

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GAETANO PECORELLA

La seduta comincia alle 14.

Audizione del sottosegretario di Stato per la giustizia, onorevole Luigi Vitali, in materia di sanità penitenziaria.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del sottosegretario di Stato per la giustizia, onorevole Luigi Vitali, in materia di sanità penitenziaria.

Ricordo, a tale proposito, che le Commissioni riunite II e XII hanno concluso il 31 ottobre scorso l'indagine conoscitiva volta ad approfondire la conoscenza della situazione sanitaria all'interno degli istituti penitenziari, anche alla luce dello stato di attuazione della riforma introdotta dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 recante « Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419 ».

Nel corso dell'indagine non si è proceduto alla programmata audizione del ministro della giustizia e del ministro della salute. In occasione dell'esame in sede referente della proposta di legge d'iniziativa del deputato Mario Pepe n. 4127, recante modifiche alla legge 9 ottobre 1970, n. 740, in materia di sanità penitenziaria, le Commissioni hanno convenuto sulla opportunità di svolgere le audizioni dei predetti ministri sugli orientamenti del Governo in materia di sanità penitenziaria, in quanto si è ritenuto che, per poter esaminare adeguatamente la citata proposta di legge, sia necessario conoscere preliminarmente il parere del Governo sugli esiti della riforma del 1999.

Do subito la parola al sottosegretario.

LUIGI VITALI, *Sottosegretario di Stato per la giustizia*. Signor presidente, per facilitare il lavoro per i commissari metterei in distribuzione una relazione, che rappresenta quasi una ripresa fotografica dello stato dell'arte, come si evince dalle indagini svolte dal ministero; si tratta, quindi, di un elemento utile per conoscere la situazione complessiva.

Vorrei svolgere una indagine comparativa tra la proposta di legge di Mario Pepe, che ha incontrato i favori dell'associazione nazionale medici penitenziari, e il disegno di riforma complessiva del Governo (nella fattispecie, sono coinvolti il ministro della giustizia e il ministro della sanità), che ancora però non è stato materialmente presentato (è ancora in corso uno studio). Vi parlerò, dunque, dei principi ispiratori di quest'ultimo lavoro, in modo che la Commissione ne tenga conto nel prosieguo dell'esame della proposta dell'onorevole Pepe.

Anche se la proposta di legge presentata da Mario Pepe ha degli aspetti positivi e pertinenti, devo dire, con molta sincerità, che essa si colloca su una lunghezza d'onda che non è esattamente quella su cui stanno convenendo il ministro della giustizia e il ministro della sanità. Quindi, è giusto che la Commissione sappia qual è questo orientamento.

Non so se il disegno di legge del Governo sarà presentato e abbinato alla proposta Pepe (né so in quale momento, con quale forma e in quale ramo del Parlamento verrà proposto), però su una cosa sono assolutamente certo: parliamo di due filosofie che sono assolutamente diverse (quindi, toccherà al Parlamento operare una scelta, secondo il principio di sovranità proprio del nostro ordinamento).

La proposta di legge dell'onorevole Pepe, che tende a modificare la legge n. 740 del 1970, presenta un contenuto favorevole per i medici penitenziari sotto molteplici aspetti - sia sotto l'aspetto retributivo, sia sotto quello trattamentale - ed ha raccolto, come dicevo prima, l'assenso dell'associazione nazionale medici penitenziari. Peraltro, sul punto, tale associazione ha assunto una posizione intermedia: sembra sia disponibile a rivedere l'iniziale richiesta di reclutamento di 150 medici da destinare alle esigenze penitenziarie (da 150 si passerebbe a 25), pur di ottenere un'accelerazione dell'iter di questa proposta di legge. Questi sono dunque i punti salienti della protesta di legge presentata dal collega Pepe.

Il percorso che sta portando avanti il Governo, invece, prende atto del fallimento del trasferimento di competenze dallo Stato alle regioni in materia di sanità penitenziaria. Questo è un dato certo che non può essere confutato, a maggior ragione se si considera che questo trasferimento era stato programmato in via sperimentale per cinque regioni e che, anche per queste cinque regioni (che dovevano essere le prime ad avviare la trasformazione del sistema), non c'è mai stata una attuazione definitiva. Quindi, c'è sempre stata una commistione di competenze tra il Servizio sanitario nazionale e il servizio sanitario penitenziario.

Prendendo atto di questo fallimento, il provvedimento si ispira ad un criterio (diverso da quello rappresentato dalla proposta di Mario Pepe) che potremmo definire di « sistema integrato », che comporterebbe la completa abrogazione della legge n. 740, la quale ha una filosofia totalmente diversa.

Negli ultimi anni, l'assetto normativo relativo alla sanità penitenziaria ha registrato importanti cambiamenti e la cosiddetta normativa di riordino del servizio sanitario penitenziario ne ha orientato sempre più l'evoluzione verso un sistema integrato con il Servizio sanitario nazionale (da servizio esclusivo).

La soluzione che il Governo si appresta ad adottare trova il suo fondamento nel

decreto legislativo n. 433 del 2000, di modifica del decreto legislativo n. 230 del 1999; infatti, tale normativa, prevedendo la possibilità del riordino della materia, lascia ampia opportunità di modulare il sistema preposto all'assistenza sanitaria dei detenuti, consentendo allo Stato di percorrere la soluzione dell'azione integrata.

In considerazione di questo, sono state impartite direttive ai provveditori e alle direzioni per ottenere il coinvolgimento dei servizi sanitari locali nelle azioni di tutela della popolazione detenuta. In particolare, le indicazioni fornite agli organi periferici sono state orientate a sollecitare l'intervento delle ASL in due ambiti specifici: l'assistenza farmaceutica e la medicina specialistica. Tale collaborazione integrata, tra Servizio sanitario nazionale e servizio sanitario penitenziario, risulta appropriata per assicurare ai detenuti e agli internati un'assistenza sanitaria in linea con i livelli essenziali di assistenza, definiti con DPCM del 29 novembre del 2001.

Vorrei entrare maggiormente nello specifico, passando in rassegna in modo più approfondito l'ipotesi normativa che il Governo immagina di assegnare alla valutazione del Parlamento. Tale modello intende superare il quadro normativo vigente costituito dai decreti legislativi n. 230 del 1999 e n. 433 del 2000 adottati in attuazione della legge 30 novembre 1993 n. 419. Esso inoltre è destinato a sostituire la disciplina del decreto legislativo n. 230 del 1999, del quale viene disposta l'abrogazione. Si tratta quindi della ridefinizione complessiva di una nuova disciplina.

Tale iniziativa prefigura non più il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria, oltre che del personale delle strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria, al servizio sanitario nazionale, come previsto dal decreto legislativo n. 230 del 1999, ma la creazione di un sistema coordinato ed integrato di tutela della salute in ambito penitenziario, con competenze ripartite fra il Ministero della salute e quello della giustizia (quindi fra il Servizio sanitario

nazionale e quello sanitario penitenziario per adulti e per minorenni), i quali ultimi provvederanno, con le modalità integrate specificate dalla proposta che si andrà a concretizzare, all'erogazione delle prestazioni sanitarie, assicurando alla popolazione detenuta le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza sanitaria individuate nella normativa vigente.

Il motivo conduttore è quello di rendere le prestazioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari pressoché simili a quelle delle quali il cittadino usufruisce nella società civile.

Si propone un riassetto organico della sanità penitenziaria che costituirà il superamento del « vecchio » modello di sanità penitenziaria, largamente avulso dalla dinamica, dall'organizzazione, dai modelli, dalle procedure e dagli standard di intervento espressi dal Servizio sanitario nazionale, quasi un « corpo » autonomo e separato, incurante dei diversi livelli di assistenza erogati all'esterno. Ma è soprattutto il superamento del modello introdotto dal decreto legislativo n. 230 del 1999, che vede il Servizio sanitario nazionale come unico titolare del dovere di assicurare il diritto alla salute dei soggetti detenuti in modo paritario rispetto alle altre persone, ma in modo deresponsabilizzato rispetto ai compiti e alle finalità dell'istituzione penitenziaria.

In definitiva, tale proposta procede prima indicando ciò che rende omogenei i livelli di assistenza tra « interno ed esterno »; successivamente si individua l'apporto rispettivo del Servizio sanitario nazionale e del servizio sanitario penitenziario, sulla base del criterio secondo il quale il servizio sanitario penitenziario è responsabile, nell'ambito di concertati momenti di programmazione delle direttive tecnico-professionali del Servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari fondamentali rispetto agli obiettivi di sicurezza e di trattamento propri della amministrazione penitenziaria.

Questi sono i principi ispiratori; per amor di verità, devo aggiungere che esiste una proposta di articolato a sostegno di questi principi. Tuttavia, dal momento che

non vi è stata ufficialmente la presentazione di tale articolato in sede di Consiglio dei ministri, nè i risultati di tale lavoro sono stati resi ufficiali, non ritengo sia opportuno procedere ad un informale deposito del provvedimento governativo che non avrebbe un significato tecnicamente apprezzabile, in quanto non abbinabile alla proposta di legge in esame.

Per completezza di informazione, tuttavia, vi rendo edotti dell'esistenza di questa bozza di articolato, i principi sui quali si fonda sono quelli che mi sono permesso di illustrare a questa Commissione.

PRESIDENTE. Do la parola ai deputati che intendano intervenire.

MARIO PEPE. Il Governo sta studiando un sistema per migliorare il testo presentato dal sottoscritto. Tuttavia, vorrei ricordare che questo approfondimento procede ormai da quattro anni e dalle mie parti si usa dire: « mentre il medico studia, il malato muore »! Mancano circa 50 giorni di lavoro parlamentare alla chiusura della legislatura: per questo motivo, vorrei chiedere ai presidenti delle Commissioni se abbiano intenzione di procedere all'esame di questa proposta di legge oppure se si intenda « consegnarla » alla sinistra. Quest'ultima è stata responsabile del « famoso » decreto legislativo che ha determinato la morte della medicina penitenziaria.

Il problema è il seguente: è corretto quanto il sottosegretario Vitali ha detto in ordine alla possibile integrazione per alcuni servizi con il Sistema sanitario nazionale; è giusto che non vi siano « doppioni » (per esempio il servizio di assistenza per i tossicodipendenti è giustamente posto sotto il controllo della ASL; come è bene che lo siano alcuni servizi di protezione e sicurezza sul luogo dei lavori).

Qui tuttavia si discute di un'altra cosa: è opportuno che le ASL, con tutti i problemi legati alle liste di attesa, alla medicina del territorio e all'assistenza degli anziani, si dedichino a questo delicato problema? È giusto che « scompaia » la figura del medico penitenziario, che è il « medico di famiglia » del detenuto? In

una situazione come questa, nella quale sono anche aumentati i suicidi, è il momento di disperdere un patrimonio di professionalità che esiste da anni? Cosa è successo in questi anni? È successo che questi medici penitenziari, dopo essere stati tenuti nell'incertezza, sono andati via! Alcune carceri sono quindi senza medici!

Chiedo allora ai presidenti delle due Commissioni di procedere ad una calendarizzazione « stretta » di questo provvedimento, fissando una marcia a « tappe forzate », in maniera tale da approvare questa proposta di legge, anche attraverso il recepimento dei suggerimenti formulati dal Governo, in tempi brevi.

KATIA ZANOTTI. Vorrei in primo luogo ringraziarla, sottosegretario Vitali, per la possibilità offerta di prendere visione della sua relazione che, se ho ben compreso, fotografa l'esistente. Inoltre, vorrei ringraziarla per averci enunciato alcune coordinate possibili di riforma della sanità penitenziaria, alla luce, immagino, delle audizioni svolte in questi mesi.

Come lei sa, queste audizioni hanno evidenziato una situazione assolutamente drammatica per la sanità penitenziaria: lo hanno detto, con trasversalità di appartenenza politica, diversi interlocutori. Ce lo hanno detto proprio gli operatori, i direttori delle carceri ed anche in modo molto preciso.

Mi sembra possa rappresentare una forzatura ragionare oggi avendo come riferimento la proposta di legge dell'onorevole Mario Pepe, anche perché nella precedente occasione abbiamo detto di voler concludere in modo formale questa sequenza di audizioni attraverso la predisposizione di un documento da parte delle due Commissioni, che sia di sintesi di quanto emerso dall'interlocuzione svoltasi in questi mesi.

Per quanto riguarda le anticipazioni di una proposta di riordino della sanità penitenziaria, devo dire che è necessario per noi leggere il testo. Devo dire inoltre che sono più attenta a ragionare in termini di

integrazione (e di sistema integrato) piuttosto che rimanere ferma su una posizione, che è quella contenuta nella proposta dell'onorevole Mario Pepe, nella quale si riconferma in sostanza la separazione netta del sistema sanitario penitenziario, posto sotto il Ministero della giustizia. L'impostazione contenuta nel decreto legislativo n. 230 del 1999 riguardava invece il passaggio chiaro e definitivo della sanità penitenziaria alle dipendenze del Sistema sanitario nazionale ed io sono d'accordo con le previsioni del decreto legislativo n. 230 del 1999.

L'onorevole Mario Pepe faceva riferimento alle responsabilità della sinistra (immagino estendendo in maniera più ampia il concetto stesso di sinistra). Personalmente ritengo che vi sia stata la responsabilità di non procedere con determinazione, superando con maggiore rapidità la fase di sperimentazione per mettere a regime il passaggio al Servizio sanitario nazionale.

Nel corso delle audizioni abbiamo sentito ripetere molte volte ed abbiamo anche detto che non abbiamo pregiudiziali di tipo ideologico, preferendo ragionare per dare una risposta a problemi drammatici che vengono dalle carceri.

Per dare una risposta a problemi tanto drammatici penso che si possa intanto cominciare a parlare di sistema integrato. Naturalmente, si dovrà poi leggere l'articolo (al momento non mi è assolutamente chiaro il suo contenuto) per valutare, ad esempio, a chi spetta la programmazione e la definizione delle risorse (se ci fosse una centralizzazione credo che ci sarebbero già dei problemi persino di relazione tra i due ministeri). Ritengo che per garantire i diritti alla salute dei cittadini e delle persone detenute si debba evitare di elaborare dei sistemi paralleli, cercando piuttosto di favorire il massimo di relazione e di interlocuzione (non so ancora come, però).

Sono molte le domande che vorrei formulare. Chi progetta? Chi dispone delle risorse, almeno rispetto ai livelli essenziali dell'assistenza? Chi definisce l'ammontare di queste risorse? Come sono ripartite tra

le aziende sanitarie e tra gli istituti penitenziari? Credo che in materia di sanità permangano delle situazioni di grave sofferenza che meriterebbero da subito (oltre che una disponibilità a ragionare) delle risposte molto nette, perché questa situazione di transizione non ha giovato a nessuno.

Tra i più gravi segnali di sofferenza vi è la questione del disagio mentale che si sta diffondendo in carcere e che è stato denunciato anche recentemente. Prendo tale argomento come esempio di questa situazione di grave difficoltà, perché non sono personalmente d'accordo con quello che si sta realizzando nelle carceri italiane in tale materia. Se questo fosse il modello di riferimento, se fosse questa la modalità sulla base della quale si parlerebbe di integrazione, manifesterei subito il mio disaccordo. Se si tratta di costruire dei piccoli « repartini » psichiatrici all'interno delle carceri — che vuol dire attrezzare uno o due locali con alcuni posti letto, secondo la tipologia dell'ospedale psichiatrico giudiziario, ridotto nelle dimensioni, all'interno di diverse carceri sparse per il paese (io sono dell'Emilia Romagna e mi riferisco all'idea che sta maturando per Bologna) —, se si tratta di piccoli OPG, costruiti dentro le carceri, allora non capisco dove starebbe la sinergia con le aziende sanitarie locali. Non credo che tale sinergia ci sarebbe. Al contrario, penso che nell'ambito del disagio mentale si dovrebbe costruire il massimo di sinergia per garantire degli interventi — prestati dall'azienda sanitaria — di tipo terapeutico, di sostegno ad un percorso che riguardi il disagio mentale stesso. In altre parole, c'è bisogno della costruzione di un progetto organico, che, a mio parere, può essere garantito solo da una relazione forte con l'azienda sanitaria locale e con tutte le strutture di cui essa dispone all'esterno, da questo punto di vista maggiormente in grado di offrire percorsi di sostegno e di recupero. I « piccoli repartini psichiatrici » o i piccoli OPG all'interno di ogni carcere sarebbero una risposta a questo problema totalmente inaccettabile.

Su questo tema, invece, vedo bene già da subito l'anticipazione di questo ragionamento sull'integrazione, sul quale adesso non mi dilungo ulteriormente, perché occorre conoscere l'articolato e capire esattamente come esso definisce le responsabilità dei due ministeri titolari (Ministero della giustizia e della salute).

Segnalo con particolare sollecitudine questo tema del disagio mentale, perché credo che le risposte che sono state date e sulle quali si sta lavorando in giro per l'Italia (sulla base di una indicazione del ministero) siano completamente inaccettabili, non aprendo la strada a quanto prospettato dal sottosegretario.

ENRICO BUEMI. Signor presidente, il Comitato carceri ha analizzato in maniera particolarmente puntuale la vicenda relativa alla medicina penitenziaria, in tutti i suoi risvolti, ed è emerso che ci troviamo di fronte a grandissimi sprechi, ma anche a carenze importanti. Una ulteriore precisazione sulle competenze e sui ruoli è indispensabile.

Noi notiamo una carenza quasi generalizzata, in particolare nelle regioni del sud, della fornitura dei prodotti farmaceutici e, nello stesso tempo, nelle stesse regioni, abbiamo strutture ospedaliere assolutamente inutilizzate. Penso alla situazione siciliana — il reparto sanitario ospedaliero all'interno dell'Ucciardone è praticamente vuoto — e alle sale operatorie di Roma, che sono nuove, ma mai utilizzate; contemporaneamente, dal punto di vista farmaceutico, vi è difficoltà a fornire tutto il necessario. Ci sono regioni con le quali il ministero non ha stipulato alcuna convenzione (quindi c'è una risposta diversa tra ASL e ASL) ed è evidente la necessità di una precisazione rapida delle competenze.

Credo che sia indispensabile garantire la stessa impostazione sia al servizio per il cittadino libero sia a quello per il cittadino detenuto. Non ci deve essere differenza da questo punto di vista. La differenza probabilmente risiede nella tipologia della malattia, che è determinata non soltanto da fattori di carattere specifico, ma anche

da fattori di carattere ambientale. In questo senso, è evidente che si pone anche la necessità di adeguare le strutture del Servizio sanitario nazionale con una professionalità specifica, particolarmente orientata sulle problematiche del carcere.

Questione diversa è quella relativa agli ospedali psichiatrici. Non ero a conoscenza delle vicende di cui parlava adesso la collega Zanotti, però, dal monitoraggio di questa particolare struttura che abbiamo svolto, emergono grandissimi problemi. Con tutta la buona volontà, non si può dire che gli ospedali psichiatrici siano degli ospedali; sono invece, in maniera inequivocabile, delle strutture carcerarie, dove il trattamento di tipo sanitario è molto ridotto, come d'altra parte, purtroppo, lo è per i cittadini liberi che hanno malattie di carattere psichiatrico. Franca-mente mi sembra contraddittorio realizzare all'interno delle strutture detentive tradizionali piccole realtà che tendono a trattare in modo maggiormente « ravvicinato » il detenuto con patologie psichiatriche; è infatti evidente che, in quel caso, esiste un problema di professionalità che deve essere garantito e che necessita di una sua continuità, cosa che non può essere garantita in una struttura tradizionale.

Il detenuto è un cittadino come gli altri dal punto di vista della salute; è tuttavia un cittadino che ha una minore discrezionalità nella scelta del proprio interlocutore medico. Pertanto, dobbiamo garantirgli un livello di prestazioni tempestivo e, al tempo stesso, qualitativamente accettabile, in grado di garantire quanto meno lo stesso trattamento riservato agli altri cittadini.

Ritengo che per fare questo la struttura più adeguata sia individuabile nel Servizio sanitario nazionale, anche se dobbiamo costruire momenti di specificità più forti.

Vorrei inoltre informare i colleghi che, nell'ambito dell'attività di monitoraggio delle carceri italiane, dedicheremo un capitolo *ad hoc* su questo argomento nel lavoro conclusivo, al fine anche di dare un contributo al ragionamento che stiamo in questa sede sviluppando.

CESARE ERCOLE. Vorrei in primo luogo associarmi ai ringraziamenti svolti dai colleghi nei riguardi del sottosegretario Vitali perché finalmente abbiamo la posizione del Governo. Una posizione chiara, che fotografa chiaramente quanto è avvenuto attraverso la progettazione sperimentale, contenuta nel decreto legislativo n. 230 del 1999, e quanto il Governo realmente oggi abbia intenzione di fare.

Le memorie illustrate mi trovano completamente d'accordo, non tanto sulla « forzatura », a mio modo di vedere corretta, dell'abrogazione del decreto legislativo n. 230 del 1999, quanto su questa nuova visione di integrazione fra il Servizio sanitario nazionale e quello penitenziario, posizione che, come Lega Nord Federazione Padana, auspicavamo in una nostra risoluzione.

Vorrei invece chiedere se la posizione del nuovo ministro della salute corrisponda a quella contenuta in queste dichiarazioni, anche perché essa potrebbe cambiare. Al riguardo, dal momento che, se ben ricordo, il ministro della salute non è stato audito in Commissione, rinnovo la preghiera alla presidenza della Commissione di chiedere l'intervento del ministro. Anche se il sottosegretario audito ha fornito, a mio avviso, un quadro esauriente, resta tuttavia il fatto che il cambiamento del ministro richiede la necessaria conoscenza delle sue posizioni su questa proposta.

Al di là di quanto è stato detto, auspico che il Governo proceda in questa direzione, presentando la proposta di articolato. Come Commissione avremo modo di confrontarci per poter esprimere la nostra posizione al riguardo.

PRESIDENTE. Vorrei far presente, come ho ricordato nello *speech* iniziale, che erano state richieste due audizioni, ovvero quella del ministro della giustizia e quella del ministro della sanità. Per il Ministero della giustizia, è intervenuto oggi il sottosegretario Vitali.

Per quanto concerne quella del ministero della salute, è già stata chiesta la disponibilità del ministro e siamo in attesa

di risposte. Vi sarà quindi su questo punto una adeguata risposta.

Vorrei porre una questione rapidissima, ma per noi essenziale ai fini dell'ordine dei lavori parlamentari. Nella sua relazione introduttiva, il sottosegretario ricordava che ci sono due modi di vedere il problema completamente alternativi fra loro: quello della proposta presentata dall'onorevole Mario Pepe e quello che invece è all'esame del Governo.

Inevitabilmente, abbiamo la necessità di sapere se il Governo è contrario rispetto alla proposta dell'onorevole Mario Pepe o se l'esame di quest'ultima può in ogni caso procedere. La posizione del Governo infatti è per noi di grande rilievo.

LUIGI VITALI, *Sottosegretario di Stato per la giustizia*. Vorrei in primo luogo tranquillizzare i componenti delle Commissioni dicendo loro che nell'articolato, se questo sarà presentato, o nelle proposte emendative che il Governo eventualmente riterrà di presentare alla proposta di legge avanzata dall'onorevole Mario Pepe, sarà disegnato in maniera analitica un quadro di responsabilità e di competenze distribuito fra il Ministero della salute, il Ministero della giustizia, le regioni, i provveditorati e le ASL. Vi è tutta una « catena » di enti e di organizzazioni che dovranno essere posti in rete per garantire un servizio adeguato ai detenuti.

Vorrei dire che questo pomeriggio, al mio rientro in ministero, notificherò per iscritto al ministro di aver svolto l'audizione presso queste Commissioni, ricordandogli che presso la II Commissione (giustizia) è giacente, in stato di esame avanzato, una proposta di legge che presenta una filosofia non compatibile con quella che il Governo ha immaginato per questo tipo di problema.

Avendo svolto sino a pochi mesi fa l'attività di deputato, comprendo che il Governo non possa far ritardare le iniziative dei parlamentari della Commissione; farò presente al ministro questa situazione. Non credo comunque che la persona che riveste un ruolo istituzionale possa modificare un orientamento che in maniera impersonale ha coinvolto, oltre ai ministeri, le maggioranze e le sensibilità.

Se il presidente della Commissione riterrà opportuno, dopo aver ultimato la serie di audizioni, procedere nel percorso legislativo, il Governo presenterà emendamenti, anziché una propria proposta. Non ritengo si debba frenare la legittima intenzione di risolvere il problema: la cosa peggiore sarebbe infatti quella di restare fermi!

Il Governo dovrà presentare in tempi brevi una sua proposta; se così non dovesse essere, in sede di esame della proposta avanzata dall'onorevole Mario Pepe, che è esattamente opposta rispetto a quella che il Governo intende presentare, il Governo stesso eserciterà la sua facoltà emendativa sull'eventuale testo che il Comitato ristretto e la Commissione avranno deciso di rappresentare ai propri componenti.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario di Stato per la giustizia Vitali per la disponibilità accordataci.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14,40.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 9 giugno 2005.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

