni espresse dal deputato Cirielli nell'esercizio delle sue funzioni, ai sensi dell'articolo 68, primo comma, della Costituzione.

Dichiaro aperta la discussione.

Ha facoltà di parlare l'onorevole Siniscalchi, presidente della Giunta per le autorizzazioni, in sostituzione del relatore, onorevole Ghedini.

VINCENZO SINISCALCHI, *Presidente della Giunta per le autorizzazioni*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la Giunta riferisce su una richiesta di deliberazione in materia di insindacabilità concernente il collega deputato Edmondo Cirielli, con riferimento ad un procedimento civile pendente nei suoi confronti presso il tribunale di Salerno, sezione distaccata di Cava de' Tirreni. Il procedimento trae origine da un atto di citazione per risarcimento danni del signor Giovanni Romano, sindaco di Mercato San Severino in provincia di Salerno.

Per come risulta dall'atto di citazione, l'onorevole Cirielli avrebbe inviato, in data

1° agosto 2002, una lettera al signor Romano, addebitandogli di aver « agito con intento persecutorio nei confronti di Grimaldi Giuseppe, iscritto di Alleanza nazionale, componente dell'esecutivo provinciale, causandogli gravi problemi lavorativi ». Questa lettera sarebbe stata poi diffusa sulla stampa locale (sui quotidiani *Roma-Salernitano* e *La Città*). Tutto ciò sarebbe il frutto di una ricostruzione dei fatti strumentali e distorta, sostenuta da affermazioni diffuse in modo ingiustificato ed inammissibile.

La Giunta ha esaminato il caso nelle sedute del 14 e del 21 gennaio 2004, nel corso di quest'ultima ascoltando l'interessato. Nel corso dell'audizione è emerso che, a detta dell'onorevole Edmondo Cirielli, il signor Romano è il sindaco di Mercato San Severino in provincia di Salerno, eletto con Alleanza nazionale. Il Cirielli era stato interessato da un medico, il dottor Grimaldi, il quale lamentava che il Romano lo sottoponeva a vessazioni, quale per esempio l'ispezione nel suo laboratorio da parte dei vigili urbani anziché, come di consueto, delle autorità sanitarie. Egli aveva pertanto indirizzato al Romano la lettera nella quale manifestava il suo disappunto per un comportamento che gli appariva persecutorio nei confronti di un cittadino. Peraltro, egli non aveva intenzione di dare a tale lettera, inviata al numero di fax personale del sindaco, alcuna divulgazione. Poiché, invece, essa ha avuto una diffusione inaspettata, egli ha avuto la sensazione che le condizioni per essere prima querelato e poi citato in giudizio civile siano state predisposte ad arte.

Mercato San Severino non si trova nel suo collegio, bensì nella provincia di Salerno, nella quale, tuttavia, è sito anche il suo collegio. Il deputato Cirielli ha anche precisato che il Grimaldi ha cominciato a ricevere le attenzioni del sindaco Romano poco dopo avere reso nota la sua intenzione di candidarsi anch'egli a sindaco.

Successivamente ai fatti, l'onorevole Cirielli ha presentato su di essi un'interrogazione parlamentare (è allegata ai nostri atti).

Orbene, è apparso ai membri della Giunta intervenuti sulla questione che l'intera vicenda sia di ben scarso momento politico e che essa si sarebbe verosimilmente potuta risolvere anche sul piano stragiudiziale. Un'eventuale difesa in giudizio avrebbe, in ogni caso, visto il deputato richiedente in una posizione assolutamente vantaggiosa, giacché ciò che gli si addebita rientra per certo nella normale dialettica politica che la giurisprudenza, sia di merito sia di legittimità, è propensa a riconoscere.

Una volta però che la Giunta è investita di una richiesta di deliberazione, ha il dovere di pronunciarsi.

L'articolo 3, comma 1, della legge n. 140 del 2003 stabilisce, com'è noto, che il parlamentare per ogni attività di ispezione, di divulgazione, di critica e di denuncia politica connessa alla funzione di parlamentare, espletata anche fuori del Parlamento, è insindacabile.

È sembrato agli intervenuti nel dibattito svoltosi in sede di Giunta che la lettera del 1° agosto 2002 inviata al sindaco di Mercato San Severino sia precisamente un atto di denuncia e critica politica, attraverso la quale il Cirielli intendeva evidenziare una serie di atti (asseritamente) vessatori del potere pubblico ai danni di un cittadino.

Da questo punto di vista, l'interrogazione parlamentare presentata, se non consente di affermare che della lettera sia stata data divulgazione (giacché posteriore rispetto al relativo invio al sindaco di Mercato San Severino), nondimeno testimonia di come il Cirielli abbia fatto della vicenda materia della sua battaglia politica sul territorio della provincia di Salerno, nella quale peraltro è sito il suo collegio.

Per questi motivi, la Giunta all'unanimità ha deliberato nel senso che i fatti per i quali è in corso il procedimento rientrano nell'ambito dell'applicazione dell'articolo 68, primo comma, della Costituzione.

**PRESIDENTE.** Nessuno chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione.

**(Votazione – Doc. IV-quater, n. 101)**

**PRESIDENTE.** Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla proposta della Giunta di dichiarare che i fatti per i quali è in corso il procedimento di cui al Doc. IV-quater, n. 101, concernono opinioni espresse dal deputato Cirielli nell'esercizio delle sue funzioni, ai sensi del primo comma dell'articolo 68 della Costituzione.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	420
<i>Votanti</i> .....	419
<i>Astenuti</i> .....	1
<i>Maggioranza</i> .....	210
<i>Hanno votato sì</i> .....	418
<i>Hanno votato no</i> ..	1).

Prendo atto che l'onorevole Anna Maria Leone non è riuscita a votare; prendo atto altresì che l'onorevole Boato non è riuscito a votare ed avrebbe voluto esprimere voto favorevole.

**Discussione del disegno di legge: Ratifica ed esecuzione del Trattato che adotta una Costituzione per l'Europa e alcuni atti connessi, con atto finale, protocolli e dichiarazioni, fatto a Roma il 29 ottobre 2004 (5388) (Esame e votazione di questioni pregiudiziali) (ore 16,25).**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Ratifica ed esecuzione del Trattato che adotta una Costituzione per l'Europa e alcuni atti connessi, con atto finale, protocolli e dichiarazioni, fatto a Roma il 29 ottobre 2004.

**(Esame di questioni pregiudiziali – A.C. 5388)**

**PRESIDENTE.** Avverto che sono state presentate le questioni pregiudiziali per motivi di costituzionalità Mascia ed altri n. 1 e Fontanini ed altri n. 2 *(vedi l'allegato A – A.C. 5388 sezione 1)*.