

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

50.

SEDUTA DI MARTEDÌ 12 FEBBRAIO 1991

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIORGIO BOGI**

INDI

DEL VICEPRESIDENTE **LINO ARMELLIN**

INDICE

	PAG.		PAG.
Proposte di legge (Seguito della discussione e approvazione):		Perani ed altri: Riorganizzazione strutturale e gestione delle farmacie (4658);	
Augello ed altri: Modifica all'articolo 9 del decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, concernente la ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse e all'articolo 4 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, recante regolamento per il servizio farmaceutico (2119);		Renzulli ed altri: Norme transitorie in materia di farmacie rurali (4675);	
Borgoglio e Seppia: Norme concernenti la gestione di farmacie da parte di farmacisti costituitisi in cooperative o altre forme societarie (2196);		Poggiolini: Riapertura del termine di cui all'articolo 1 della legge 22 dicembre 1984, n. 892, per l'assunzione della titolarità di farmacie rurali (4680);	
Perani ed altri: Norme in materia di apertura di nuove farmacie (3190);		Salerno ed altri: Norme per la sanatoria delle gestioni provvisorie di farmacie rurali (4724);	
Piro ed altri: Norme sulla gestione delle farmacie (4512);		Borgoglio: Riapertura del termine previsto dall'articolo 1 della legge 22 dicembre 1984, n. 892, per l'assunzione della titolarità di farmacie rurali (4900);	
Tagliabue ed altri: Norme in materia di apertura di nuove farmacie (4619);		Artioli ed altri: Integrazione all'articolo 11 della legge 2 aprile 1968, n. 475, concernente la sostituzione temporanea delle titolari di farmacia per maternità o adozione (4936);	
		Pisicchio: Norme volte a consentire la gestione di farmacie da parte di cooperative di giovani farmacisti (5234)	3
		Bogi Giorgio, <i>Presidente</i>	3, 4
		Brunetto Arnaldo (gruppo DC), <i>Relatore</i>	4

	PAG.		PAG.
Votazione nominale:		Disegno e proposta di legge (Seguito della discussione e rinvio):	
Bogi Giorgio, <i>Presidente</i>	4	Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B (5067);	
Disegno di legge (Seguito della discussione e rinvio con nomina di un Comitato ristretto):		Fumagalli Carulli ed altri: Norme per la vaccinazione obbligatoria neonatale dell'epatite B (3398)	9
Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche (5081)	5	Armellin Lino, <i>Presidente</i>	9, 13, 14
Bogi Giorgio, <i>Presidente</i>	5	Bassi Montanari Franca (gruppo verde)	10
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	9	De Lorenzo Francesco, <i>Ministro della sanità</i>	13
De Lorenzo Francesco, <i>Ministro della sanità</i>	5	Fronza Crepaz Lucia (gruppo DC)	9
Renzulli Aldo Gabriele (gruppo PSI), <i>Relatore</i>	7		

La seduta comincia alle 15,40.

LUIGI RINALDI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente. *(È approvato).*

Seguito della discussione delle proposte di legge: Augello ed altri: Modifica all'articolo 9 del decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, concernente la ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse e all'articolo 4 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, recante regolamento per il servizio farmaceutico (2119); Borgoglio e Seppia: Norme concernenti la gestione di farmacie da parte di farmacisti costituitisi in cooperative o altre forme societarie (2196); Perani ed altri: Norme in materia di apertura di nuove farmacie (3190); Piro ed altri: Norme sulla gestione delle farmacie (4512); Tagliabue ed altri: Norme in materia di apertura di nuove farmacie (4619); Perani ed altri: Riorganizzazione strutturale e gestione delle farmacie (4658); Renzulli ed altri: Norme transitorie in materia di farmacie rurali (4675); Poggiolini: Riapertura del termine di cui all'articolo 1 della legge 22 dicembre 1984, n. 892, per l'assunzione della titolarità di farmacie rurali (4680); Salerno ed altri: Norme per la sanatoria delle gestioni provvisorie di farmacie rurali (4724); Borgoglio: Riapertura del termine previsto dall'articolo 1 della legge 22 dicembre 1984, n. 982, per l'assunzione della titolarità di farmacie rurali

(4900); Artioli ed altri: Integrazione all'articolo 11 della legge 2 aprile 1968, n. 475, concernente la sostituzione temporanea delle titolari di farmacia per maternità o adozione (4936); Pisicchio: Norme volte a consentire la gestione di farmacie da parte di cooperative di giovani farmacisti (5234).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione abbinata delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Augello ed altri: « Modifica all'articolo 9 del decreto legislativo del capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, concernente la ricostituzione degli ordini delle professioni sanitarie e disciplina dell'esercizio delle professioni stesse e all'articolo 4 del regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, recante regolamento per il servizio farmaceutico »; Borgoglio e Seppia: « Norme concernenti la gestione di farmacie da parte di farmacisti costituitisi in cooperative o altre forme societarie »; Perani ed altri: « Norme in materia di apertura di nuove farmacie »; Piro ed altri: Norme sulla gestione delle farmacie »; Tagliabue ed altri: « Norme in materia di apertura di nuove farmacie »; Perani ed altri: « Riorganizzazione strutturale e gestione delle farmacie »; Renzulli ed altri: « Norme transitorie in materia di farmacie rurali »; Poggiolini: « Riapertura del termine di cui all'articolo 1 della legge 22 dicembre 1984, n. 892, per l'assunzione della titolarità di farmacie rurali »; Salerno ed altri: « Norme per la sanatoria delle gestioni provvisorie di farmacie rurali »; Borgoglio: « Riapertura del termine previsto dall'articolo 1 della legge 22 di-

cembre 1984, n. 982, per l'assunzione della titolarità di farmacie rurali»; Artioli ed altri: « Integrazione all'articolo 11 della legge 2 aprile 1968, n. 475, concernente la sostituzione temporanea delle titolari di farmacia per maternità o adozione » e Piscichio: « Norme volte a consentire la gestione di farmacie da parte di cooperative di giovani farmacisti ».

Constatata l'assenza del Governo la cui presenza è necessaria, in base al regolamento, per l'esame di provvedimenti in sede legislativa, sospendo momentaneamente la seduta.

La seduta, sospesa alle 15,45, è ripresa alle 15,55.

PRESIDENTE. Ricordo che nella seduta precedente avevamo concluso la discussione degli articoli e la trattazione degli ordini del giorno. Prima di procedere alla votazione finale, il relatore ha chiesto di poter illustrare una serie di correzioni formali da apportare al documento.

ARNALDO BRUNETTO, Relatore. Fermo restando il coordinamento formale del testo, vorrei proporre alla Commissione alcune correzioni di forma al testo che si rendono, a mio avviso, necessarie.

All'articolo 1, quarto capoverso, sostituire le parole: « da uno ad un altro locale » con le seguenti: « in un altro locale »; all'articolo 3, al comma 4, dopo le parole « *ad acta* » aggiungere le seguenti: « di cui al comma 3 »; all'articolo 3, ai commi 7 e 8, sopprimere le parole: « e 4 »; all'articolo 4, al comma 2, le parole da « sentiti » fino a « farmacisti » devono leggersi come segue: « sentiti il comune, l'unità sanitaria locale e l'ordine provinciale dei farmacisti, competenti per territorio »; all'articolo 6, comma 8, sopprimere la parola « soltanto »; all'articolo 7, aggiungere alla fine le parole: « dei farmacisti »; alla rubrica dell'articolo 8, sopprimere le parole: « dei farmacisti »; all'articolo 10, comma 4, sostituire la pa-

rola: « malattia » con « infermità »; all'articolo 12, comma 1, sostituire le parole: « Presidente della Repubblica » con le seguenti: « Presidente del Consiglio dei ministri »; all'articolo 13 sopprimere la parola: « comunque ».

PRESIDENTE. Pongo in votazione le proposte formulate dal relatore.

(Sono approvate).

ARNALDO BRUNETTO, Relatore. Propongo altresì il seguente nuovo titolo: « Norme di riordino del settore farmaceutico ».

PRESIDENTE. Pongo in votazione la proposta del relatore.

(È approvata).

Il disegno di legge sarà immediatamente votato per appello nominale.

Chiedo, in caso di approvazione, di essere autorizzato a procedere al coordinamento formale del testo.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Votazione nominale.

PRESIDENTE. Indico la votazione nominale sulle proposte di legge esaminate nella seduta odierna.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Proposte di legge Augello ed altri (2119); Borgoglio e Seppia (2196); Perani ed altri (3190); Piro ed altri (4512); Tagliabue ed altri (4619); Perani ed altri (4658); Renzulli ed altri (4675); Poggiolini (4680); Salerno ed altri (4724); Borgoglio (4900); Artioli ed altri (4936); Piscichio (5234) *in un testo unificato e con il seguente nuovo titolo:* « Norme di riordino del settore farmaceutico » (2119-2196-3190-

4512-4619-4658-4675-4680-4724-4900-4936-5234):

Presenti e votanti	35
Maggioranza	18
Hanno votato sì	35
Hanno votato no	0

(La Commissione approva).

Hanno votato sì:

Armellin, Artioli, Augello, Benevelli, Bernasconi, Bertone, Bianchi Beretta, Bogi, Borra, Brescia, Brunetto, Carrara, Castagnetti, Cobellis, Colombini, Dal Castello, Dignani Grimaldi, Fronza Crepaz, Gramaglia, Gregorelli, Latteri, Mainardi Fava, Montanari Fornari, Nenna D'Antonio, Perani, Perinei, Piccirillo, Poggiolini, Pujia, Renzulli, Rinaldi, Sanna, Saretta, Tagliabue e Volponi.

Seguito della discussione del disegno di legge: Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche (5081).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Riforma delle professioni sanitarie infermieristiche ».

Ricordo che nella seduta del 6 febbraio si è conclusa la discussione sulle linee generali. Cedo, pertanto, la parola al ministro De Lorenzo per la replica.

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Il Governo ha presentato al Parlamento un provvedimento che prevede una riforma complessiva delle professioni sanitarie infermieristiche in modo da far fronte ad una serie di esigenze, innanzitutto a quella, considerata prioritaria, di tener conto della carenza di infermieri e della conseguente mancanza di funzionamento di alcuni reparti ospedalieri e delle strutture presenti sul territorio, causata anche dalla incapacità di ricoprire gli organici, a seguito della mancata partecipazione ai concorsi per personale infermieristico. Ciò è legato in alcune parti del nostro paese all'assenza di

infermieri e, in altre parti, alla lentezza con cui procedono i concorsi, a fronte di personale disoccupato che non riesce a trovare un'adeguata collocazione. Quindi, si è cercato di rilanciare la professione infermieristica anche in considerazione del fatto che le scuole professionali negli anni passati hanno registrato un calo nelle iscrizioni.

A seguito del rinnovo del contratto del settore sanitario, che si è basato sostanzialmente sull'emergenza infermieristica, è stata prevista una più adeguata retribuzione per l'attività svolta dagli infermieri, rapportandola ai livelli comunitari. Il risultato positivo conseguito con il miglioramento della retribuzione e la presentazione di questo disegno di legge, che valorizza sul piano professionale l'attività infermieristica, hanno consentito di registrare quest'anno una considerevole inversione di tendenza. Infatti, il numero degli iscritti alle scuole professionali è stato di gran lunga superiore alle previsioni, tant'è vero che al Ministero della sanità sono state avanzate numerose richieste di ampliamento dei posti disponibili nelle scuole.

Si sta tentando — attraverso una più adeguata retribuzione degli infermieri, una riqualificazione, una maggiore dignità e valorizzazione professionale — un recupero di personale in questo settore, particolarmente necessario alla luce delle esigenze della ricerca biomedica applicata e delle tecnologie che richiedono personale più qualificato.

Il disegno di legge al nostro esame ha superato una serie di difficoltà che negli anni passati hanno inciso negativamente sul Servizio sanitario nazionale. Sono state inserite nella legge norme che consentono alla regione di incentivare al massimo la partecipazione alle scuole per infermieri professionali e norme volte a modificare l'organizzazione della preparazione degli infermieri attraverso il cambiamento dei titoli di ammissione alle scuole professionali infermieristiche. Si è ritenuto opportuno, su istanza anche del collegio degli infermieri ed in coerenza

con quanto si è già determinato in diversi paesi della CEE, di richiedere il diploma di scuola secondaria per l'accesso alle scuole per infermieri professionali. In tal modo si è voluto conferire un ruolo di maggiore importanza professionale agli infermieri, tale da richiedere una diversa preparazione culturale. In particolare, abbiamo voluto qualificare ancor di più la professione infermieristica, prevedendo corsi triennali di livello universitario ai quali possono accedere coloro che conseguono il diploma di infermiere.

Inoltre, abbiamo ritenuto di inserire la figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza del malato con il compito di alleggerire l'infermiere professionale dalle mansioni che non hanno carattere sanitario, quali il trasporto del malato o la preparazione delle pulizie (non di quelle al malato che richiederebbero una qualificazione sanitaria); funzioni che devono essere svolte sotto il diretto controllo dell'infermiere professionale. Da questo punto di vista sono state avanzate diverse obiezioni. Non ho potuto seguire il dibattito e non sono purtroppo in grado di trarne le conseguenze; pertanto, su questo punto mi rimetto alle valutazioni della Commissione anche se ritengo che la previsione di questa figura, che dovrebbe essere inserita nel contratto e per la quale dovremmo prevedere norme di regolamentazione, potrebbe anche considerarsi superflua qualora venisse interpretata come un'attività con possibilità di avanzamento nel settore professionale. Infatti si tratta di funzioni svolte in sostituzione degli infermieri per far fronte a situazioni di emergenza. Peraltro, mentre la formazione degli infermieri professionali richiede un lungo periodo di tempo, per questo tipo di personale, che collabora e dipende dall'infermiere stesso, la preparazione è molto più ridotta. Ad ogni modo, ribadisco che, se dovesse sorgere l'equivoco di dare spazio ad un nuovo ruolo, il Governo non avrebbe nulla da osservare circa l'eventuale soppressione di tale figura.

Si è ritenuto, poi, di dover meglio precisare la disciplina dell'infermiere professionale specializzato, anche in relazione alla sua formazione. Personalmente, avevo manifestato qualche perplessità nel prevedere che una parte della preparazione dell'infermiere, anziché nelle scuole specializzate, venisse acquisita negli ultimi tre anni di corso della scuola secondaria. Su tale aspetto vi è stato un lungo dibattito in Consiglio dei ministri ed era emersa la preoccupazione che l'iscrizione alla scuola professionale, dopo il conseguimento del diploma, potesse in qualche modo ridurre le richieste di ammissione alla scuola stessa, aggravando, anziché risolvere, il problema della carenza infermieristica. Si tratta indubbiamente di un aspetto che va considerato. Ad ogni modo, non credo si possa ritenere che una maggiore durata della preparazione comporti una riduzione delle iscrizioni; tuttavia, poiché era in discussione la modifica della scuola secondaria, ho ritenuto di poter accedere a tale richiesta, naturalmente nell'ambito di una valutazione affidata alla Commissione, tenendo conto anche degli altri disegni di legge presentati, rispetto ai quali il Governo è disponibile anche ad eventuali integrazioni o modifiche.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
LINO ARMELLIN

FRANCESCO DE LORENZO, *Ministro della sanità*. Va anche tenuta in considerazione la preoccupazione di quanti ritengono che possa rappresentare una facilitazione lasciare alla discrezione della scuola professionale l'ammissione di chi abbia già conseguito un diploma senza poter usufruire, durante la frequenza della scuola secondaria, di una preparazione propedeutica che riduca la frequenza del corso. Trovandoci di fronte ad opinioni diverse, sarebbe utile discuterne in Commissione alla ricerca di un accordo che vada nella direzione di un mantenimento del giusto equilibrio fra diverse esigenze.

Notevole spazio è stato riservato alla copertura degli organici, prevedendo facilitazioni per i pubblici dipendenti che desiderino iscriversi alla scuola per infermieri professionali. Tali incentivi sono necessari e importanti come la decisione di riammettere in servizio, a determinate condizioni, chi lo abbia abbandonato prima dell'età di pensionamento. Si tratta infatti di personale altamente qualificato, di grande utilità per il Servizio sanitario nazionale che potrebbe riassorbirlo invece di lasciarlo operare nell'ambito delle strutture private.

Vi sono poi le norme transitorie che abbiamo ritenuto utile inserire nel disegno di legge.

Questo provvedimento è estremamente urgente e sono molto grato alla Commissione per averlo esaminato con tanta sollecitudine senza associarlo ad altri disegni di legge che concernono gli operatori sanitari in generale (per i quali il Governo è comunque interessato a giungere al più presto ad una discussione). Il Governo è aperto a eventuali modifiche e miglioramenti del disegno di legge.

L'unica richiesta che avanzo con grande convinzione è quella di compiere ogni sforzo possibile per una celere approvazione. Si tratta, infatti, di un provvedimento necessario non soltanto per il funzionamento delle strutture, ma anche perché se si vuole ottenere un Servizio sanitario nazionale più efficiente e qualificato, in grado di rispondere più e meglio al concetto di armonizzazione della sanità, non si devono prendere in considerazione soltanto i medici, ma occorre riconoscere il ruolo di fondamentale importanza svolto dagli infermieri professionali. Vi sono, è vero, medici disoccupati da valorizzare, ma non possiamo non considerare che il Servizio sanitario nazionale non può andare avanti senza rispondere a legittime aspettative, che risalgono ormai a diversi anni fa, e che in questo disegno di legge il Governo ha ritenuto di dover recepire.

ALDO GABRIELE RENZULLI, *Relatore*.
Onorevole presidente, onorevole ministro

e colleghi, il ministro De Lorenzo ha illustrato la portata del disegno di legge oggi all'ordine del giorno che la Commissione, nel corso dell'esame, ha ritenuto datato, essendo legato ad un momento in cui prevaleva la logica dell'emergenza. Come il ministro stesso ha già sottolineato, i positivi risultati ottenuti da alcune riuscite manovre che hanno portato ad un nuovo afflusso alle scuole professionali ha fatto sì che l'emergenza che caratterizzava la presentazione del disegno di legge non sia più così cogente. Come si può evincere dalla discussione generale, la Commissione ha inteso allargare l'orizzonte dell'esame della materia stessa proponendosi, in un clima di generale costruttività, di giungere ad una soluzione in grado di rappresentare una vera e propria riforma del settore.

Spetta a me il compito, in questa fase, auspicando che il lavoro possa essere concreto e svolto in un clima disteso (lo stesso che si è registrato nel corso della discussione) di varare nell'ambito del Comitato ristretto un provvedimento che tenga conto dell'impostazione del Governo e dello stato di maturazione della discussione. Vi sono, tuttavia, nodi che dovranno essere sciolti in un confronto sereno e libero che tenga anche conto delle informazioni fornite dalle organizzazioni professionali e delle istanze sindacali. Ho soffermato la mia attenzione su alcuni punti emersi dalla discussione; si tratta di aspetti che non devono essere considerati esaustivi del problema ma sui quali si potrà sviluppare il lavoro del Comitato ristretto.

È emersa, innanzitutto, una sostanziale convergenza sull'approccio metodologico al problema espresso dal relatore. È stata generalmente sottolineata la carenza del personale infermieristico (soprattutto dagli onorevoli Benevelli ed Armellin) sia in termini quantitativi, soprattutto con riferimento agli *standard* ospedalieri, sia in relazione al calo degli iscritti ai corsi negli ultimi anni; di tale tendenza ha dato conto lo stesso ministro e se ne sono fatti portavoce gli onorevoli Benevelli ed Armellin, soprattutto con ri-

ferimento al centro-nord, dove tali carenze appaiono più marcate.

Una convergenza generale (si sono espressi in proposito gli onorevoli Artioli, Benevelli, Armellin e Fronza Crepaz) si è avuta anche in merito alla necessità di innalzare l'età di accesso ai corsi specifici ad almeno 18 anni, previo possesso del diploma di scuola media superiore, in grado di conferire una sufficiente base formativa. È stata poi richiesta dagli onorevoli Armellin e Benevelli una maggiore qualificazione della formazione specifica, in linea con le direttive europee, attraverso una garanzia della qualità delle sedi formative, della possibilità di tirocinio qualificato e dell'idonea formazione dei docenti.

Interesse ha suscitato la proposta del relatore in merito ad una scuola di sanità ad ordinamento autonomo garantita da rapporti convenzionali con le università. Si tratta di un primo, interessante nodo riferito all'intreccio delle competenze fra amministrazione centrale e regioni cui si riferisce il disegno di legge all'esame dell'altro ramo del Parlamento il quale prevede competenze regionali e nazionali che si intrecciano e rispetto alle quali dovrà essere recuperato un indirizzo preciso ed unitario. Chiamando in causa le regioni, non si vuole estendere le competenze in merito alla qualificazione professionale, ma richiamare la competenza diretta del Ministero della sanità.

Tutti hanno sottolineato come fondamentale il tentativo di estendere la legge a tutte le professioni tecnico-infermieristiche che non comporti, però, ritardi nell'intervento; infatti, ove ottenessimo un successo riusciremmo a mettere ordine in una materia in senso omogeneo, evitando la rincorsa tra le professioni.

È stata da molti ribadita la necessità di istituire il servizio informatico nelle USL, con a capo un dirigente e prevedendo un diploma di laurea per la docenza e la dirigenza. Naturalmente, in relazione a ciò, viene anche sottolineata l'esigenza di una centralità regionale nel campo della formazione, con la conseguente articolazione regionale del Servi-

zio sanitario nazionale. Tutti gli intervenuti ritengono fondamentale una professionalizzazione che conferisca un adeguato spazio di autonomia all'infermiere ed un rapporto corretto con la figura medica (vi è differenza tra atto sanitario ed atto medico).

L'analisi della collega Fronza Crepaz che pone il malato al centro del sistema e sottolinea il postulato fondamentale del rapporto tra sanità e malato — è assolutamente condivisibile in quanto, come detto nella relazione, la scienza infermieristica nell'ecosistema dell'assistenza ha come presupposto una concezione globale dell'uomo, quindi del malato.

Alcuni colleghi (Armellin, Benevelli e Fronza Crepaz) hanno criticato il doppio binario formativo previsto nel disegno di legge, pur ritenendo corretta l'ipotesi di un coinvolgimento della scuola media superiore. A tale proposito, anche dai lavori conclusivi della Commissione dei Quaranta, ci giunge la notizia che si è raggiunto un livello di elaborazione che conforta l'azione di questa Commissione. Del resto possiamo dire che una notevole sperimentazione si va svolgendo in Italia da qualche anno: quindi, sarebbe opportuno recuperare sia il lavoro della Commissione dei Quaranta, sia l'esperienza maturata in diverse parti del paese.

Non si tratta di procedere in questa sede alla riforma della scuola media superiore, ma, al fine di facilitare una maggiore agilità della formazione infermieristica di base, si può valutare l'opportunità di un tipo di maturità scientifica per gli studi biosanitari che consenta di contenere nel biennio il corso di formazione per le professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie. In questo caso si superebbe il doppio binario previsto dal disegno di legge, venendo incontro alle esigenze del Governo.

Sulla natura della formazione *post-scolastica*, è importante recuperare il concetto, espresso dall'onorevole Armellin, di una formazione finalizzata alla preparazione di personale qualificato ad operare con specifiche mansioni di tipo assistenziale. Per questo motivo si ipotizza di

allocare questa formazione nell'alveo di una formazione *post-secondaria* gestita dal Servizio sanitario nazionale, quindi dalle regioni, attraverso autonome scuole di sanità ospedaliere, garantite dall'università con apposite convenzioni e finalizzate alla formazione di tutte le professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie, nonché alla specializzazione *post-laurea*, ovvero alla formazione quinquennale specialistica del personale laureato del Servizio sanitario nazionale.

Un'idonea delega dovrà allargare, come auspicato dai colleghi Artioli, Benvenuti e Poggiolini, il quadro formativo a tutte le figure tecnico-sanitarie, al fine di risolvere una congenita situazione di carenza anche e soprattutto in riferimento agli ordinamenti professionali, dando al provvedimento in esame un significato non di sola emergenza, ma di vera e propria riforma, in collegamento con il disegno di legge all'attenzione del Senato. La delega dovrà prevedere il riordino della formazione per tutte le figure, secondo i principi dettati in precedenza, e per gli ordinamenti professionali, nonché l'istituzione dei relativi albi da riunire in un'unica federazione degli albi o collegi delle professioni sanitarie infermieristiche e tecniche. In tal modo, avremo finalmente di fronte a noi un quadro unitario, un punto di riferimento unico, con le necessarie specializzazioni sulla base di una quota scolastica resa uguale per tutti.

Il sistema di formazione dovrà prevedere corsi per aree specialistiche da svolgere nelle scuole di sanità dopo i corsi di base, compresi quelli per le professioni direttive e di coordinamento.

L'acquisizione della dirigenza e della docenza specifica dovrà avvenire a seguito del possesso della laurea in organizzazione e prevenzione sanitaria o in scienza dell'assistenza, cui possono accedere gli studenti in possesso del diploma di istruzione secondaria superiore o infermieri tecnici (al secondo anno di corso) in possesso del diploma acquisito presso scuole di sanità ospedaliere o universitarie.

In questo contesto mi pare che assumerebbe minore ambiguità l'inserimento della figura dell'operatore tecnico; ciò sarebbe anzi il necessario completamento di un discorso più ampio, tenuto conto che sono tante e tali le differenze, anche di tipo formativo, tra le due figure professionali che varrebbe la pena prevedere quella dell'operatore tecnico nel disegno di legge.

Propongo, pertanto, la costituzione di un Comitato ristretto per la migliore redazione del provvedimento in esame.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la proposta del relatore.

(È approvata).

Mi riservo di nominare i componenti il Comitato ristretto sulla base delle designazioni dei gruppi.

Seguito della discussione del disegno di legge: Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B (5067); e della proposta di legge Fumagalli Carulli ed altri: Norme per la vaccinazione obbligatoria neonatale dell'epatite B (3398).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione abbinata del disegno di legge: « Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B »; e della proposta di legge di iniziativa dei deputati Fumagalli Carulli ed altri: « Norme per la vaccinazione obbligatoria neonatale dell'epatite B ».

Proseguiamo la discussione sulle linee generali, iniziata il 5 febbraio scorso.

LUCIA FRONZA CREPAZ. Signor presidente, onorevoli colleghi, signor ministro, ritengo che il dato essenziale del disegno di legge sia rappresentato dagli 8-9 mila decessi annui in Italia per epatite virale. Cito tale dato come isolato rispetto agli altri evidenziati dagli interventi che mi hanno preceduto ed all'inizio del mio intervento per aver modo di riprenderlo in seguito. Il vero pericolo dell'infezione è

legato — lo sappiamo — ai portatori sani, i quali possono essere assolutamente asintomatici. Il problema, dunque, non è solo quello di curare quanti sono affetti da epatite virale B, ma anche di debellare la trasmissione del virus. Il disegno di legge al nostro esame ci dà la possibilità di agire in tal senso su una malattia ad alti costi sociali ed umani (il dato numerico che ho citato si commenta da solo), attraverso la vaccinazione.

Ben si integrano, per questo, i due provvedimenti, poiché quello governativo estende la vaccinazione alla fascia dei preadolescenti, tenendo conto dell'accelerazione nella caduta della morbosità che si potrà avere vaccinando una categoria a rischio. La trasmissione della malattia avviene infatti per via ematica (penso quindi ai tossicodipendenti) e sessuale: di conseguenza, la categoria più a rischio risulta essere quella dei giovani compresi tra i 14 ed i 24 anni.

Un'altra osservazione è connessa all'ormai dimostrata innocuità del vaccino ottenuto. Si tratta di DNA ricombinato, ottenuto per clonazione e non di virus vivo o attenuato. Vorrei anche rispondere all'onorevole Bernasconi in merito alle vaccinazioni obbligatorie e non, nonché sulla possibilità di estenderle o meno a tutti i nati ed ai preadolescenti. Certo, è possibile individuare categorie più a rischio di altre, ma vorrei citare una rivista, il *New England journal of medicine*, che nel 1988 riferiva il dato secondo il quale almeno il 30 per cento dei pazienti con infezione acuta da HB non indicava, anche dopo attento interrogatorio, alcuna fonte di infezione o fattore di rischio ben definibile. È dunque impossibile, per il 30 per cento dei malati, individuare l'appartenenza ad una categoria a rischio ben definita. Tale dato oggettivo deve coinvolgere la responsabilità del legislatore e del Governo per ricercare una risposta adeguata da individuarsi nella vaccinazione di massa.

Un aspetto che mi pare qualificante della proposta parlamentare, che reca la firma di consenso di ben 101 colleghi del gruppo democristiano, è il suggerimento contenuto nell'articolo 5 (che vorrei fosse

tenuto presente nella stesura del testo coordinato), cioè la necessità di elaborare campagne di educazione ed informazione sanitaria contro l'epatite B. So che si rischia di scrivere ancora una volta una grida inascoltata, ma ritengo questa indicazione importante proprio nella filosofia di questa legge che punta, per debellare la malattia, più alla prevenzione che alla rincorsa della cura.

Pertanto, a nome del gruppo democristiano esprimo il pieno consenso al disegno di legge in discussione.

FRANCA BASSI MONTANARI. Consentitemi, innanzitutto, una premessa generale in relazione al problema delle vaccinazioni, prima di affrontare in particolare gli aspetti legati al vaccino per l'epatite B. Il gruppo verde esprime una serie di perplessità sulla vaccinazione obbligatoria, anche perché il dibattito svoltosi all'interno della comunità scientifica internazionale non è poi del tutto concorde sul fatto che la scomparsa di determinate malattie virali sia essenzialmente dovuta alle vaccinazioni di massa. Se escludiamo infatti i paesi dell'Est, caratterizzati da un'organizzazione sanitaria statale e centralizzata, si registra in Europa una scarsissima obbligatorietà nelle vaccinazioni. È vero che l'informazione è volta a far sì che la vaccinazione sia effettuata, con il conseguente alto numero di vaccinazioni nei paesi europei, ma tranne la Francia e l'Italia non ci sono, mi pare, altri paesi in Occidente che prevedano la vaccinazione obbligatoria.

Esprimiamo una serie di contrarietà in relazione alle prestazioni sanitarie massive, ritenendo che in campo sanitario e farmacologico, l'individualità degli indirizzi debba essere tenuta in considerazione e che molto più utile possa essere l'intervento per la prevenzione del fattore di rischio che eviti la prevaccinazione di tutta la popolazione.

Occorre, inoltre, rispettare coloro che hanno un approccio differente da quello maggioritario rispetto alla tutela della salute ed al mantenimento di un benessere psicofisico, i quali fanno scelte terapeuti-

che diverse da quelle imposte dalla medicina ufficiale. Rispetto ad una serie di casi minoritari, che non vorrei venissero però dimenticati, l'obbligo porrebbe il caso di persone fuorilegge che si trovano a pagare prezzi molto alti per la loro diversa scelta di tutela della salute. Mi riferisco a bambini esclusi da scuola perché non vaccinati o prelevati dai carabinieri, dopo che i genitori sono stati momentaneamente privati della patria potestà, per essere vaccinati e, quindi, riportati a casa. Non commento tali aspetti, tuttavia ritengo che se ne debba tener conto.

Al di là di un discorso generale di valutazione sui costi e i benefici della vaccinazione, credo che in questa circostanza si debba tener presente la situazione italiana. Sui vaccini si potrebbe dire molto, soprattutto su quelli meno attuali e forse più pericolosi, ma non voglio dilungarmi. Ribadisco che l'attenzione va posta sulla questione delle vaccinazioni in Italia e sul fatto che anche in questo caso la necessità di introdurre un nuovo obbligo sia stata accompagnata da una campagna di stampa allarmistica e di forte condizionamento. Nel nostro paese non vi è la medesima situazione di rischio: alcune regioni superano di poco la percentuale individuata dall'Organizzazione mondiale della sanità per la quale la vaccinoprofilassi contro l'epatite virale risulterebbe vantaggiosa, ma la maggior parte delle regioni non supera questa soglia. Del resto, vi è molta superficialità rispetto alle vaccinazioni e si registra una scarsa informazione da parte delle famiglie. Il bambino da vaccinare non viene quasi mai sottoposto ad una visita medica generale per accertare se è in grado di recepire il vaccino né si informano le famiglie sugli eventuali rischi che neppure le industrie produttrici dei vaccini escludono. In sostanza, in Italia non si fa un serio monitoraggio delle vaccinazioni, mancano dati epidemiologici sui risultati dei vaccini e su eventuali conseguenze dannose. Leggiamo sui giornali i casi di mortalità (circa due l'anno), ma al di là di queste eccezioni manca completamente

il quadro della situazione e mi pare — come emerge anche dalle numerose interrogazioni presentate sull'argomento — che neppure il Ministero della sanità lo possieda.

Proprio per le caratteristiche del contagio, riterrei più utile attuare nel nostro paese un'efficace opera di prevenzione al fine di ridurre i rischi. Occorre innanzitutto migliorare le condizioni di vita (non è un caso che alti indici della malattia si registrano nella regione Campania, in particolare a Napoli). È necessaria anche un'adeguata educazione sessuale dal momento che il contagio avviene anche tramite questo canale. Interventi concreti nei confronti dei tossicodipendenti sarebbero senz'altro utili; a tale proposito si è discusso molto in questa Commissione delle siringhe autobloccanti.

Pongo questi problemi perché credo che la scelta della vaccinazione obbligatoria sia la strada che crea meno problemi, soprattutto se attuata con sistemi che tengono in scarsa considerazione i diritti degli utenti a gestire la propria salute nel rispetto di quella altrui.

Pertanto, auspico che l'articolo 5 della proposta di legge di iniziativa parlamentare venga interamente applicato, anche se credo che una volta instaurato l'obbligo il discorso dell'informazione e dell'educazione passi in secondo piano e venga dimenticato.

Ho letto le indicazioni di molte personalità scientifiche a favore della vaccinazione di massa, in particolare di quella contro l'epatite B. Tuttavia, sono state espresse talune perplessità delle quali voglio farmi interprete poiché ritengo che quando vi è in gioco la tutela della salute i dubbi assumano maggiore rilevanza delle certezze. A tale proposito, in un'intervista pubblicata lo scorso anno sull'*Arena* di Verona, in relazione ad un convegno internazionale, il professor Giuseppe Tridente, direttore dell'istituto di immunologia dell'università di Verona, così affermava: « Occorre distinguere. Il siero contro l'epatite non utilizza sostanze vive. E questa è già una premessa rassicurante. Ma sull'obbligatorietà del suo impiego

per i soggetti in giovane età nutro parecchie perplessità. Non viviamo in una società che giustifica il vaccino di massa. Oggi le condizioni igieniche sono estremamente migliorate e occorre più elasticità». Al giornalista che gli domandava se fosse contrario al vaccino su larga scala, il professor Tridente rispondeva: « Sono favorevole alla vaccinazione dei cosiddetti soggetti a rischio: medici, infermieri e tecnici di laboratorio ». Gli veniva chiesto, inoltre, se nel caso di vaccini « attenuati » o « morti » il pericolo fosse pressoché inesistente. A questo punto egli sosteneva: « Purtroppo, i pericoli teorici rappresentano un'insidia costante. Non è sempre vero che il vaccino "morto" sia assolutamente innocuo. Esiste sempre la possibilità di una contaminazione. Insomma questo è un campo estremamente delicato, dove è azzardato parlare di "rischio zero", io preferirei esprimermi con la formula di "vaccini a basso rischio". Ma questo significa che un rischio, seppur minimo, esiste sempre ».

Per correttezza di informazione sottolineo che la posizione del professor Tridente, nel contesto dell'articolo, non è assolutamente contraria ai vaccini obbligatori, tuttavia dalla sua intervista emergono una serie di perplessità che sottopongo ai colleghi e che ritengo debbano essere valutate attentamente anche in relazione ai costi-benefici ed alla diffusione della malattia nella struttura regionale del nostro paese, come faceva rilevare l'onorevole Bernasconi nel suo intervento.

Ricordo anche che una sentenza della Corte costituzionale afferma che lo Stato non può esigere un obbligo di vaccinazione se non preveda il risarcimento del danno che tale obbligo può arrecare. Tale sentenza pone alcuni problemi poiché lo Stato, rendendo obbligatorio un trattamento sanitario, deve essere anche in grado di fornire garanzie rispetto ai danni che tale trattamento può provocare. Si tratta di un aspetto che vorrei porre all'attenzione della Commissione. Da tempo abbiamo iniziato l'esame di un provvedimento relativo al risarcimento di danni da vaccino che, tuttavia, è fermo da molti mesi.

Ritengo che prima di procedere all'introduzione di altre vaccinazioni obbligatorie (si tratterebbe della quarta), sarebbe utile accelerare i tempi del provvedimento che ho citato, anche perché, assumendoci la responsabilità dell'obbligo che imponiamo, risulteremmo più credibili. Si dice che il vaccino per l'epatite B sia molto meno pericoloso di altri. Sono felice di ciò, ma non possiamo aumentare impunemente l'obbligatorietà senza tener conto dei danni che rischiamo di provocare.

Un altro problema concerne l'obiezione di coscienza alle vaccinazioni. Il gruppo verde ha presentato una proposta di legge che tutela l'obiezione di coscienza senza mettere in discussione l'obbligatorietà su larga scala. Difficilmente, infatti, verrebbe approvato nel nostro paese un provvedimento che elimini l'obbligo delle vaccinazioni. Vi sono, infatti, problemi legati alla tutela collettiva della salute che, tuttavia, non possono, a nostro avviso, pregiudicare il rispetto di scelte terapeutiche diverse operate dai singoli individui. Ho espresso — e la ribadisco — la necessità di abbinare ai provvedimenti oggi in esame quello sull'obiezione di coscienza alle vaccinazioni, perché ciò consentirebbe di riconoscere il diritto della minoranza di compiere scelte diverse di tutela della salute, eliminando al tempo stesso il grave problema dei bambini (si tratta, anche a tale proposito, di pochi casi, ma credo che anche il singolo vada tutelato dal legislatore, compatibilmente con l'interesse generale) esclusi da scuola e costretti, dunque, a non godere del diritto fondamentale all'istruzione che lo Stato dovrebbe garantire a tutti.

Ritengo che il problema delle vaccinazioni vada affrontato soprattutto sotto il profilo dell'informazione e della prevenzione, senza insistere sull'obbligo per quanto riguarda i bambini al di sotto dei 12 anni. La scelta educativa ed informativa, di prevenzione, deve essere prevalente, ampliando al tempo stesso l'estensione della vaccinazione gratuita per le categorie a rischio in base alla logica

della necessità di rendere possibile che ciascuno, nell'ambito di un interesse più generale e collettivo, possa gestire la propria vita e la propria salute.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali e cedo la parola al ministro per la replica.

FRANCESCO DE LORENZO, Ministro della sanità. Vorrei innanzitutto far presente che il problema dell'epatite virale, per la sua notevole diffusione e per la gravità della sintomatologia, con i gravi effetti che ne derivano in percentuale molto elevata, è stato oggetto più volte di discussione in seno al Parlamento europeo. Nel corso di un'audizione è stato affrontato il problema, sollevato più volte, di come intervenire nei paesi europei per far fronte attraverso la prevenzione a tale malattia. Il disegno di legge ha inteso recepire l'indirizzo strategico dell'OMS in tema di prevenzione delle malattie infettive.

In Italia abbiamo un andamento epidemiologico preoccupante, soprattutto in alcune aree del nostro paese con un costo che, con riferimento alla terapia, si aggira intorno ai 300 miliardi l'anno; senza tener conto del numero rilevante di complicazioni che ne derivano, che vedono un consistente numero di soggetti affetti da cirrosi ed epatocarcinoma. In Italia, infatti, si registrano mediamente ogni anno circa seimila decessi per cirrosi e tremila per epatocarcinoma collegati a progressa epatite virale B che rappresentano, dunque, l'evoluzione non prevenibile del 5-10 per cento di tutte le epatiti virali acute.

Con questo disegno di legge si è ritenuto di intervenire nell'ambito del progetto che stiamo portando avanti per la prevenzione delle malattie infettive. Il Governo non è impegnato solo nei confronti di malattie quali l'AIDS, ma anche di altre che ritiene meritino, come questa, un trattamento particolare. Una sperimentazione è stata effettuata sulle categorie a rischio. Per predisporre il disegno di legge ci siamo basati su due dati con-

fortanti: la certezza dell'efficacia della vaccinazione, ormai avvenuta largamente in tutto il mondo, e la sicurezza della vaccinazione stessa. In base ai dati dell'OMS, 30 milioni di dosi sono state somministrate senza dar luogo ad eventi dannosi indesiderati. Sappiamo quindi di intervenire in un settore dove la prevenzione è senza rischi, contrariamente a quanto avvenuto per altre vaccinazioni.

Nello studio preparatorio del provvedimento, in collaborazione con l'OMS, abbiamo coinvolto i più autorevoli esponenti del mondo accademico italiano giungendo a produrre un documento approvato dal Consiglio sanitario nazionale che si avvale, dunque, di un larghissimo consenso nell'ambito della comunità scientifica. Il disegno di legge mantiene la facoltatività per le categorie a rischio imponendo invece l'obbligatorietà per i nuovi nati, secondo la tabella terapeutica considerata come ottimale dall'OMS. L'obiettivo è quello di ridurre la circolazione del virus, ben sapendo quanto sia importante non solo evitare i casi di epatite virale, ma anche la circolazione del virus medesimo che comporta la presenza numerosa di portatori sani, perché sappiamo quanto questi ultimi abbiano inciso sulla diffusione dell'epatite virale. Prima ancora della presenza del virus HIV i tossicodipendenti venivano curati nei reparti malattie infettive poiché affetti da epatite virale: si pone quindi l'esigenza di eliminare dalla circolazione il virus intervenendo a tutti i livelli.

Abbiamo preso provvedimenti per quanto riguarda la sicurezza del sangue per le trasfusioni effettuando controlli rigorosi per la individuazione di virus ed anticorpi. Riteniamo che la proposta avanzata oltre che efficace e priva di effetti collaterali, sia anche importante sul piano della prevenzione.

I problemi legati all'obiezione di coscienza si pongono per questa come per tutte le altre vaccinazioni. Mi pare che l'onorevole Bassi abbia impostato la questione nei termini di principio della libertà dei singoli, ma occorrerebbe even-

tualmente valutare con attenzione i casi in cui tali problemi sono compatibili con quelli più generali della tutela della salute. Ad ogni modo il Governo non si rifiuta di esaminare la materia in correlazione con la tutela della collettività.

Vorrei aggiungere che oltre al risparmio per i costi della terapia, con il provvedimento al nostro esame si potranno ottenere ulteriori risparmi per la riduzione dell'assistenza per le degenze molto lunghe, per eventuali ricadute e per le inferiori assenze dal lavoro, oltre alla convenienza che ne trarrà il Servizio sanitario nazionale. Infatti, vi è non solo un risparmio della spesa derivante dalla riduzione consistente del numero dei malati — tenendo conto che nel duemila sarà vaccinato circa un terzo della popolazione — ma anche un risparmio sul costo del vaccino stesso (che risulta diminuito); pertanto, non vi sarebbe una maggiore incidenza di spesa sul fondo sanitario nazionale.

Ritengo opportuno far presente che un'apposita commissione ministeriale sta esaminando l'eventualità di un amplia-

mento della vaccinazione gratuita per le categorie a rischio.

In conclusione, raccomando vivamente la rapida approvazione del disegno di legge del Governo, sul quale si è registrato il consenso di tutta la comunità scientifica.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 17,10.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA DELLE COMMISSIONI
ED ORGANI COLLEGIALI*

DOTT. LUCIANA PELLEGRINI CAVE BONDI

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI*

DOTT. PAOLO DE STEFANO

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia delle Commissioni
ed Organi Collegiali il 5 aprile 1991.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO