COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

CII.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 MARZO 1968

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **DE MARIA**

INDICE

PAG.

Congedi:

PRESIDENTE 1151

Proposta di legge (*Discussione e approvazione*):

Senatori FERRONI ed altri: Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità (*Approvata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (4901) 1151

PRESIDENTE . . 1151, 1153, 1155, 1156, 1158
BARBA, *Relatore* 1152, 1156
BARBERI 1154
CATTANEO PETRINI GIANNINA 1154
D'ANTONIO 1153, 1154
DI MAURO ADO GUIDO 1155
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 1154, 1155, 1156, 1157
PASQUALICCHIO 1155, 1156
USVARDI 1153

Proposta di legge (*Discussione e rinvio*):

DE LORENZO ed altri: Modifiche alla legge 3 aprile 1957, n. 235, relativa ai prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (2341) 1159

PRESIDENTE 1159, 1161
BARBERI, *Relatore* 1159
CORTESE 1160
DE LORENZO 1160
MARIOTTI, *Ministro della sanità* . . . 1160
SPINELLI 1160

Votazione segreta:

PRESIDENTE 1161

La seduta comincia alle 18.

BARTOLE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Congedi.

PRESIDENTE. Comunico che sono in congedo i deputati Cappello, Cortese Giuseppe, Gennai Tonietti Erisia.

Discussione della proposta di legge d'iniziativa dei senatori Ferroni ed altri: Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità *(Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato)* (4901).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e

sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità ».

Comunico che la Commissione bilancio ha espresso parere favorevole su questo provvedimento.

La I Commissione ha invece annunciato l'invio di una lettera liberatoria.

L'onorevole Barba ha facoltà di svolgere la relazione.

BARBA, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il disegno di legge al nostro esame è già stato approvato dalla XI Commissione permanente del Senato. Esso intende apportare modifiche alla composizione ed all'ordinamento del Consiglio superiore di sanità, regolati, allo stato, dal decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, numero 257.

Mi pare fuor di luogo sottolineare, in questa sede, l'importanza e la delicatezza dei compiti affidati al Consiglio superiore di sanità, come ritengo non necessario richiamare l'attenzione dei colleghi sulle benemerenze da esso acquisite non solo all'interno del nostro paese, ma anche in campo internazionale, attraverso l'opera veramente intelligente e prestigiosa con la quale esso affianca l'azione dello Stato, e per lo Stato del ministro della sanità, in tutti i campi di interesse sanitario.

Mi pare si debba sottolineare come il Consiglio superiore di sanità abbia, in sostanza, svolto egregiamente le funzioni di strumento tecnico-scientifico veramente efficace, al quale può costantemente ricorrere il ministro della sanità in ordine a tutti i problemi sanitari che, anche su piano internazionale, vengono posti all'attenzione non solo degli ambienti specializzati, ma di tutta la pubblica opinione, in considerazione anche dell'evolversi della vita economica e sociale.

Di qui l'esigenza di un costante aggiornamento e adeguamento dei compiti del Consiglio alle crescenti esigenze della sanità pubblica. D'altra parte, la storia del Consiglio ha già registrato modificazioni avvenute nel tempo: nel 1949, con la legge n. 101; nel 1952, con la legge 20 luglio, n. 4007; nel 1953, con la legge 5 gennaio, n. 25; ed infine con il decreto che con il provvedimento in esame si intende modificare.

Le modifiche proposte sono, in sostanza, nove. Innanzi tutto si vuole inserire un secondo giureconsulto in seno al Consiglio. Attualmente si fa ricorso ad uno esterno, invitato di volta in volta a partecipare alle riunioni del Consiglio; tuttavia, poiché sono ora previste riunioni e di sezioni e di commissioni, non è più possibile che la consulenza venga fornita da un solo giureconsulto.

La seconda modifica ed integrazione che si propone è quella relativa all'inserimento di sette professori universitari in branche fondamentali della scienza medica, attualmente non rappresentate: l'otorinolaringoiatria, la medicina legale e delle assicurazioni, la puericultura, l'endocrinologia, l'oncologia, la microbiologia e la statistica sanitaria.

Si prevede inoltre l'inserimento di un professore di chimica biologica accanto ai professori di chimica, chimica farmaceutica e farmacologica, già previsti. Poiché la chimica biologica è una disciplina base nell'attuale concezione della medicina, questo riferimento mi sembra essenziale. Ugualmente essenziale sembra la presenza di un professore di fisica, che attualmente manca. Basta pensare al problema delle radiazioni ionizzanti, alla applicazione della fisica alla medicina, ai rapporti del settore dell'industria con l'attività sanitaria per rendersi conto dell'importanza di questo inserimento.

Il quinto inserimento che si propone è relativo ad un altro professore di medicina veterinaria a fianco dei tre già previsti. Tale potenziamento è soprattutto in riferimento al problema dell'igiene degli alimenti di origine animale.

Si prevede poi l'inserimento di un altro sovrintendente o direttore sanitario di ospedale in aggiunta all'unico già previsto; ciò è in rapporto con lo sviluppo della rete sanitaria ospedaliera del paese e alla funzione nuova che gli ospedali vengono ad assumere anche per effetto della legge recentemente approvata.

È poi previsto l'inserimento di altri due membri scelti tra coloro che sono esperti di sanità pubblica. Mi sembra che questa innovazione possa dare la possibilità di scegliere più largamente nella vasta gamma degli esperti in questo settore.

L'ottava innovazione è quella relativa alla soppressione dell'attuale comitato unico per ogni sezione e la sua sostituzione con commissioni di sezione, composte da elementi competenti nelle materie da trattare. Mi sembra che tale innovazione possa contribuire concretamente alla funzionalità del Consiglio superiore di sanità.

L'ultima proposta è quella relativa alla ristrutturazione della segreteria del Consiglio superiore di sanità con la previsione di affidare la direzione della segreteria stessa ad un segretario generale, cioè ad un organismo di riferimento quanto mai essenziale per la

importanza della funzione che questo massimo consesso sanitario del paese svolge.

Mi pare, quindi, che si possa dire che, in sostanza, le modifiche suggerite dal disegno di legge rispondono al criterio essenziale di rendere più agile e funzionale il Consiglio superiore di sanità affinché sia il più completo possibile, in relazione alle esigenze attuali della scienza medica, nei suoi rapporti con la società.

D'altra parte, le spese relative a queste innovazioni sono assai modeste. Il Presidente ha già ricordato il parere favorevole espresso dalla Commissione bilancio nella seduta di ieri; è da notare che l'aumento di spesa è già fronteggiato dalle attuali disponibilità del ministero della sanità; quindi, senza gravare ulteriormente sul tesoro, è possibile far fronte alle spese mediante riduzione del capitolo 1163 del bilancio del Ministero della sanità. Vorrei far notare che la spesa prevista in 6 milioni e 200 mila lire copre, in buona sostanza, l'esigenza dell'istituzione del posto di segretario generale.

Una differenza nella spesa sarà quella tra la somma occorrente per la convocazione attuale delle sedute a sezioni plenarie e quella, probabilmente minore, per la convocazione delle sottocommissioni e delle sezioni.

Per queste ragioni, e in considerazione del le finalità di snellimento, di funzionalità e di completezza che si propone il disegno di legge, chiedo ai colleghi di voler esprimere su di esso parere favorevole.

PRESIDENTE. Ringrazio il relatore per la precisa e lucida relazione. Dichiaro aperta la discussione generale.

D'ANTONIO. Signor Presidente, io non credo che questa sia una di quelle leggi che debbono assolutamente essere approvate, e integralmente, per non doverle rinviare al Senato. Si tratta di una modifica alla composizione e all'ordinamento del Consiglio superiore di sanità; ma mi dispiace dire che, ogni volta che si intende fare qualcosa di buono, si finisce invece poi col fare qualcosa di assai poco positivo.

A proposito della composizione del Consiglio, non credo che ai colleghi possa sfuggire un fatto abbastanza importante.

La medicina si evolve, come si sono evoluti i tempi – lo diceva anche il ministro, in altra occasione – e perciò dobbiamo anche noi marciare con i tempi, a seconda delle nostre possibilità. Non capisco dunque perché si voglia che alcune branche tradizionali della medicina siano rappresentate in seno al Consiglio, e si trascurino invece quelle più moderne, risultate dall'evoluzione. Non capisco, per esempio, perché mai ci debbano essere ben quattro docenti universitari in igiene e medicina preventiva.

Cioè si è parlato delle varie branche della medicina preventiva, come se questa potesse avere delle specificazioni, e si sono creati inutili doppioni. Vorrei rilevare che si dovrebbe o rappresentare tutte le branche delle specialità o, se si vuole raggrupparle, basta citare quelle costitutive e fondamentali, salvo scegliere in sede di consiglio di facoltà i loro rappresentanti.

A mio avviso 27 rappresentanti potrebbero essere insufficienti, mentre 12 potrebbero essere sufficienti. Infatti qualora prevedessimo tre rappresentanti per la chirurgia generale, tre per scienze biologiche, tre per scienze fisiologiche, tre per scienze di patologia generale, daremmo al consiglio di facoltà la responsabilità di scegliere i componenti fondamentali di questa commissione. Mi sembra inutile prevedere un rappresentante di scienze statistiche sanitarie, quando si dimentica lo inserimento di rappresentanti di branche fondamentali.

Ritengo che si dovrebbe rivedere con serietà tale questione, per evitare che il mondo universitario possa mettersi di nuovo in agitazione.

USVARDI. Ritengo che gli argomenti esposti dal collega Barba abbiano permesso a noi tutti di renderci conto che questo provvedimento è urgente. Si tratta di rendere più funzionale questo importante organismo, che ogni giorno di più è chiamato ad esprimere dei parere che diventano poi assolutamente impegnativi per tutta l'azione del ministero della sanità. Quindi, pur senza contestare la portata degli errori che sono stati poco fa rilevati, noi rimaniamo del parere che il disegno di legge debba essere rapidamente approvato.

Il Consiglio superiore di sanità, infatti, (lo abbiamo notato specialmente negli ultimi tre anni), ha rappresentato per tutto il paese una importante assise in cui si sono discussi problemi di interesse generale; non solo il Parlamento, ma anche l'esecutivo ha tenuto conto, in maniera determinante, di pareri che hanno prospettato soluzioni interessanti e valide per una futura azione di difesa della salute pubblica.

D'altra parte, è vero che con la nuova composizione del Consiglio si avranno 61 membri; ma è altrettanto vero – forse l'onorevole D'Antonio non l'ha notato – che esiste un ultimo comma nel quale si dice che il Presidente del-

la Repubblica, all'inizio di ciascun triennio, può nominare otto membri scelti tra coloro che abbiano conseguito benemerenze nel campo della sanità pubblica. Ritengo che questi otto membri potranno rappresentare una specie di valvola di sicurezza per ampliare il Consiglio in modo da renderlo sempre più efficiente e moderno; sono, questi, criteri che il Presidente della Repubblica non potrà ignorare. In questo modo verranno raccolte le indicazioni del collega D'Antonio, relativamente all'esigenza che le branche più moderne della medicina trovino rappresentanza in seno al Consiglio.

Riteniamo, quindi, che i 69 membri del Consiglio superiore di sanità potranno veramente essere un elemento assai importante per un'azione di appoggio al Ministero della sanità.

D'altra parte, bisogna anche rilevare che, come è stato fatto notare dal relatore, gli articoli 2 e 3 mettono in evidenza anche un ordinamento nuovo, che assicura maggiore snellezza e migliore funzionalità al Consiglio. Spesso, infatti, decisioni che dovrebbero essere prese rapidamente vengono ritardate da impacci burocratici. Inoltre, la stessa formulazione dell'articolo 4, che prevede una segreteria generale, garantisce di fatto quella tempestività di intervento che è patrimonio principale di un organismo che deve fornire non solo all'esecutivo, ma anche all'opinione pubblica precise indicazioni in ordine a problemi di interesse generale.

Poiché, infine ,la spesa necessaria è fronteggiata con fondi reperiti all'interno dello stesso bilancio del Ministero della sanità, al capitolo 1163, come ha ribadito lo stesso relatore, ci sembra giusto considerare positivamente questa legge, e dare ad essa il nostro voto favorevole, anche se esiste qualche ombra.

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Vorrei fare osservare che probabilmente è sfuggito ai colleghi che con il provvedimento in esame non si vuole semplicemente inserire nel Consiglio alcuni rappresentanti di certe specialità, eliminandone delle altre. L'allargamento del Consiglio, e l'inserimento degli esperti, va valutato alla luce della sostituzione del comitato unico con vari sottocomitati, competenti per materia, con il conseguente maggiore snellezza di convocazione e di deliberazione. Sarà in tal modo possibile consultare più agevolmente anche branche *a latere* della medicina, come ad esempio quella della fisica. Quanto alla consulenza giuridica, questo è forse un problema che può far sorridere; ma io so per esperienza quanto giovi poter avere in tempo utile tale consulenza, prima di prendere provvedimenti, anche di interesse sanitario. La presenza del giureconsulto non può essere considerata che un vantaggio, a mio avviso.

Quanto alle specializzazioni mancanti, può darsi che esse siano già rappresentate da qualcuno dei medici chirurghi già presenti nel Consiglio; e, comunque, si può sempre fare una raccomandazione nel senso che tra gli esperti consultati dal Consiglio vengano inclusi anche questi rappresentanti.

Quanto alla separazione effettuata nel disegno di legge tra il docente in microbiologia e quello in parassitologia, questo si spiega probabilmente con una estensione di compiti che non si limita al campo medico, ma investe anche quello veterinario.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Vorrei far notare ai colleghi che le aggiunte fatte alla composizione del Consiglio con il disegno di legge in esame sono soltanto quattro o cinque; per il resto, si ricalca la legge del 1962. (*Commenti*).

D'ANTONIO. Io vorrei dire che queste cose o si fanno con serietà, o è meglio non occuparsene affatto, perché non ne vale la pena!

CATTANEO PETRINI GIANNINA. Io insisto sul fatto che l'importante non è la singola aggiunta, o il sospetto che sia stata fatta *ad personam*, ma piuttosto il fatto che con lo inserimento nel Consiglio di queste persone si tende a rendere possibile un'azione molto più rapida, attraverso l'opera dei sottocomitati.

BARBERI. Non vi è dubbio che vi siano alcune dissonanze. Giustamente il ministro ha rilevato che i quattro professori universitari in igiene e medicina preventiva esistevano già; ritengo tuttavia che era logico che esistessero quando non c'erano il parassitologo, il virologo e il microbiologo. Inoltre vorrei rilevare che non esiste un istituto di medicina preventiva; bastava quindi far riferimento all'igiene.

Nella nuova strutturazione che si intende dare all'Istituto nutro perplessità in ordine alla funzione del fisiologo, mentre sarebbe stato opportuno inserire un neurochirurgo.

Comunque occorre rilevare i lati positivi del provvedimento; sottolineo l'opportunità di avere creato comitati che permettano di snellire i lavori del Consiglio superiore di sanità e di dare tempestivamente quei pareri di cui il ministro potrà avvalersi nella formulazione degli schemi di disegni di legge.

DI MAURO ADO GUIDO. Siamo al termine della legislatura e non possiamo approfondire la questione, anche perché non abbiamo una relazione che ci informi dell'attività del presidente del Consiglio superiore della sanità né della situazione relativa alle lacune riscontrate nella precedente commissione che si intende modificare in armonia con il mutamento dei tempi. Non possiamo quindi esprimere un giudizio completo sul provvedimento in esame.

Vorrei rilevare che, se volessimo elencare le specialità che mancano, arriveremmo allo infinito; è evidente che vi sono lacune e che avremmo avuto bisogno di maggior calma per poterne discutere.

Quanto alle osservazioni fatte in ordine ai quattro igienisti, non le condivido; infatti il Consiglio superiore di sanità è un consulente in materia di protezione della salute ed è giusto che sia affiancato da un folto gruppo di igienisti che pongano in evidenza la necessità della medicina preventiva. Nel corso di questi anni i cattedartici più sensibili a questo problema sono stati gli igienisti, i quali hanno compiuto uno sforzo notevole per por fine alla vecchia polemica tra igienisti e cattedratici circa la prevalenza della medicina preventiva o della medicina terapeutica. È prevalsa la tesi della medicina terapeutica. Questi studiosi hanno condotto notevoli battaglie scientifiche e politiche per modificare l'indirizzo generale con un congresso tenutosi a Bologna alcuni anni fa, dove illustri cattedratici hanno portato il loro contributo per quanto di specifico e di preventivo può fare oggi ciascuna branca. Deve quindi cadere il dualismo tra igienisti favorevoli alla prevenzione e medici generali favorevoli all'intervento terapeutico e diagnostico quando la malattia sia conclamata.

Sono quindi favorevole all'inserimento di quattro igienisti.

Siamo invece contrari, per una questione di principio, alla conservazione, nella composizione del Consiglio superiore di sanità, dei rappresentanti degli enti previdenziali mutualistici. Infatti, dal momento che abbiamo un piano di sviluppo economico che ha un capitolo dedicato alle questioni sanitarie e previdenziali, in cui si afferma il superamento degli istituti mutualistici, vediamo questo settore da due angoli visuali diversi.

Poco fa tutti assentivano quando sostenevo che la funzione del Consiglio superiore di sanità è quella di dare un indirizzo alla tutela sanitaria. Ora, non comprendo quale contributo abbiano dato o possano dare i rappresentanti degli enti mutualistici in questo consesso. A parte questo, temiamo che questa loro partecipazione segni un punto a vantaggio dei sostenitori della permanenza in atto di questi istituti. Sarei quindi dell'avviso di eliminare tali rappresentanti e di dare maggior spazio ai rappresentanti di altre specialità mediche.

Riteniamo che questo inserimento dei rappresentanti degli enti mutualistici si aggiunga ad altri fatti, che considerati nel loro insieme diventano preoccupanti. Vi è un decreto che stanzia 476 miliardi per questi istituti fino al 1972 (quindi fino a tale data questi istituti rimarranno in piedi); nel modificare i componenti del Consiglio superiore di sanità, manteniamo inclusi questi rappresentanti, quindi istituzionalizziamo la loro presenza.

Se invece la volontà politica della maggioranza fosse diretta secondo il programma che essa stessa ha formulato, questa sarebbe allora la gradualità. Sarà pur necessario cominciare a salire qualche gradino di questa scala!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Questa è la storia dell'uovo e della gallina.

D'altra parte, tutti i rappresentanti dell'INAIL sono dei sanitari.

DI MAURO ADO GUIDO. È possibile; però, per com'è fatta la legge, potrebbero anche essere dei funzionari amministrativi.

Comunque, se si trattasse solo di questo episodio, potrei anche non preoccuparmi; il fatto è che questo si inscrive in un quadro generale al quale si possono rivolgere diverse critiche.

Un'altra osservazione – che non tocca un partito o una maggioranza, ma investe le istituzioni del paese, in generale – riguarda il ritardo dell'intervento nell'università. Oggi a fatica si riesce ad indirizzarsi nel senso della riforma: sono problemi assai gravi, che possono esplodere da un momento all'altro. Cosa avverrà fra qualche anno? Voi affermate fin dall'epoca del primo piano quinquennale che l'attuale struttura è superata, è da distruggere. Ebbene, oggi, con 476 miliardi, abbiamo saldato i debiti fino al 31 dicembre 1967.

PRESIDENTE. Onorevole Di Mauro, vorrei pregarla di restare in argomento.

DI MAURO ADO GUIDO. Penso che quanto sto dicendo sia importante, signor Presidente. Nel 1968 si avranno altri guai, e questi problemi, come dicevo prima, esploderanno. (*Commenti*).

PASQUALICCHIO. L'onorevole Di Mauro ha, in un certo senso, anticipato un discorso che andrà fatto nella prossima legislatura,

perché la stesura di questa legge non ci soddisfa; e credo che tutti possiamo concordare in questa affermazione. Purtroppo, se vogliamo varare questa legge non possiamo apportare ad essa alcuna modifica.

La contraddizione esistente in questa legge risalta quando consideriamo le funzioni e le competenze del Consiglio superiore di sanità. Noi abbiamo una struttura sanitaria nazionale che dovrebbe essere modificata secondo il piano quinquennale; un primo passo avrebbe dovuto essere quello della riforma ospedaliera.

Ora, come si può conciliare questo orientamento con la legge oggi al nostro esame? Con questo provvedimento non si fa altro che trapiantare nel Consiglio superiore di sanità il concetto di direzione, di autorità universitaria, senza tenere conto minimamente della struttura sanitaria nazionale. Guardiamo un momento la composizione del Consiglio: due giureconsulti, un direttore generale della sanità militare, un direttore generale designato dal ministero dei lavori pubblici, cinque membri designati rispettivamente dai ministeri di grazia e giustizia, dell'industria, del commercio e dell'artigianato, della marina mercantile, della pubblica istruzione e dell'Istituto centrale di statistica; vi sono poi 27 docenti universitari!

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ma questi erano già previsti dalla legge precedente.

PASQUALICCHIO. Ma allora vogliamo mantenere sempre le stesse strutture!

La dinamica è nella struttura stessa della esistenza. Il ministro ha detto « c'erano già ». Ma questo che cosa significa? Allora ve li lasciamo per sempre? Condivido le osservazioni fatte dagli onorevoli Barberi e D'Antonio, in quanto non esiste una materia d'insegnamento di medicina preventiva, ma di igiene, che comprende la medicina preventiva, la microbiologia, l'endocrinologia, l'oncologia.

Il Consiglio superiore di sanità viene costituito, almeno per due terzi, da professori universitari.

La legge di riforma ospedaliera istituisce enti ospedalieri e non se ne tiene alcun conto nella costituzione del Consiglio superiore di sanità.

Per la verità non mi sentirei di approvare questo disegno di legge nella sua attuale stesura; tuttavia darò la mia approvazione in quanto si intende dare, in questo scorcio di legislatura, una composizione al Consiglio superiore di sanità che in una certa misura risponda alle attuali esigenze.

PRESIDENTE. Poiché nessun altro chiede di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

BARBA, *Relatore*. Ringrazio tutti i colleghi intervenuti nella discussione. Mi sembra che un'eccessiva distillazione delle provenienze dei membri del Consiglio superiore di sanità sia estremamente difficile. Posso concordare con alcuni rilievi che sono stati esposti, con alcune zone d'ombra che si sono volute sottolineare. Sinceramente vorrei dire che il Consiglio non è né un'accademia né una facoltà medica, ma un organismo vivo e vitale (non che le altre istituzioni non lo siano), che deve affrontare problemi che non sono sempre caratterizzati da indicazioni soltanto di caratetre scientifico ma anche da indicazioni di portata pratica.

Vorrei poi dissipare un equivoco che mi sembra sia emerso nel corso della discussione. Prevedendo alcune osservazioni, nella relazione ho indicato le integrazioni. Vorrei pregare i colleghi di esaminare la relazione che accompagna il disegno di legge presentato al Senato, in cui è stato sottolineato l'aspetto dell'integrazione. Mi sembra che si sia parlato un po' troppo genericamente dei 27 professori, degli altri rappresentanti, ecc. Buona parte di queste rappresentanze esistevano, le integrazioni sono estremamente limitate e comunque non riguardano assolutamente la parte relativa agli igienisti e alla medicina preventiva, che in questa sede si riteneva in eccesso.

Come ho già detto, le integrazioni concernono due giureconsulti, 7 professori universitari in branche che non concernono affatto l'igiene o la medicina preventiva, un professore di chimica biologica, uno di fisica, uno di medicina veterinaria, un altro sovrintendente o direttore sanitario di ospedale, tre nuovi esperti.

Vi sono poi le modifiche relative allo snellimento e alla funzionalità dell'organismo. Vorrei precisare che le indicazioni relative allo stampato della Camera sono riassuntive della composizione del Consiglio superiore di sanità, mentre gli inserimenti sono estremamente limitati.

Aderisco a quanto è stato detto, cioè che la parte relativa all'igiene e alla prevenzione dev'essere nettamente prevalente in un organismo di questo genere. Vorrei che facessimo uno sforzo per proiettarci verso l'avvenire, verso le nuove leggi dello Stato orientate verso questa nuova apertura d'orizzonte, nei

confronti delle esigenze evolutive dell'igiene e della prevenzione, non sempre legate ad una classificazione realistica delle varie specificazioni della medicina. In sostanza, pur riconoscendo l'esistenza di ombre, mi sembra che il disegno di legge corrisponda a queste esigenze.

Vorrei aggiungere che non esiste contraddizione nella previsione dei rappresentanti di enti mutualistici (che erano già previsti). Come diceva il ministro, queste rappresentanze sono soprattutto in funzione tecnico-sanitaria, in funzione cioè della rappresentazione dei problemi relativi alle questioni generali della previdenza, dell'assicurazione contro le malattie, degli infortuni. Mi sembra quindi opportuno contemplare questa rappresentanza, salvo vedere le eventuali modifiche future e le eventuali diverse rappresentanze nell'ambito del Consiglio superiore della sanità.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Io ho pochissimo da aggiungere a quanto ha ora detto il relatore, onorevole Barba.

La mia constatazione sarà magari semplicistica: ma da quando sono al Governo, da quando ho avuto l'onore di aver contatti con le due Commissioni sanità della Camera e del Senato, se degli elogi ci sono stati essi sono stati rivolti al Consiglio superiore di sanità, che è sempre stato all'altezza della situazione, tutte le volte che gli abbiamo chiesto dei pareri.

Le osservazioni che sono state fatte oggi hanno un certo fondamento. Certo, però, che è molto difficile che con l'aggiunta di quattro o cinque specialisti delle materie medico-scientifiche alle quali fa riferimento la legge si possa cambiare molto. Un'opera di questo tipo si può compiere solo nel quadro di una ristrutturazione generale dell'istituto, che in genere viene fatta non appena si riconoscono aspetti di superamento. Non si tratta di una ristrutturazione che può essere fatta... a scopo punitivo, per così dire, cogliendo l'occasione dell'aggiunta di questi quattro o cinque specialisti, dal momento che gli attuali membri del Consiglio sono persone che hanno fatto sempre il loro dovere.

Così, direi, finché non avremo una smobilitazione degli enti previdenziali, non possiamo non recepire tutta l'esperienza dei medici di quegli enti, che è vastissima, e non soltanto sotto il profilo fiscale o dal punto di vista di tutta la loro attività, che, spesso, in seno al Consiglio si allarga a certe loro legittime rivendicazioni sull'autonomia funzionale rispetto agli amministrativi.

Voglio dire che il Consiglio è un consesso costituito in un certo modo, che poi allarga la sua competenza nel senso che ciascuno porta la sua esperienza particolare, derivante dal contatto con realtà estremamente differenziate.

A me sembra che l'aggiunta suggerita dai colleghi senatori sia derivata dalla necessità di snellire il lavoro del Consiglio.

Non vi è dubbio, infatti, che finché il ministro della sanità sarà oggetto di interpellanze, di interrogazioni, sarà sottoposto ad un vero e proprio bombardamento continuo, egli avrà sempre bisogno di essere coperto da un parere del Consiglio superiore di sanità.

Le materie, poi, sono moltissime: pensate, per esempio, al problema delle acque, dell'inquinamento atmosferico, dell'igiene delle abitazioni, delle specialità farmaceutiche... Si può dire che il Consiglio è costretto a riunirsi quasi ogni quindici giorni, per il vasto numero dei pareri che gli sono richiesti. Credo, d'altra parte, che queste richieste diverranno sempre più numerose, se si pensa alle prospettive che offre la sanità pubblica nel nostro paese.

Questo è dunque il motivo che certamente ha indotto a formulare questo provvedimento.

Non credo, perciò, che si possano compiere cambiamenti profondi, se non nel caso di una ristrutturazione generale. Oggi si tratta semplicemente di fare un'aggiunta e di nominare dei sottocomitati che consentano al Consiglio superiore di sanità di lavorare per sezioni, per sintetizzare poi i vari risultati nel parere generale espresso dal consesso.

Sono queste le ragioni che spingono anche il Governo a chiedere che gli onorevoli colleghi accolgano il disegno di legge in esame.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli.

Poiché ai 5 articoli che compongono il disegno di legge in esame non sono stati presentati emendamenti ne darò ora lettura e li porrò successivamente in votazione.

ART. 1.

Il secondo ed il quarto comma dell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sono sostituiti dai seguenti:

« Fanno inoltre parte del Consiglio superiore di sanità:

– due giureconsulti;

– un direttore generale della Sanità militare ed un ufficiale generale designati dal Ministero della difesa;

– un direttore generale designato dal Ministero dei lavori pubblici;

– cinque membri designati rispettivamente dai Ministeri di grazia e giustizia, dell'industria, del commercio e dell'artigianato, della marina mercantile, della pubblica istruzione e dell'Istituto centrale di statistica;

– ventisette docenti universitari dei quali quattro in igiene e medicina preventiva, due in medicina generale, uno in parassitologia, uno in fisiologia, uno in patologia generale, uno in chirurgia generale, uno in pediatria, uno in medicina del lavoro, uno in tisiologia, uno in neuropsichiatria, uno in dermosifilopatia, uno in ostetricia e ginecologia, uno in virologia, uno in radiologia e radiobiologia, uno in idroclimatologia, uno in oculistica, uno in otorinolaringoiatria, uno in medicina legale e delle assicurazioni, uno in stomatologia, uno in endocrinologia, uno in oncologia, uno in microbiologia, uno in statistica sanitaria;

– cinque docenti universitari dei quali uno in chimica, uno in chimica farmaceutica, uno in farmacologia, uno in biochimica ed uno in fisica;

– tre docenti universitari in medicina veterinaria, particolarmente esperti in igiene veterinaria, zooprofilassi ed ispezione degli alimenti;

– due ufficiali sanitari capi ufficio di igiene;

– due presidenti di amministrazione ospedaliera;

– due sovraintendenti o direttori sanitari di ospedale regionale;

– un medico condotto;

– un farmacista esercente;

– un direttore di mattatoio comunale;

– due docenti universitari in ingegneria sanitaria;

– due ingegneri o architetti esperti in costruzioni ospedaliere;

– un rappresentante dell'Istituto nazionale della previdenza sociale; un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro; un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie.

La nomina dei membri di cui al presente articolo avverrà con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, per un periodo di tre anni; i membri sono riconfermabili ».

« All'inizio di ciascun triennio possono essere nominati dal Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità, otto membri scelti tra coloro che abbiano conseguito benemerenze nel campo della sanità pubblica ».

(*È approvato*).

ART. 2.

L'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, è sostituito dal seguente:

« All'inizio di ogni sessione, con decreto del Ministro della sanità, sono costituiti per ogni Sezione uno o più Comitati in relazione alle esigenze delle Sezioni stesse. Con lo stesso decreto saranno determinate le competenze dei Comitati.

I Comitati, ciascuno dei quali presieduto dal Presidente della Sezione o da un suo designato e composto da non meno di sei consiglieri esperti nelle materie per cui i Comitati stessi hanno competenza, potranno deliberare sugli atti ad essi assegnati con gli stessi poteri delle Sezioni. Essi cureranno altresì la istruzione degli atti da sottoporre all'esame della Sezione o dell'Assemblea generale.

L'assegnazione degli atti ai Comitati è effettuata dal Presidente della Sezione.

A richiesta della maggioranza dei membri del Comitato o di un terzo dei componenti la Sezione o di un quinto dei componenti il Consiglio, gli atti e gli affari già assegnati al Comitato saranno deferiti alla competenza della Sezione.

I Presidenti di Sezione possono aggregare, di volta in volta, ai rispettivi Comitati, altri componenti per l'esame di speciali affari.

(*È approvato*).

ART. 3.

L'articolo 7, primo comma, del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, è sostituito dal seguente:

« Le adunanze dell'Assemblea generale del Consiglio superiore sono tenute per sessioni ordinarie semestrali; le adunanze di ciascuna Sezione o dei rispettivi Comitati sono tenute almeno una volta al mese ».

(*È approvato*).

ART. 4.

L'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, è sostituito dal seguente:

« In seno al Consiglio superiore di sanità è istituita una Segreteria generale diretta dal Segretario generale del Consiglio superiore di sanità, appartenente alla carriera direttiva medici del Ministero della sanità. Alla Segreteria generale saranno addetti funzionari direttivi delle carriere tecniche del Ministero della sanità, uno per ogni Sezione, con fun-

zioni di Segretario, nonché altro personale necessario in relazione alle esigenze di servizio ».

La tabella 2 allegata al decreto del Presidente della Repubblica 11 agosto 1959, n. 750, già modificata con legge 6 dicembre 1965, n. 1367, è ulteriormente modificata per l'aggiunta di n. 1 posto di Segretario generale del Consiglio superiore di sanità (ex coefficiente 900), inserito tra le voci « Ispettore generale medico capo » ed « Ispettori generali medici ».

(*È approvato*).

ART. 5.

All'onere annuo di lire 6.200.000 derivante dall'attuazione del precedente articolo, per l'anno finanziario 1968 si provvede mediante riduzione dello stanziamento del capitolo 1163 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio medesimo e del corrispondente capitolo per gli anni successivi.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

(*È approvato*).

Il disegno di legge sarà votato a scrutinio segreto al termine della seduta.

(*La seduta, sospesa alle 19,05, è ripresa alle 19,40*).

Discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati De Lorenzo ed altri: Modifiche alla legge 3 aprile 1957, n. 235, relativa ai prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (2341).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge d'iniziativa dei deputati De Lorenzo, Botta, Capua, Cassandro, Pierangeli, Giomo, Leopardi Dittaiuti e Martino Gaetano: « Modifiche alla legge 3 aprile 1957, n. 235, relativa ai prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico ».

L'onorevole Barberi ha facoltà di svolgere la relazione.

BARBERI, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nella relazione che accompagna questa proposta di legge viene sottolineato soprattutto il problema relativo al prelievo di cornee per sopperire alle richieste di trapianto. È ormai ben noto a tutti che la possibilità di trapianto della cornea ha dato, in prosieguo di tempo, risultati sempre più brillanti per il perfezionamento della tecnica; numerosi sono i soggetti di ogni età privi della vista per alterazioni sia congenite sia acquisite della cornea, che attraverso un'operazione di trapianto hanno potuto riacquistare – qualche volta completamente – l'uso della vista.

La proposta di legge si propone soprattutto di sottolineare le esigenze di questo particolare settore, cioè il prelevamento di cornee al fine di trapianto, ma concerne un campo più vasto, come attesta il suo titolo, cioè il prelievo, a scopo di trapianto, di ossa, superfici articolari, muscoli, tendini, vasi sanguigni, sangue, nervi, cute, midollo osseo e la dura madre, così come è precisato nel regolamento approvato il 20 gennaio 1961, n. 300, che completa la legge 3 aprile 1957, n. 235.

Allo stato attuale, la procedura è tale che prima di avere l'autorizzazione al prelievo della cornea (come pure di altre parti del cadavere) passa tanto tempo che praticamente l'operazione non può più essere effettuata, dal momento che il prelievo, per essere efficace, dev'essere fatto entro dodici ore.

La proposta di legge De Lorenzo mira proprio a snellire tale procedura. In base alla nuova legge, non sarà più necessaria l'autorizzazione preventiva del medico provinciale, ma basterà quella del direttore degli ospedali, civili o militari, delle cliniche universitarie e degli istituti di cura privati nei quali si è verificato il decesso. Viene però stabilito l'obbligo di dare comunicazione dell'avvenuto prelievo al medico provinciale, di maniera che rimane pur sempre un controllo da parte dell'autorità provinciale, seppure *a posteriori*.

Penso quindi che la legge – che è in sostanza una serie di modifiche alla legge 3 aprile 1957, n. 235, alla quale fa continuamente riferimento – abbia una sua ragion d'essere, e costituisca una pratica semplificazione perché si possa fruire di quanto la scienza moderna mette a disposizione del medico, del chirurgo, dell'oculista.

Per queste ragioni, mi dichiaro favorevole alla proposta di legge, perché ritengo che essa vada incontro alle esigenze della salute pubblica, senza per questo permettere che si sfugga al controllo da parte delle autorità sanitarie.

PRESIDENTE. In realtà, la proposta di legge De Lorenzo innova su due punti, derogando alla legge del 1957 per quanto riguar-

da la procedura. Con questa legge sarà possibile procedere al prelievo di parti da tutti i cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico. L'onorevole Ministro ha chiesto di fare delle dichiarazioni. Ne ha facoltà.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Desidero dire che la materia, sotto il profilo scientifico e sociale, è di tale importanza che dovrebbe essere più attentamente valutata, anche alla luce dei recenti progressi in tema di trapianto di organi.

Non possiamo più, cioè, esimerci dall'affrontare il problema nella sua globalità. Mentre in altri paesi si procede da tempo ai trapianti, noi siamo ancora fermi sotto questo aspetto. La prima legge, relativa al trapianto del rene, che abbiamo varato è stata apprezzata anche all'estero; però i medici che effettuano quel trapianto sono ancora sottoposti a certe conseguenze.

Io ritengo, comunque, che il problema, come ho detto, debba essere affrontato organicamente, e che si debba approntare uno strumento legislativo adatto.

Naturalmente il Governo non è contrario all'approvazione di questa proposta di legge, pur ritenendo che sarebbe opportuno rinviare alla prossima legislatura la regolamentazione completa di questa materia.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione generale.

SPINELLI. Condivido l'impostazione del ministro, però mi sembra che questa proposta di legge meriti di essere approvata adesso, estendendone il contenuto, con l'emendamento che ho presentato all'articolo 1, al prelievo di tutti gli organi. In tal modo ci potremmo mettere alla pari di altre nazioni più progredite di noi in questo campo. Sono d'accordo sul fatto che occorrerà un provvedimento definitivo più ampio, che potrà essere emanato nella prossima legislatura.

PRESIDENTE. Il problema grave, onorevole Spinelli, è quello dell'accertamento della morte.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non si può prevedere una norma generale che consenta il trapianto di organi senza specificare a quale istituto specializzato spetti questo compito.

SPINELLI. Questo problema rientra nelle norme generali concernenti la professione medica: chi opera dev'essere in condizioni di farlo, perché se sbaglia paga.

DE LORENZO. Apprezzo il rilievo fatto dal ministro su questa materia che, con lo sviluppo scientifico attuale, ha raggiunto una importanza tale da dover essere disciplinata da una legge apposita. Si è posto in rilievo come la legge approvata sin dal 1957 non abbia avuto efficacia, tanto da mettere gli operatori in condizione di procurarsi le cornee per vie illegali. Quindi questa materia avrebbe dovuto essere regolata già da anni, ma il Governo non ha mai affrontato il problema (si è regolamentato solo il trapianto del rene). Sono lieto di aver portato all'esame della Commissione una proposta di legge presentata già da quattro anni, che giaceva negli archivi. Attendere ancora altri anni per regolamentare questa materia significa persistere in questa situazione.

Ritengo quindi che la Commissione possa approvare oggi la proposta di legge. Nulla vieta poi al Governo di presentare nella prossima legislatura un disegno di legge che preveda una regolamentazione più organica.

CORTESE. Non ho obiezioni, però mi pongo un solo problema. Mi sembra che il provvedimento voglia trarre il pretesto dal riscontro diagnostico per poi prelevare organi; cioè non si dice « accertata la morte, nei limiti di tempo utili per il trapianto, ecc. ». Qui si prevede contemporaneamente il riscontro diagnostico e il prelievo della cornea. Ora, l'elettroencefalogramma si è dimostrato in centinaia di casi fallace in ordine all'accertamento della morte.

Una motivazione occorre però per il riscontro diagnostico, per superare i limiti attualmente posti dalla legge di polizia mortuaria. Nel corso del riscontro diagnostico, infatti, noi asportiamo dei pezzi, mentre la legge obbliga non solo a non asportare nulla, ma anzi a ricomporre il cadavere integralmente, in tutte le sue parti, a meno che non vi ostino motivi di medicina legale o di polizia, in casi nei quali siano necessari determinati accertamenti.

Ora, dal punto di vista legale io non sono contrario alla legge in se e per sé; lasciamola pure passare per i nostri colleghi oculisti e per i poveri ciechi, che ne hanno bisogno.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Vorrei fare una domanda. Con questa legge si correrebbe il rischio di asportare la cornea ad un individuo che è ancora vivo, ma sembra morto?

CORTESE. La domanda del ministro è molto pertinente. I nostri regolamenti – che dovranno essere modificati profondamente – proibiscono assolutamente certi comportamenti. La legge sul riscontro diagnostico, co-

me ho già detto, obbliga a ricomporre il cadavere in tutte le sue parti.

Ora, io sono d'accordo, sotto il profilo del fine che si vuole raggiungere, a che in sede di riscontro diagnostico si asporti un organo; però dal punto di vista del legislatore occorre una motivazione.

D'altra parte, nella legge devono essere contemplati tutti gli accertamenti diagnostici della morte certa; questa non è materia di regolamento. Noi dovremo dire nella legge che, verificandosi certe condizioni, è possibile procedere al prelievo.

Il punto essenziale, ad ogni modo, è la necessità di trovare una formula, da inserire nella legge, per giustificare il fatto che il riscontro diagnostico si effettua in un termine anteriore ai limiti posti dalla legge precedente. Sarà, magari, necessario modificare gli articoli. Il problema è, in sostanza, che noi vogliamo asportare la cornea con un pretesto. (*Commenti — Dissensi*).

Sia ben chiaro che io non mi oppongo alla legge, ma desidero soltanto che si trovi una formulazione corretta. I parenti di un deceduto vorranno sapere perché dopo sei ore questi è stato sottoposto a riscontro diagnostico.

Queste erano le osservazioni che desideravo fare. Ad ogni modo, sono pronto a dare il mio voto favorevole alla legge in esame.

Per quanto riguarda la questione del regolamento, io sono in possesso di una velina che dimostra che il Governo si è preoccupato di disciplinare questa materia (forse un po' troppo tardi). Io sto studiando profondamente questo che ritengo essere un problema molto grosso; i dati ultimi della scienza debbono essere registrati perché si possa documentare qual è l'attimo decisivo e perché si possano utilizzare gli organi di persone decedute.

Faccio presente che parlo di trapianti di organi, e non di tessuti, che sono poi, in realtà, innesti, e non trapianti.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, poiché è in corso una votazione segreta in Aula, propongo che la nostra seduta venga adesso sospesa, e che il seguito della discussione di questa proposta di legge sia rinviata a domani, mediante aggiunta sull'ordine del giorno. Se non vi sono obiezioni, può rimanere così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indìco la votazione a scrutinio segreto sulla proposta di legge oggi esaminata.

(*Segue la votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Proposta di legge:

Senatori FERRONI ed altri: « Modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 257, sulla composizione e sull'ordinamento del Consiglio superiore di sanità » (4901).

Presenti e votanti	25
Maggioranza	13
Voti favorevoli	24
Voti contrari	1

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Alessi Catalano Maria, Balconi Marcella, Barba, Barberi, Bartole, Bemporad, Berretta, Cattaneo Petrini Giannina, D'Antonio, De Lorenzo, De Maria, Di Mauro Ado Guido, Fada, Galluzzi Vittorio, Gasco, Morelli, Pasqualicchio, Scarpa, Sorgi, Spinelli, Tantalo, Usvardi, Zanti Tondi Carmen.

Sono in congedo:

Cappello, Cortese, Gennai Tonietti Erisia.

La seduta termina alle 19.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO