

COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI

VIII

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 MARZO 1993

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

**SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE RAFFAELE COSTA, IN ORDINE AI PROVVEDIMENTI ATTUATIVI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502, DI RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, NONCHÉ ALLE INIZIATIVE CHE IL GOVERNO HA ALLO STUDIO E INTENDE PRENDERE PER APPORTARVI MODIFICHE ED INTEGRAZIONI**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
<b>Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni:</b>		Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale) .....	181, 184, 196, 197
Armellin Lino, <i>Presidente</i> .....	175, 191, 198	Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i> ....	191, 193 195, 196, 197, 198
Alterio Giovanni (gruppo DC) .....	184, 185	Farigu Raffaele (gruppo PSI) .....	175, 195
Apuzzo Stefano (gruppo dei verdi) .....	189, 190	Fronza Crepez Lucia (gruppo DC) .....	190
Bicocchi Giuseppe (gruppo DC) .....	177, 198	Giannotti Vasco (gruppo PDS) .....	184, 190
Caccavari Rocco (gruppo PDS) .....	187	Giuntella Rozza Laura (gruppo movimento per la democrazia: la Rete) .....	189
Castellaneta Sergio (gruppo della lega nord) .....	179	Jannelli Eugenio (gruppo PDS) .....	193
		Mussolini Alessandra (gruppo MSI-destra nazionale) .....	179
		<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>	
		Armellin Lino, <i>Presidente</i> .....	175

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 16.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Informo la Commissione che l'onorevole Giuseppe Saretta ha chiesto, a nome del gruppo della DC, che la pubblicità della seduta sia assicurata anche mediante ripresa audiovisiva a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

*(Così rimane stabilito).*

**Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine ai provvedimenti attuativi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché alle iniziative che il Governo ha allo studio e intende prendere per apportarvi modifiche ed integrazioni.

Ricordo che nella seduta di mercoledì 10 marzo 1993 erano intervenuti il ministro della sanità Raffaele Costa ed alcuni colleghi che avevano rivolto al ministro domande e richieste di chiarimenti.

RAFFAELE FARIGU. Presidente, prima di rivolgere alcuni quesiti specifici al ministro Costa vorrei svolgere alcune considerazioni di carattere generale.

Desidero anzitutto richiamare l'attenzione della Commissione su come il Governo abbia affrontato negli ultimi tempi le molteplici questioni attinenti al comparto della sanità.

Mi è sembrato che si sia voluto attribuire la responsabilità delle difficoltà finanziarie e di bilancio dello Stato ai cittadini, colpevoli — uso un brutto termine — di un eccessivo « consumo » dei beni destinati alla sanità.

Partendo da tale presupposto si è voluto cercare la soluzione delle diverse difficoltà di bilancio richiamando il cittadino ad un maggior rigore. Si è quindi proceduto di conseguenza individuando negli oneri a carico e nel ruolo dell'assistenza privata le misure idonee a far diminuire i costi della sanità.

Questa linea di tendenza deve farci riflettere seriamente dal momento che non stiamo parlando del consumo di un bene qualsiasi ma di un diritto fondamentale del cittadino: il diritto alla salute.

Un approccio scarsamente incisivo da parte del Governo è stato registrato, a mio avviso, su aspetti correlati alla organizzazione del comparto sanitario, un aspetto — questo — assai importante se si vogliono garantire al cittadino gli strumenti necessari alla tutela della salute. In altre parole, mi è sembrato che siano prevalse considerazioni abbastanza pericolose, che non tengono conto del fatto che la pubblica amministrazione (intendendosi per essa le molteplici articolazioni dello Stato nelle sue varie branche, non solo nazionali ma anche regionali e via dicendo) rappresenta

un momento di importanza primaria proprio in considerazione del bene che si intende tutelare.

Non si è fatto abbastanza, invece, non solo per individuare, all'interno dell'organizzazione sanità, i momenti di maggiore razionalizzazione e di più efficace intervento a tutela di questo fondamentale diritto, ma anche per ricercare le possibilità di riduzione della spesa. Questo atteggiamento, che sta caratterizzando l'intervento del Governo negli ultimi tempi, ritengo che debba farci riflettere, perché il fondamentale diritto alla salute non debba attraversare una fase di particolare sofferenza. Ovviamente, mi riferisco soprattutto a quanti, purtroppo, sono costretti da condizioni particolari ad esercitare tale diritto quotidianamente.

Ho ravvisato nell'atteggiamento dell'attuale ministro una particolare sensibilità verso il buon funzionamento della cosa pubblica nei suoi diversi aspetti: ciò, naturalmente, ha destato nei suoi confronti la mia stima e la mia considerazione ed il suo « approdo », signor ministro, al Ministero della sanità mi ha fatto ben sperare. Non è sufficiente, però, che tale speranza si basi sul giudizio relativo alle qualità della persona che gestisce un così importante settore della vita pubblica. Sono senz'altro importanti le iniziative volte a verificare di persona i cattivi funzionamenti delle strutture preposte alla sanità, evidenziando fatti che sono noti ed arcinoti a tutti — soprattutto, purtroppo, a chi è costretto a servirsi di tali strutture — e queste iniziative servono a rafforzare ulteriormente il giudizio positivo sulla persona del ministro e sul suo modo di interpretare il ruolo che gli compete. È necessario, però, che simili iniziative si traducano in proposte legislative e provvedimenti amministrativi che servano davvero ad individuare rimedi sistematici ed organici in un settore così rilevante.

Insomma, ciò che è stato fatto finora va bene e ci fa affermare che il ministro è bravo e straordinariamente sensibile, ma sarebbe davvero troppo poco se tutto si riducesse ad un giudizio personale di apprezzamento e non trovasse traduzione in

provvedimenti idonei ad avviare una vera bonifica dell'organizzazione della sanità che serva anche di esempio ad un più generale riordino della pubblica amministrazione. Infatti, sappiamo che questa funziona male e lo diciamo non da ora: abbiamo individuato proprio in questo aspetto uno dei nodi fondamentali della questione morale.

Se, però, il buon funzionamento dell'amministrazione è importantissimo, lo è ancora di più quando ci si occupa di quel suo segmento che è rappresentato dalla sanità, la quale riveste un enorme rilievo ed ha un'immediata incidenza sociale.

Vorrei in particolare porre al ministro una questione che attiene al funzionamento delle commissioni mediche per l'accertamento dell'invalidità: a tale proposito, infatti, ci troviamo di fronte a fenomeni che ci fanno davvero vergognare, nel momento in cui siamo chiamati, a diverso titolo, a svolgere funzioni di pubblici amministratori. Mi riferisco alle domande presentate da invalidi civili, ciechi civili e sordomuti per il riconoscimento del diritto alla pensione che, pur nella sua modesta quantificazione economica, può essere fondamentale per chi ha questa legittima aspettativa. Ebbene, vi sono persone che attendono quattro o cinque anni prima di essere chiamate a sottoporsi alla visita: non si tratta di pochi casi — e sarebbe importante che il ministro raccogliesse i dati relativi —, bensì di migliaia e migliaia di cittadini che a volte, purtroppo, ricevono la risposta ai loro problemi prima ancora che dalla pubblica amministrazione dal Padre eterno, che li porta via con sé: tanto è vero che non sono poche le pratiche relative a pensioni per questo genere di invalidità che vengono definite *post mortem*. Ripeto, si tratta davvero di migliaia e migliaia di casi, di cui sono a conoscenza anche se non dispongo dei dati ufficiali. È necessario individuare un meccanismo che non soltanto assicuri l'accertamento dell'esistenza di un effettivo del diritto (anche per fugare tutte le illazioni sui falsi invalidi, che talvolta non sono semplici illazioni ma fatti gravemente consumati), ma dia anche la certezza di tempi

ragionevolmente brevi, affinché il diritto venga riconosciuto e pienamente rispettato.

Per quanto riguarda il nomenclatore per la fornitura degli ausili volti al recupero dell'autonomia del portatore di handicap, è necessaria in primo luogo una sua riconsiderazione di carattere generale che poggi sul principio di assicurare tutto quanto la tecnologia offre per facilitare l'autonomia del disabile rispetto allo studio, al lavoro ed alla vita di relazione.

Questa è la filosofia che presiede la concezione del nomenclatore, il quale è redatto in termini terribilmente burocratici. Troppi sono i cittadini che, avendo diritto ad ausili sanitari che offrirebbero loro un valido aiuto sono costretti a rinunciare già in partenza per le difficoltà di ordine burocratico di tutta l'organizzazione che si occupa del nomenclatore.

Su tali questioni specifiche e particolari sarebbe opportuno che si prestasse rapidamente la dovuta attenzione, adottando i necessari ed adeguati provvedimenti di ordine amministrativo, in alcuni casi anche legislativo, soprattutto per quanto attiene l'organizzazione delle commissioni mediche preposte all'accertamento della condizione di minorato civile, cieco civile, sordomuto ed invalido civile. Tali provvedimenti dovrebbero tendere al sicuro riconoscimento della invalidità di chi realmente si trovi in tale condizione. Posso affermare con estrema certezza che l'offesa più grande che si reca ai veri invalidi è data dai « falsi » invalidi, non solo perché si determina la lesione di un effettivo diritto, ma soprattutto perché si rende più difficile ottenere miglioramenti in loro favore, considerato l'elevato numero dei « falsi » invalidi.

L'intervento più importante riguarda il riconoscimento ed il soddisfacimento, in tempi rapidi, di questo diritto, che in termini legislativi viene salutato come un atto di alta civiltà, una sorta di diritto di avanguardia, che nei fatti è negato a migliaia di persone o viene loro riconosciuto dopo la morte per cui sono gli eredi a goderne i benefici.

GIUSEPPE BICOCCHI. Credo che dovremmo evitare la tentazione di parlare di tutto e limitarci a porre all'attenzione del ministro ed al presidente della Commissione il punto politico e procedurale del lavoro che la Commissione deve svolgere, come abbiamo convenuto in seno all'ufficio di presidenza, la scorsa settimana.

Signor ministro, lei sa che abbiamo vissuto un momento difficile, superato con le dimissioni del ministro De Lorenzo. Dopo l'emanazione del decreto delegato il gruppo della DC, ma essenzialmente la maggioranza della Commissione, ebbe infatti a dichiarare che si era interrotto il rapporto di fiducia tra la Commissione stessa ed il ministro della sanità a seguito della mancata accoglienza delle proposte che avevamo avanzato in ordine al decreto in questione. Si trattò di una dichiarazione dura, delicata ed impegnativa, che non voleva puntare alla crisi, ma che certamente poneva un tema politico di grande rilievo.

Con riferimento ad alcuni interventi della scorsa settimana, voglio precisare che non si trattava di una questione di natura personale, o lo era solo marginalmente, visto che esistevano anche difficoltà di dialogo. Il problema era rappresentato da un atto politico e non da incomprensioni personali. In questo senso, signor ministro, dobbiamo capire se il dissidio politico-legislativo tra la maggioranza della Commissione ed il ministro si sia sanato, indipendentemente dalla persona che ricopre tale incarico.

Abbiamo dichiarato — ed oggi la nostra opinione non è cambiata affatto — che il decreto delegato, così com'è stato emanato, non ci convinceva; per altro la dichiarazione del ministro sulla percentuale dei suggerimenti accolti ci ha offeso, perché molti di essi erano aggiustamenti tecnici. Dal momento che alcuni nodi politici non sono stati sciolti abbiamo sentito la necessità di fare quella dichiarazione di grande delicatezza e responsabilità politica. Ciò nonostante il problema non è stato risolto e le Commissioni affari sociali della Camera e sanità del Senato hanno iniziato una serie di audizioni in ordine alle mo-

difiche da apportare al decreto delegato, sulle quali abbiamo avanzato talune obiezioni.

In questi giorni la Commissione deve decidere la procedura con cui intende affrontare la questione, ed a mio avviso due sono le soluzioni possibili. Quella che preferiamo consiste nel chiedere al Governo di rivedere, in base ai poteri conferitigli dalla delega, il decreto delegato, apportandovi le necessarie integrazioni. L'altra soluzione può essere quella di una iniziativa legislativa che spetta a ciascun membro della Commissione.

Poniamo quindi formalmente il problema all'attenzione del Governo e del ministro della sanità che qui lo rappresenta. Vorrei ricordare che l'ex ministro De Lorenzo aveva già dichiarato genericamente che il Governo intendeva utilizzare tale potere entro l'anno. Ora vogliamo sapere da lei se quella generica disponibilità sia diventata oggi specifica e concreta rispetto al lavoro compiuto dalle Commissioni parlamentari. Non è peraltro accettabile dichiarare che tra i tanti pareri espressi si è voluto anche acquisire quello della Commissione affari sociali perché, pur trovandosi dinanzi ad un decreto delegato, essa è un organo con funzioni legislative e non solo consultive. Vorrei fosse chiaro in altre parole che non siamo interessati a svolgere soltanto questa funzione.

Il Governo da lei rappresentato è disponibile a ridiscutere e a modificare il decreto delegato? Diverse sono infatti le interpretazioni da apportarvi. Mi riferisco, per esempio, a quella riguardante il rioridino dei ticket, e sulla quale lei si è dichiarato d'accordo.

Ovviamente non pensiamo di porle un *diktat* ed anche se sono passati diversi mesi il testo del decreto può essere modificato e tutte le sue parti possono essere riesaminate al fine di meglio comprendere le diverse problematiche. Comunque, il riesame del provvedimento non può prescindere dal nostro parere purché vi sia una piena disponibilità a discutere in

modo impegnativo con le Commissioni parlamentari le procedure ed i tempi di attuazione.

Se sarà così possiamo riservare, nell'ambito della programmazione dei lavori della Commissione, una corsia preferenziale per l'esame del decreto delegato, trattandosi di un tema di grande rilievo politico per il paese che ha registrato una seria cesura tra Governo e Commissioni. Normalmente non accade che la maggioranza interrompa il suo rapporto di fiducia con il ministro, ci auguriamo quindi che venga superata tale situazione abnorme.

Mi infastidisce il fatto che il Governo, l'ex ministro De Lorenzo ed il presidente Amato, abbiano presentato più volte il Parlamento come l'organo delle corporazioni e l'esecutivo come l'organo della liberazione dalle corporazioni. Crediamo che le corporazioni operino a tutti i livelli talvolta legittimamente, tal'altra in maniera erronea; tuttavia non ci sottraiamo affatto alla riforma, non vogliamo essere deresponsabilizzati anche se ciò potrebbe essere comodo. Se volessimo essere l'organo delle corporazioni sarebbe meglio lasciare al Governo il compito di redigere il decreto e divertirci poi a criticarlo. Ritengo tuttavia che non vi sia da parte di nessuno, tanto meno della maggioranza ed in particolare della democrazia cristiana, la volontà di fare « a scaricabarili », a condizione che si abbia l'intenzione di lavorare insieme, di ascoltarci, di valorizzare il ruolo del Parlamento e quindi della nostra Commissione.

In questo senso — credo di poter esprimere la volontà del mio gruppo avendone parlato al suo interno — dichiaro la nostra disponibilità a farci carico della riforma, della difficoltà di far accettare alla gente alcune decisioni qualora venga recuperato un rapporto che non sia meramente occasionale. Al di là delle questioni di stile e dei rapporti personali — già apprezziamo un atteggiamento diverso — rimane un tema politico: è intervenuta la rottura di un rapporto che va recuperato con un nuovo decreto delegato da parte del Governo, ridiscutendo assieme a noi le mo-

difiche da introdurre con procedure e tempi da determinare rapidamente.

ALESSANDRA MUSSOLINI. Condivido le ragioni dell'onorevole Bicocchi, dal momento che vi è stata effettivamente una rottura. Devo dire con estrema franchezza che come componenti della Commissione siamo stati scioccati da quello che è successo con l'ex ministro De Lorenzo, il quale ha inviato alla federazione dell'ordine dei medici una lettera su un argomento di estrema delicatezza, che noi abbiamo ricevuto solo più tardi. Sono rimasta pertanto molto ben impressionata quando ho sentito il ministro parlare di rapporto costante con il Parlamento; questa è la cosa a cui teniamo di più, anche perché la nostra Commissione, a volte, non ha svolto neppure quel ruolo consultivo di cui parlava l'onorevole Bicocchi. Di fatto le nostre si sono dimostrate riunioni veramente inutili.

Nel nostro precedente incontro sono state trattate questioni abbastanza particolari come quelle riguardanti la situazione sanitaria del Lazio e in particolare dell'ospedale San Giovanni. Non possiamo non esprimerci in termini negativi sui ticket e sull'autocertificazione; addirittura non si riesce a capire bene che cosa si richieda, poiché non è scritto in modo semplice. Ci vorrebbe una laurea! Le autocertificazioni vengono fatte da tutti, non solo dai laureati ma anche dal « popolino ».

Ho apprezzato quanto il ministro ha fatto recandosi nelle USL. Questa mattina sono andata in quella di Caserta perché era in corso una vertenza sindacale e, prescindendo dalla situazione riguardante i paramedici e gli infermieri, ho verificato la mancanza di ogni collegamento tra il direttore sanitario e quello amministrativo.

Occorre inoltre rivedere la questione dell'edilizia ospedaliera. Esistono soprattutto al sud, ma penso anche al nord, situazioni scandalose: sono stati spesi 27 miliardi, con una media di 1 miliardo all'anno e forse anche più, per costruire un ospedale vicino a Gragnano, che è chiuso da anni (il direttore sanitario pensa ancora

di poterlo aprire) sebbene sia dotato di tutte le necessarie strutture. Accanto a questo nuovo ospedale ve ne è uno fatiscente, i cui pazienti sono ammassati in un unico stanzone — il ministro sa bene che le stanze degli ospedali devono essere attrezzate al massimo con sei letti e dotate di un bagno — senza neppure disporre di un campanellino per chiamare, in una situazione veramente allarmante. Credo dunque che l'intera situazione ospedaliera vada rivista su tutto il territorio nazionale (abbiamo, per esempio, una specifica normativa che affronta la questione dei posti letto). Sono stati spesi miliardi per costruire ospedali funzionanti che però sono chiusi, magari perché manca l'allacciamento alla rete telefonica o non è stato risolto il problema delle pulizie. Abbiamo strutture validissime ma gente che muore nelle corsie di ospedali fatiscenti che sorgono accanto a quelli di recente costruzione.

Si parla tanto di accorpamento delle USL, di diminuzione dei posti letto, ma credo che la vicenda di ospedali che sarebbero in grado di funzionare ma che non vengono utilizzati sia la più scandalosa.

SERGIO CASTELLANETA. L'onorevole Mussolini si lamentava del fatto che la Commissione ha lavorato male con il precedente ministro, ma ciò dipende in parte da noi perché se ognuno svolge interventi di mezz'ora le conclusioni tardano a venire. Le riunioni non possono protrarsi per ore ed ore ed una maggiore stringatezza da parte di tutti porterebbe forse a qualche risultato.

Concordo con quanto sosteneva l'onorevole Farigu: abbiamo un ministro che si dà da fare, ma la sanità va male, per cui bisogna cercare di adottare scelte operative che vincolino gli amministratori. Non si può andare avanti con atti dimostrativi che pure sono importanti. Ritengo che i suoi predecessori, signor ministro, non abbiano mai visitato un ospedale, se non per tagliare i nastri. In realtà di nastri non abbiamo bisogno; nella mentalità italiana c'è la cultura del cerotto, cui si ricorre per riparare tutto quello che si rompe.

Ho presentato al ministro un'interrogazione, che mi dicono giace presso gli uffici della Presidenza (non sapevo che dovesse essere sollecitata, provvederemo in questo senso). Essa riguarda un problema grave relativo a quello che viene definito il più grande ospedale d'Europa, il quale, in quanto tale, è il più caotico e il meno funzionale. In tale struttura è in atto un conflitto tra l'amministratore unico straordinario e i medici; quando l'argomento verrà discusso in questa Commissione porterò l'intera documentazione. Tutti i giorni vengono riportate sui giornali le accuse indiscriminate di questo amministratore contro i primari, accusati di ladrocinio nella scelta del materiale e via dicendo. Certamente non si può escludere che qualche primario sia disonesto, ma il discorso non può investire l'intera categoria. Con la scusa di ridurre il bilancio, che pare abbia portato in pareggio, la persona in questione non dà ai primari il materiale necessario, con conseguente presentazione di denunce (si è arrivati al punto per esempio di non poter operare i cardiopatici per mancanza di valvole). Se il ministero della sanità intervenisse con un'ispezione potrebbe verificare fatti precisi. Se il ministro volesse venire di persona, le cose che diciamo giule potremmo testimoniare *de visu* in modo che non abbia dubbi, visto che quando in questa sede si citano argomenti come questi vi è sempre il sospetto che chi lo fa abbia « la volpe sotto l'ascella ».

Per quanto riguarda le commissioni mediche, concordo con quanto detto dal collega Farigu. Bisogna però vedere in che modo esse funzionino, perché sembra quasi che il Governo attenda l'intervento della natura per cercare di sanare una situazione difficile. Questa è l'impressione che ha la gente! Se vi sta bene ciò andate avanti così — naturalmente noi sfrutteremo questo stato di cose, nel senso che lo strumentalizzeremo a fini politici —, altrimenti fate in modo di non mantenere in vita commissioni composte da persone che svolgono un altro lavoro; istituite commissioni formate da persone che svolgano i loro compiti e che lavorino realmente.

Oltre tutto, dobbiamo ricordare che le commissioni militari, delegate a compiere questi tipi di accertamento, sono miseramente fallite e vi è il sospetto del dolo da parte dello Stato: mentre prima in tutte le USL vi era una commissione, le funzioni assegnate alle medesime sono state tutte assegnate all'unica commissione militare presente in ogni provincia, con tutti i ritardi possibili ed immaginabili che ne sono seguiti. Quando dopo due anni ci si è accorti che questo stato di cose non poteva continuare, si è ritornati alle USL, le quali possono fare quello che vogliono perché si trovano di fronte un arretrato di anni.

Ritengo quindi che la questione legata alle commissioni mediche sia importante e concreta e come tale meriti un intervento del ministro tramite una semplice circolare perché non vi è bisogno di una legge per spronare gli amministratori o gli altri soggetti preposti al loro funzionamento.

Un'altra situazione che merita di essere valutata è quella relativa agli ambulatori. Si dice — ed è vero — che gli ospedali sono intasati perché devono occuparsi di tutto ma si smantellano gli ambulatori anziché realizzare al loro interno strutture che consentano agli stessi di svolgere gran parte delle attività espletate negli ospedali. Come medico ambulatoriale se avessi vissuto la mia vita professionale solo all'interno della USL non saprei, per esempio, che cosa sia il *doppler*. Per fortuna, ho svolto la mia professione anche al di fuori delle USL ed ho potuto « acculturarmi » un po' di più. Negli ambulatori nessuno sa cosa sia un'ecocardiogramma, per non parlare della TAC o della risonanza magnetica, per cui all'interno di queste strutture è possibile soltanto la visita nuda e cruda con gli strumenti che la natura ci ha dato, cioè la vista, l'udito, il tatto, eccetera. Se vi è bisogno di un esame si deve ricorrere all'ospedale. E poi ci lamentiamo che gli ospedali non funzionano!

Dunque, anche in merito a tale situazione, credo che da parte del ministro potrebbe esservi un intervento, ovviamente non asettico, quale quello che hanno portato avanti i suoi predecessori trincerandosi dietro la scusa che si trattava di

questioni di pertinenza delle regioni: in Liguria, l'assessore regionale alla sanità, un emerito professore di filosofia, che nella sua vita di sanità ne deve avere « masticata » tanta, non interviene richiamandosi all'autonomia delle USL.

GIULIO CONTI. Purtroppo non potrò essere conciso come il collega che mi ha preceduto perché intendo approfittare della presenza del nuovo ministro della sanità per esporgli quanto già detto al suo predecessore, il quale, ovviamente, non ne ha affatto tenuto conto.

Parto dalla premessa che la legge n. 421 del 1992, rifacendosi essenzialmente al piano sanitario nazionale e rivolgendosi poi alla periferia attraverso i piani sanitari regionali, impone e codifica, anche dal punto di vista finanziario, l'autonomia delle regioni. Ebbene, constato che questa disposizione di legge viene applicata in maniera profondamente diversa da regione a regione, da USL a USL. In ambito regionale si applicano, più o meno, le disposizioni previste in tale normativa a seconda dei centri di potere che risiedono nelle USL, a seconda del patrocinatore di partito che in esse domina o dovrebbe dominare. Siamo quindi di fronte ad un grosso handicap di cui credo che lei, signor ministro, abbia già sentito gli echi anche a livello centrale.

Vi sono ospedali che vengono chiusi, come sottolineava poc'anzi l'onorevole Mussolini, dilatando o restringendo i criteri base della legge n. 412. Vengono chiusi ospedali che hanno oltre 120 posti letto ed un indice di saturazione non superiore al 75 per cento, mentre ne restano aperti altri in cui non vengono affatto rispettate le quote limite. Tutto è a discrezione dell'ente regione e delle varie maggioranze che si alternano alla guida delle regioni.

Le regioni dispongono anche la riduzione dei servizi ed annullano convenzioni con criteri del tutto non omogenei tra regione e regione. Credo che lei sappia, signor ministro, che nella regione Marche entro il 30 marzo saranno annullate tutte le convenzioni esistenti e poiché essa ha

avuto la preveggenza di stabilire il rinnovo del 50 per cento delle medesime, si è scatenata una corsa clientelare alla raccomandazione e all'appoggio da parte delle cliniche private, degli ambulatori, dei convenzionati e dei laboratori per rientrare nella quota suddetta. Ciò si è verificato senza alcun criterio fisso o di base che fosse valido per tutti proprio partendo dalla necessità di effettuare un risparmio sulle convenzioni. Nulla di tutto questo è citato nelle delibere di annullamento di determinate convenzioni, delibere che, presumibilmente, verranno attuate in tutte le regioni d'Italia determinando fatti gravissimi, anche di corruzione politica e clientelare. È facilmente intuibile, infatti, che questi fenomeni possano verificarsi, tanto che la gente già si chiede in base a quali criteri verrà rinnovata una convenzione anziché un'altra.

Si tratta quindi di un'autonomia regionale a mio avviso rigorosa se vogliamo veramente garantire livelli uniformi di assistenza uguali per tutti. In certe regioni, il piano sanitario regionale è demandato ad una società di statistica dell'ENI, con criteri di fondo che tutto sono fuorché sanitari o medici. Attualmente, vengono considerati soltanto i criteri epidemiologici e clinici per l'impostazione e la formulazione del piano sanitario regionale. Ciò significa che ci si basa solo sulla cura e sull'incidenza della malattia. È troppo poco e cercherò di spiegare perché.

Dovrebbero essere aggiunti altri criteri, primo fra tutti quello territoriale. Gli abitanti della costa, infatti, godono di servizi e di facilitazioni nettamente superiori rispetto a chi abita nell'interno, soprattutto nelle zone montane.

Un altro criterio da considerare è quello sociale, nel senso che in un quartiere centrale non può esservi la stessa incidenza di malattia che si riscontra in un quartiere di estrema periferia. Accade invece che vi sia maggiore assistenza dove più alto è il benessere economico e che ciò vada a discapito del territorio dove maggiore è l'incidenza delle malattie proprio per motivi di natura sociale.

Infine, dovrebbe essere valutato anche il criterio economico.

Dunque, è su questi criteri di fondo che il ministero, che per legge riconosce autonomia alle regioni, dovrebbe esercitare un controllo profondo, altrimenti la sanità non potrà garantire livelli uniformi di assistenza. Credo quindi che questo sia un discorso importante e che nel decreto di cui discutiamo debba essere assunto come criterio base. Non so se lei intenda rivedere o aggiustare tale decreto, signor ministro, però credo che nel dispositivo di legge debba essere introdotto un nuovo criterio proprio per ciò che attiene ai piani sanitari, di modo che siano uniformati ad un criterio generale che garantisca la stessa assistenza a tutti i cittadini, indipendentemente dalle zone in cui vivono.

Un'altra questione, affrontata in maniera a mio avviso positiva dal decreto n. 502 del 1992, è quella relativa alla riduzione del numero delle USL. Il movimento sociale italiano-destra nazionale concorda sulla necessità di tale riduzione e sui criteri cardine contenuti, a tale riguardo, nella normativa. Secondo tali criteri si dovrebbe avere una USL ogni 500 mila abitanti; se essa viene a coincidere con l'ambito provinciale, allora dovrà essere unica. Ma il clientelismo e il favoritismo politico fanno sì che tale norma non venga rispettata. Ritengo che con la strumentazione e con l'alta capacità tecnologica di cui oggi si è in possesso, prevedere una USL ogni 500 mila abitanti sia più che sufficiente per far funzionare tutto e bene, assicurando i controlli necessari. Ho dovuto purtroppo registrare un fatto scandaloso nelle Marche. In tale regione a fronte di un milione e 380 mila abitanti vi sono 24 USL. Figuriamoci quale vergogna amministrativa può comportare un'attività sanitaria « immagazzinata » in 24 « contenitori », distribuiti sulla base di criteri politici e clientelari !

Il piano sanitario (in ebollizione, visto le proteste che ha suscitato) prevede per le Marche 13 USL (3 per ogni provincia, fatta eccezione per la città di Ancona che ne ha una in più). È evidente però che se una regione inizia a fare autonomamente una

revisione del numero delle USL, eludendo le disposizioni di legge – in sé per sé giuste o per lo meno tali da lasciare presumere una certa loro funzionalità – tutte le altre regioni si sentiranno autorizzate a fare altrettanto. In questo modo non si avrebbe altro che un *revival* delle disfunzioni registrate finora.

Siamo invece nettamente contrari a quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 3 (la norma che disciplina la nomina del direttore unico). Di questo argomento ripareremo presto anche in aula, in occasione dell'esame del relativo provvedimento, che mi auguro venga calendarizzato quanto prima, anche se ritengo fin da ora che la proposta avanzata del nostro gruppo non verrà accolta.

Ricordo che l'ex ministro De Lorenzo affermò che la politica sarebbe stata tolta dalle USL. Ma la nomina del direttore unico viene ora lasciata al presidente della giunta regionale, il quale, eletto sulla base di criteri partitici, spesso di corrente, viene dunque ad avere il potere di scegliere il direttore unico non sulla base dei suoi meriti e delle sue qualità ma di due criteri specifici: quello dell'elenco nazionale esistente presso il Ministero della sanità e quello relativo all'età. Mi pare quindi che i presupposti inerenti alla nomina del direttore unico lasciano presagire una ripetizione di quanto è accaduto finora. Da qui la mia proposta che in questo elenco nazionale, tenuto presso il Ministero della sanità, siano quanto meno previsti criteri di meritocrazia e di capacità presunta del soggetto, da valutare con un concorso nazionale non dirò per esami ma almeno per titoli, ciò al fine di individuare la qualifica e le qualità necessarie per amministrare una unità sanitaria, il cui bilancio molto spesso è superiore a quello del comune in cui opera la stessa unità sanitaria.

Al direttore unico viene attribuito, in sostanza, un potere maggiore di quello precedente; il che comporta dei riflessi di natura politica visto che la sua nomina o la sua conferma è nelle mani del presidente della regione.

Un altro punto che merita particolare attenzione è quello relativo alla situazione degli ospedali, più volte affrontato dalla nostra Commissione. Sono d'accordo sulla necessità di trasformare l'ente ospedale in un organismo con personalità giuridica, con un bilancio annuale che debba concludersi in pareggio. Tale trasformazione però non può prescindere da due elementi: la funzionalità e il risparmio. Diversamente, i bilanci annuali degli ospedali non potranno chiudersi in pareggio e, conseguentemente, dovranno essere comminate le sanzioni previste dalla legge. Ma come si fa a chiudere in pareggio il bilancio di un ospedale se al suo interno permane l'attuale situazione organizzativa e strutturale? Francamente ritengo che ciò sia impossibile. In proposito, debbo stigmatizzare alcuni episodi veramente scandalosi. Mi riferisco anzitutto ai costi praticati dalle aziende fornitrici degli ospedali e da questi ultimi accettati attraverso le USL e i vari amministratori. Mi riferisco poi ai costi dei reattivi, degli strumenti sanitari, delle sostanze necessarie alle analisi di laboratorio e di medicina nucleare, ai costi delle lastre nonché a quelli dell'intera strumentazione accessoria fornita agli ospedali.

Un altro scandalo che colpirà il nostro paese è quello relativo allo smaltimento dei rifiuti ospedalieri, considerati rifiuti speciali (fasce, garze, cerotti e via dicendo), per il quale si spendono 6-8 e in tali casi anche 10 mila lire al chilogrammo. Senza poi parlare del giro di affari immondi che sta dietro a tale problematica!

Non sono certo questi i presupposti per arrivare ad ottenere dei risparmi all'interno del comparto sanitario o per far funzionare l'ente ospedaliero come azienda autonoma, con un bilancio che si chiuda in pareggio, con una funzionalità atta a garantire quella maggiore assistenza che un ospedale dovrebbe offrire rispetto a qualsiasi altra struttura sanitaria.

Altro problema su cui intendo richiamare l'attenzione del ministro della sanità è quello della compartecipazione. Lei, signor ministro, sa bene cosa significhi compartecipazione; mi auguro che lo sappiano

tutti i colleghi della nostra Commissione, anche se ne dubito. In taluni reparti (quello di radiologia, per esempio, o quello di analisi, dove la situazione è ancora più scandalosa) il personale ospedaliero, dal primario all'ultimo operatore, acquisisce una quota pari al 38 per cento della spesa complessiva delle prestazioni, ripartendola al proprio interno. Ma a tale quota se ne deve aggiungere un'altra del 5 per cento che viene suddivisa fra tutto il personale della struttura ospedaliera. Ne consegue che all'interno degli ospedali i costi sono in partenza del 43 per cento superiore a quelli che dovrebbero in effetti essere. Mi chiedo quindi se per ottenere un risparmio si debba incidere più su quest'aspetto anziché sui ticket, sull'assistenza agli invalidi o ai disoccupati. Avremo comunque modo di discutere di questo tema in aula!

Con ciò non dico che si debba abolire completamente ogni forma di incentivo, anche perché in alcuni casi — come è emerso nel corso dell'audizione dei rappresentanti sindacali della categoria dei medici — essi sono necessari. Lo sono soprattutto per i servizi di urgenza, le analisi a domicilio o determinati servizi sanitari che vengono assicurati in piccoli paesi, in cui spesso il medico può contare soltanto su 400 pazienti potenziali. Il punto centrale è che la compartecipazione, l'incentivo, a questi livelli, onorevole Alterio, non può continuare ad essere elastica e di natura meramente e scandalosamente clientelare. Di fatto si arriva ad un raddoppio dello stipendio degli operatori; il che non è giusto anche perché ciò non si verifica per tutti gli operatori sanitari.

In conclusione, ritengo che il provvedimento di cui stiamo discutendo sia di natura demagogica oltre che profondamente ingiusto e foriera di una elevatissima spesa. Se si colpisse l'aspetto della compartecipazione il risparmio, in alcune regioni, sarebbe già una realtà, e non ci sarebbe stato bisogno del decreto emanato dall'ex ministro De Lorenzo. Si sarebbe cioè ottenuto un grosso vantaggio senza dover ricorrere a quelle odiose restrizioni di cui si è parlato.

Quanto al rapporto intercorrente tra ospedali e università voi avete voluto privilegiare ancora una volta queste ultime. Certo, la questione è stata affrontata in maniera piuttosto ampia ma non è stato approfondito l'aspetto delle scuole di specializzazione. Signor ministro, lei sa bene cosa sono diventate le scuole di specializzazione! Un centro di commercio clientelare, favorito, per altro, dal numero chiuso. Oggi, il solo accesso ad una scuola di specializzazione in oculistica, in odontoiatria o in dermatologia ha un certo costo!

Vi è la volontà dei primari di certi reparti di ricevere assistenza e servizi da parte di alcuni medici con la promessa, addirittura, di farli accedere alla specializzazione due o tre anni dopo. Sono questi i fenomeni di immoralità e di corruzione che dobbiamo assolutamente correggere, in primo luogo perché danno vita ad una realtà scandalosa che deve essere eliminata ed inoltre, fatto non meno importante, perché non vanno d'accordo con la volontà e la capacità del medico di specializzarsi, perché in questa situazione possono farlo soltanto alcuni. È quindi necessario rivedere il concetto, che a mio avviso è anche anacronistico, ma che comunque si è senz'altro dimostrato non funzionale, del numero chiuso *post lauream*: questo avrebbe un senso, infatti, se fosse stabilito prima della laurea — secondo me, per la verità, non avrebbe significato neanche in questo caso —, ma parlo dopo la laurea, così che soltanto alcuni medici possono specializzarsi, dà luogo a notevoli discrasie, disfunzioni ed ingiustizie. È assolutamente necessaria, quindi, una riforma delle scuole di specializzazione.

Sempre a proposito degli ospedali e delle possibilità di risparmio, lei sa benissimo, signor ministro, che oggi negli ospedali — si è parlato un po' della questione, ma non in modo preciso, e non riesco a capire perché — ci sono reparti in cui le piante organiche sono in eccesso rispetto alle necessità e reparti in cui, invece, vi è un grave deficit di personale sanitario, soprattutto medico. Posso citare alcuni esempi: i reparti di pediatria hanno tutti piante organiche in esubero, perché na-

scono meno bambini, quindi è ovvio che i piani disegnati per le necessità di venti o trent'anni fa non possono essere adeguati alle esigenze odierne. Con l'esplosione dell'epatite virale e dell'AIDS mi sembra che, invece, i reparti dedicati alle malattie infettive siano tutti insufficienti. Oggi il malato di AIDS viene spesso assistito all'interno degli istituti geriatrici, in molti casi in case di riposo — potrei citare numerosi esempi di questa vergogna —, mentre non esistono posti letto sufficienti per ricoverare un malato di AIDS, anche in fase terminale. Ciò a mio avviso è dovuto anche alla mancata ristrutturazione dei reparti ospedalieri e delle relative piante organiche. Voglio ricordare a questo proposito anche il caso della tubercolosi, malattia che sta tornando, per cui è necessario rivedere alcune strutture interne agli ospedali.

VASCO GIANNOTTI. Onorevole Conti, ma vuole chiedere tutto oggi al ministro?

GIULIO CONTI. Onorevole Giannotti, il suo gruppo è rappresentato da numerosi colleghi, mentre il nostro soltanto da due, per cui siamo obbligati a svolgere interventi che contengono molti quesiti.

GIOVANNI ALTERIO. Ma questa è addirittura una *Summa*, onorevole Conti! Forse potrebbe consegnare al ministro una memoria scritta.

GIULIO CONTI. So che è abitudine dell'onorevole Alterio svolgere il suo intervento e lasciare la seduta, ma in questo caso dovrà pazientare ed attendere il suo turno.

Desidero inoltre sollevare la questione relativa ai lettori ottici: le raccomando, signor ministro, la massima attenzione nel controllare ciò che accade a livello regionale, perché la situazione è già oggetto di numerose chiacchiere.

La politica della sanità ed in particolare il decreto legislativo di cui stiamo discutendo si basano sui cardini del risparmio e della funzionalità. Perché il mio sia un intervento costruttivo e non soltanto cri-

tico, voglio richiamare l'attenzione del ministro (riferendomi ad una proposta di legge che, se non sbaglio, è stata presentata dal gruppo del PDS) sui provvedimenti relativi al prontuario farmaceutico, che possono rappresentare un toccasana oppure possono non servire a nulla, mentre ciò che senz'altro sarebbe risolutivo è il brevetto sul farmaco. Finché, infatti, in Italia non esisterà il brevetto sulla sperimentazione e poi sull'introduzione al consumo dei farmaci, certamente non potremo ottenere alcun risparmio sui medicinali, anzi l'industria farmaceutica italiana diventerà — e in parte già lo è — una colonia dell'industria farmaceutica.

Un'altra possibilità di ottenere risparmi sui farmaci è rappresentata dall'imposizione del prezzo da parte del CIP: è inutile, infatti, ridurre da cinque a quattro le preparazioni indicate nel prontuario, perché poi i costi rimangono uguali, i consumi gli stessi e non si risparmia una lira. Il risparmio si può effettuare, ripeto, sul costo del farmaco e sulla riduzione numerica delle confezioni, verso la quale sempre di più ci si dirige.

Un controllo è poi necessario sui prezzi di acquisto da parte degli ospedali — ciò sarà oggetto di una mia specifica proposta — dei reattivi e delle strumentazioni ad alta tecnologia. In tutta l'Italia, signor ministro, è uno scandalo il modo in cui vengono acquistati ed i prezzi che vengono praticati, se si considera la differenza tra le somme pagate dalle strutture private e da quelle pubbliche. Tale realtà esiste, ripeto, in tutto il paese, dalla Lombardia, alla Toscana, all'Emilia, alla Campania, alla Calabria e così via. Questo settore potrebbe rappresentare una fonte enorme di risparmio. Alcuni strumenti vengono dati in comodato dalle aziende purché vi sia un certo numero di prestazioni o di analisi effettuate in un anno: se non si raggiunge quel numero, lo sappiamo tutti, vi sono reazioni e provvedimenti da parte delle imprese nei confronti delle strutture pubbliche. È questo, insomma, un campo di un possibile e vasto intervento.

Infine, desidero raccomandarle, signor ministro, di rivedere la questione delle

incentivazioni e delle suddivisioni degli utili negli ospedali, oltre a tutti gli altri aspetti della problematica di cui ho parlato. Sarà mia cura, comunque, farle avere una documentazione in proposito, dal momento che è stata sollevata la questione della durata degli interventi.

GIOVANNI ALTERIO. Il mio sarà un intervento breve, perché non è vero che sia mia abitudine lasciare la seduta dopo aver parlato, ma è mio interesse soprattutto ascoltare le risposte del ministro.

Credo che le nostre audizioni, signor presidente, diano ragione ad un aforisma di Krause, il quale diceva, più o meno, che la diagnosi era più diffusa delle malattie. Noi, cioè, anziché centrare il nodo politico — come con grande acutezza è stato descritto dall'onorevole Bicocchi — del rapporto sullo strumento di programmazione rappresentato dal decreto legislativo, con calore, foga e convinzione, cerchiamo di portare un contributo di stimolo e di sollecitazione ad un ministro al quale siamo tutti legati, perché lo conosciamo come persona di grande dignità istituzionale, come ha già dimostrato nei suoi precedenti impegni di Governo. Denunciando una serie di problemi oggettivi, che derivano dalle difficoltà intrinseche alla stessa gestione di una sanità moderna nel nostro paese, rischiamo però di cogliere aspetti marginali della questione, lasciandoci sfuggire il momento centrale di tutta la problematica. Riusciamo, cioè, a descrivere efficacemente l'albero, ma non a guardare la foresta. Credo, invece, che vi siano fatti oggettivi da analizzare: il collega Farigu ha descritto le realtà allucinanti di un certo modo sbagliato di intendere l'assistenza e la medicina sociale per quanto riguarda le persone che vivono in condizioni di handicap.

Vi sono stati altri colleghi che hanno sottolineato problemi importanti e, personalmente, condivido il punto di vista di chi sostiene la necessità di dettare a livello centrale un criterio omogeneo per la redazione dei piani di sviluppo, senza volere inficiare il sacro dogma dell'autonomia regionale sulla programmazione. Ritengo

che costringere — è un termine pesante, ma rende bene l'idea — le regioni a tenere conto della complessità dei cinque criteri illustrati dall'onorevole Conti sia una proposta positiva. In assenza di questo tipo di contesto un piano rischia comunque di aderire ad una visione parziale che non dà l'idea della complessità del diritto alla salute degli abitanti di quella regione.

Credo che una nuova attenzione la dobbiamo rivolgere anche al problema delle richieste delle associazioni mediche, che avevamo preso in considerazione, inducendoci a modificare parti qualificanti del decreto delegato, non certo per aderire ad un paleocorporativismo, che peraltro non avrebbe senso, in una realtà drammaticamente segmentata come quella che viviamo oggi.

Ho più volte ripetuto — non ho remore a ribadirlo qui — all'ex ministro De Lorenzo, approfittando anche del fatto che proveniamo dalla stessa regione, che pensare di attuare una riforma di tale complessità senza l'apporto decisivo dei medici, con i quali dobbiamo condividere un certo tipo di responsabilità, è una pia illusione; anzi, un modo come un altro per fare fallire in partenza questo tipo d'iniziativa.

Condivido altresì le questioni sollevate dall'onorevole Conti sulla iniquità di quella sorta d'imbuto che è diventata la scuola di specializzazione, secondo una concezione in parte baronale, in parte discrezionale, e sull'aggressione delle società multinazionali farmaceutiche.

Noto con piacere che il ministro sta cominciando ad intervenire anche su questa importante questione per cercare di fermare il consumismo farmaceutico dalle dubbie basi scientifiche.

Comunque, ritengo che la questione da porre con estrema chiarezza, soprattutto da parte nostra che conosciamo meglio la realtà meridionale, sia quella della destinazione del fondo residuo sull'edilizia sanitaria.

Signor ministro, mi rendo conto che in questo momento proporre di utilizzare tale fondo può destare qualche perplessità, in omaggio alla cultura del sospetto, che

ormai dilaga in maniera inverosimile. Per questo sottolineo la necessità inderogabile che la Commissione indichi con chiarezza il superamento di tutte le procedure già poste in essere per evitare rischi da inquinamento tangenziale. Possiamo ipotizzare un bando internazionale ed adottare misure rigorose e trasparenti al fine di effettuare questa spesa, ma non possiamo bloccare la possibilità, che poi è l'unica per le strutture meridionali, di superare il *gap* tecnologico e strutturale dell'apparato sanitario rispetto a quello settentrionale e centrale, poiché compiremmo un'operazione sbagliata.

Più volte ho chiesto ufficialmente al ministro di sottoporre alla nostra attenzione i dati relativi all'utilizzo, anche futuro, di detto fondo, ma la mia richiesta non è mai stata soddisfatta. Ritenendo legittimo questo interesse, ed approfittando della conclamata sensibilità del ministro Costa, chiedo che si tenga una seduta « monografica » della Commissione sia per ascoltare gli assessori regionali alla sanità sulla verifica delle richieste e del piano complessivo, sia per ascoltare una relazione politica del nuovo responsabile del Ministero sull'utilizzo del fondo e sulle sue prospettive di utilizzazione novennale; sarebbe — ripeto — veramente delittuoso interrompere, sia pure con l'introduzione di tutte le garanzie di trasparenza ed oggettività della spesa, il ricorso a tale fondo.

È senz'altro positivo il fatto che si parli di questi problemi, ma l'interrogativo lucido, posto dall'onorevole Bicocchi, ci deve guidare nel confronto con il ministro. Condivido, ripeto, questo interrogativo, poiché si è verificata una fortissima contrapposizione — lo dico senza enfasi e senza volerla definire una rottura traumatica — tra il ministro e la Commissione, che si è fatta carico di svolgere un lavoro unitario, rispetto al quale avvertiamo l'esigenza di un recupero da parte del Governo, il quale non può arroccarsi sul fatto di aver ricevuto una delega, né può pensare che quel decreto rappresenti una sorta di tavola di Mosé immodificabile.

Alcune questioni centrali sono state opportunamente sollevate con rigore schematico dalla Commissione e su di esse dobbiamo avere risposte positive, altrimenti non servirà a molto la disponibilità personale del ministro, né un certo attivismo nei confronti di una coerente visione dello Stato. In tal caso assisteremo ad una delegittimazione della Commissione ed anche ad un minore impegno da parte nostra nel suggerire e formulare proposte.

ROCCO CACCAVARI. Credo di potere affermare con tranquillità che, essendo ormai trascorsa una settimana dal nostro ultimo incontro, l'anzianità di ministro dell'onorevole Costa sia cresciuta; tra l'altro in questo periodo egli ha operato scelte ed assunto atteggiamenti che se dovessero continuare ci fanno ben sperare, non perché siano migliori di quelli del suo predecessore — ci vuole poco! — ma perché possano dimostrarsi comunque utili al nostro paese.

Poiché il ministro dovrà occuparsi di una materia che interessa tutti i cittadini, presumo che il peso di tale responsabilità sia veramente notevole; tuttavia la questione più importante riguarda il futuro rapporto tra la Commissione ed il ministro, rapporto che non dovrà essere improntato solo sulle sue future iniziative, ma dovrà essere costruito insieme, nel senso che la Commissione sarà ascoltata ed ogni qual volta il ministro lo richieda.

Perciò le chiedo, signor ministro, di condividere con noi anche le difficoltà che si incontrano nell'affrontare questi problemi, perché mi rendo conto che ciascuno di noi, a seconda della propria appartenenza politica, professionale e culturale, cerca di forzarle la mano o di proporle gli argomenti che sente più vicini, mentre sarebbe più opportuno limitarsi ad una loro *summa*. Comunque, restando nell'ambito degli argomenti che intendo trattare, ribadisco fortemente la necessità di un rapporto da costruire insieme, perché il ministro rappresenti il suo dicastero, ma anche il Governo. Proprio per questo le rivolgo la preghiera di interessarsi anche di ciò che avviene presso gli altri ministeri

in merito ai problemi riguardanti la salute. Mi riferisco a questioni molto importanti, per esempio quella della tossicodipendenza, affrontate in un modo inumanamente elastico con l'emanazione di un decreto-legge che avrebbe dovuto eliminare la misura della carcerazione per detenzione di droga; poi il provvedimento è stato ritirato ed è tornata in vigore la cosiddetta legge Vassali — Russo Jervolino. Ciò ha favorito una situazione di grande confusione e l'abbattimento di quel grado di civiltà che un provvedimento del genere avrebbe rappresentato.

Ritengo sia altrettanto improcrastinabile un rapporto strettissimo con il Ministero di grazia e giustizia per quanto riguarda i tossicodipendenti detenuti affetti da AIDS, e l'incompatibilità tra la gravità della malattia e la detenzione. In realtà il discorso non investe solo questa patologia perché ne esistono altre gravi e irreversibili che alla stessa maniera rendono incompatibile la permanenza in carcere.

Ho richiamato tale aspetto per dire come sia importante per questa Commissione, attraverso la sua qualificatissima presenza, tenersi in contatto con queste altre realtà; in tal modo vincoli o alibi che possano essere serviti a sostenere che le competenze limitano alcune possibilità di intervento verranno superati. Come Commissione che si occupa dei problemi di tutti i cittadini vogliamo partecipare almeno alla fase della discussione dei temi di ampio interesse.

Entrando nel particolare, sento il bisogno di affermare la necessità di una visione della salute integrata da valori culturali e sociali che sono ora trascurati e forse non sono stati mai attentamente osservati.

Mi riferisco a momenti interessanti, come quello della prevenzione, che potrebbero trovare spazio all'interno della nostra organizzazione sociale. Di questo non si parla assolutamente; siamo tutti affannosamente alla ricerca di soluzioni dei problemi che urgono, trascurando aspetti ed interventi che potrebbero rappresentare un'economia che non saprei quantificare sotto il profilo finanziario, ma che sarebbe

certamente rilevante sotto quello della salute complessivamente considerata.

È certamente determinante l'aspetto della riduzione degli sprechi (sono stati fatti molti esempi, in proposito). Il ministro non potrà certo andare nei mille e più ospedali esistenti in Italia, per cui credo che vada individuato un meccanismo di controllo fatto di premi e di punizioni. Si ha infatti l'impressione che chi organizza la sanità o la controlla sia impunito; tutti rimangono sempre al proprio posto, senza che nessuno possa in qualche modo intervenire per correggere le cose che non vanno.

Per quanto riguarda gli ospedali, confermo la necessità dei controlli e degli incentivi, ma credo si renda necessaria anche una ricognizione responsabile degli « imboscati », cioè di coloro che, se svolgessero i compiti previsti dalle loro qualifiche potrebbero favorire la riduzione dei bisogni di alcune categorie, ma esercitano invece una funzione diversa da quella propria. Abbiamo una cronica crisi di infermieri, ma se si vanno a vedere le diverse realtà — presenti al nord come al sud — è possibile appurare che una buona parte degli infermieri qualificati fanno i magazzinieri, gli autisti o anche gli impiegati, grazie a favoritismi di cui possiamo immaginare la natura e che operano a tutti i livelli e in ogni situazione. Se recuperassimo queste forze qualificate potremmo, almeno in parte, sopperire alle carenze di questo personale.

Ritengo meritevole d'attenzione il problema dei prodotti farmaceutici per quanto è stato già detto, ma anche perché bisogna compiere una scelta molto attenta in proposito. Credo che i farmaci, che dovranno essere esaminati con molta attenzione dagli addetti ai lavori, una volta ritenuti inutili, dovranno essere eliminati. Se infatti per il loro consumo si rinvia alla prescrizione, a carico del cittadino, non è difficile che un medico convinca il proprio paziente dell'impossibilità di sostituire un determinato farmaco e che il cittadino sia disposto a pagarlo (per la salute non si guarda a spese!) rimettendoci ancora di più. Se il farmaco viene ritenuto inutile o

dannoso deve essere cancellato, anche se ciò dovesse comportare problemi di occupazione con le case farmaceutiche, che affronteremo in un altro modo. Lasciare nel prontuario un medicinale ritenuto inutile significa autorizzare una prescrizione a totale carico del paziente.

Dovremo renderci conto del fatto che il costo della salute tenderà sempre più ad aumentare, anche contenendo gli sprechi e gli eccessi di spesa. Via via che la tecnologia e la ricerca offriranno la possibilità di utilizzare nuovi macchinari o farmaci più efficaci dovremo essere pronti ad accettare il nuovo che arriva e non fermarci di fronte alla possibilità di diagnosi più precoci o più precise solo perché i costi ce lo impedirebbero.

Richiamo l'attenzione del ministro su un aspetto molto importante riguardante i dipartimenti di emergenza, intendendo riferirmi al solo trasporto degli infermi. Le discussioni del momento non devono farci dimenticare quello che la sanità era prima; non siamo per la difesa del vecchio; vogliamo anzi correggere molti aspetti del passato. Uno dei problemi più gravi riguarda i ritardi nei soccorsi e la mancata attuazione nel territorio di una rete che consenta un rapido accesso ai mezzi di trasporto e il ricorso a personale qualificato, il quale deve essere messo nelle condizioni di arrivare in tempi rapidi. Ancora oggi, pur non venendo più considerato tale dai giornali, è questo un dramma che molto spesso costa la vita ai cittadini. Credo che l'argomento vada ripreso ed approfondito, anche per mettere ordine nella giungla delle numerose sigle. Nelle diverse realtà, molti campano su questa richiesta di intervento urgente, sfruttando lo stato di necessità, la tensione, l'emotività determinati da un carente stato di salute.

Bisogna fare in modo che i cittadini non arrivino, come credo sia prevedibile, alla rivolta; dobbiamo porre un freno all'« aggressione » sui posti di lavoro, frenare l'abbandono degli spazi sociali, interrompere la solitudine che spesso accompagna lo stato di malattia.

Siamo tra i promotori di un referendum e tra i presentatori di una proposta di legge di iniziativa popolare volta a cambiare questa logica che io considero incivile, con la quale si vuole sovvertire lo stato sociale. Credo che ciò rappresenti un'aggressione, cui nessuno può essere disponibile, uno stravolgimento di quella solidarietà di fondo che fino ad oggi ha tenuto insieme, forse più di ogni' altro motivo, i cittadini di questo paese.

**LAURA GIUNTELLA ROZZA.** Mi sembra che in questa Commissione ci siamo fatti prendere un po' la mano da una sorta di strana euforia, come se ci fossimo liberati da qualcosa, probabilmente da quell'impossibilità di parlare in cui c'eravamo trovati con il ministro De Lorenzo. Dovremmo tuttavia ritornare ad un principio di realtà; questa Commissione sta parlando con un esponente dello stesso Governo e dello stesso partito del precedente ministro.

In nome di questo principio di realtà vorrei sapere se sia stato effettivamente ristabilito il dialogo tra Commissione e il ministro. Non basta parlare per sostenere che tale comunicazione si è ristabilita; mi sembra che nella seduta odierna — la scorsa settimana non ero presente per motivi di salute — ognuno di noi si sia sentito liberato e abbia cominciato a riproporre temi, anche in maniera un po' chino disordinata, affrontati nella fase della discussione precedente l'emanazione del decreto.

Vorrei capire a che punto ci troviamo in questo momento, se di dialogo effettivamente si tratta. Vorrei così sapere se dobbiamo ripartire dal decreto o addirittura dalla delega, confrontandoci su punti precisi. Fare un dettagliato resoconto della situazione di mala sanità del nostro paese occuperebbe forse più di un anno di lavoro per ciascuno di noi! Tutti saremmo in grado di citare litigi tra primari, tra direttori di USL, eccetera o portare esempi di ospedali chiusi o malfunzionanti ma non credo che questo sia utile alla soluzione del problema che abbiamo dinnanzi, altrimenti dovremmo dire che il compito

del ministro è quello di continuare ciò che sta facendo, cioè di recarsi all'improvviso negli ospedali, verificare le situazioni di mala sanità, dare voce alle situazioni di malcontento, eccetera.

Ritengo che il compito della nostra Commissione e del ministro della sanità sia quello di riprendere in mano questo decreto, che ha lasciato tutti insoddisfatti, per vedere cosa è possibile cambiare. Ovviamente, ciò è possibile solo se vi è una disponibilità al dialogo, che in precedenza non c'è stata con il ministro De Lorenzo, tant'è che il decreto è stato emanato all'insaputa del Parlamento e delle forze sociali.

Chiedo quindi al ministro Costa quali siano i termini di riapertura di questo dialogo, di modo che sia possibile ricominciare a lavorare su tale decreto punto per punto, perché mi rifiuto di passare altri pomeriggi in Commissione per risentire tutto quello che già ci siamo detti nelle precedenti discussioni. Sappiamo tutti qual è il punto di vista dei colleghi delle varie forze politiche sui temi del decreto e credo che ne sia a conoscenza anche il ministro se ha preso visione degli atti parlamentari. Dunque, è inutile ripeterci. Se dobbiamo riaprire il dialogo, ricominciamo con ordine e vediamo quali sono gli spazi per riprendere in mano, in maniera ordinata, capillare e razionale, la riforma della sanità nel nostro paese.

**STEFANO APUZZO.** Voglio dire, anzitutto, che se ci ritroviamo a fare le stesse discussioni, ciò è dovuto al fatto che siamo di fronte ad un nuovo ministro della sanità.

Tenuto conto del fatto che i problemi sono pressoché gli stessi, credo che la Commissione possa essere utile alla « causa » e al ministro se fornirà proposte molto concise. Dunque, non pacchi di documentazione ma proposte concrete, quali, per esempio, quella del PDS per « rintracciare » quei finanziamenti che si vorrebbero invece individuare tramite la legge delega ed il riassetto finanziario del settore.

Desidero esprimere al signor ministro il mio apprezzamento e quello del gruppo

dei verdi per la nuova impronta che ha dato al dicastero della sanità, per i nuovi rapporti che ha instaurato con il cittadino e con il Parlamento...

LUCIA FRONZA CREPAZ. Siamo noi che gli abbiamo votato la fiducia, non tu !

STEFANO APUZZO. Purtroppo, anche il ministro Costa fa parte di un Governo che ha pochi aspetti positivi, uno dei quali è lui !

Rispetto a quanto detto dai colleghi Conti ed Alterio a proposito delle industrie farmaceutiche e del prontuario farmaceutico, vorrei evidenziare al ministro l'opportunità di condurre un'indagine seria, minuziosa e approfondita sull'enorme quantità di farmaci che invade il mercato farmaceutico italiano. Occorrerebbe un'indagine scientifica tesa ad appurare la reale qualità terapeutica di ogni farmaco, dal momento che spesso l'uno è il doppione dell'altro, con differenze minime le quali, però, permettono di immettere sul mercato un altro prodotto e, conseguentemente, di far introitare miliardi alle multinazionali e alle case farmaceutiche. Il più delle volte, si tratta di farmaci pagati dallo Stato e somministrati alla gente. Su questi composti farmaceutici, quindi, dovrebbe essere effettuata un'indagine non affidata ad istituti o personaggi che fin qui hanno intrattenuto rapporti a doppio filo con gli interessi dell'industria farmaceutica. Dunque, più che dell'Istituto nazionale di sanità o di istituti che comunque hanno qualche interesse con l'industria farmaceutica, perché spesso sono composti da personaggi che rappresentano le *lobbies* del settore chimico-farmaceutico, si dovrebbe tener conto dei dati emersi dagli studi e dalle indagini dell'Organizzazione mondiale della sanità, i quali evidenziano che a fronte di 300 mila prodotti farmaceutici presenti sul mercato, sono forse 200 o 300 quelli che hanno reali capacità terapeutiche. Si dovrebbe altresì tener conto di quanto detto ultimamente dal professor Silvio Garattini dell'Istituto Mario Negri di Milano, il quale ritiene che non siano più di una ventina i farmaci con qualità terapeutiche.

Credo quindi che spetti al Ministero della sanità avviare un'indagine sul settore

per non essere costretti a mettere a repentaglio la salute della gente e a continui ritiri dal mercato di prodotti farmaceutici.

VASCO GIANNOTTI. Per un doveroso atto di correttezza nei suoi confronti, signor ministro, desidero informarla di aver presentato un'interrogazione (di cui farò pervenire una copia a lei e al presidente) in merito alla situazione creatasi con l'entrata in vigore dell'autocertificazione: i cittadini che non possono usufruirne, sono costretti a pagare non solo le 85 mila lire per il medico, ma anche altre somme piuttosto consistenti. Si è dunque determinata una situazione a proposito della quale, signor ministro, le chiedo risposte precise.

Infatti, non è ancora chiaro dove e come pagare le 85 mila lire per il medico. Nonostante le varie circolari vi è ancora grave confusione su questo punto. Inoltre, i tanti cittadini che per le analisi devono pagare 100 mila lire più il 10 per cento della somma eccedente fanno un semplice ragionamento: dovendo pagare tale somma preferiscono rivolgersi non alla struttura pubblica, dove molto spesso sono costretti ad attese di mesi, ma a quella privata. In molte regioni d'Italia, quale quella da cui provengo (la Toscana), sono già migliaia i cittadini che si rivolgono direttamente alle strutture private, le quali si sono organizzate con mutue volontarie integrative pur usufruendo della rendita rappresentata dalla 100 mila lire per le analisi che il cittadino deve pagare alle strutture pubbliche. Per queste strutture tale rendita non deve quindi intendersi integrativa ma sostitutiva. Il risultato è che il servizio sanitario nazionale riscuoterà meno di ciò che era previsto con il decreto.

Ritengo che lei sia perfettamente al corrente di ciò che le sto dicendo, signor ministro, e credo anche che sia consapevole del fatto che rischiamo di incassare di meno, tant'è vero che mentre a bilancio il Governo ha previsto non 4.600 miliardi (mi riferisco al decreto n. 384 del 1992) ma 2.600 miliardi, adesso sembra che anche questa cifra sia destinata a ridursi.

Per quanto riguarda i ticket e i bollini, le chiedo, signor ministro, cosa faranno gli anziani quando avranno consumato quelli che sono stati loro assegnati. Vorremmo che lei compisse un atto molto semplice, cioè che ne consentisse il rinnovo automatico se certificato e documentato dal medico, altrimenti in materia di ticket e bollini vi sarà una confusione enorme.

Il Governo è dell'avviso che debbano essere modificate o immediatamente rese non più valide le disposizioni di cui all'articolo 6 del decreto sulle fasce dei redditi? In caso affermativo, potrebbe sollecitare un iter privilegiato per alcune proposte legislative già presentate in merito (ne presenteremo una anche noi per la revisione delle modalità in base alle quali viene concessa l'esenzione dal ticket), oppure emanare, in tempi molto brevi, il decreto sulla revisione dei ticket e sulla partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria.

Le rivolgo quindi una domanda molto precisa: il Governo ha intenzione di cambiare il sistema delle fasce dei redditi, quello dei bollini e, più in generale, il sistema dei ticket visto che essi si sono dimostrati un fallimento? Attendiamo in tal senso una risposta precisa e secca. È evidente, signor ministro, che dalla sua risposta dipenderà l'atteggiamento di alcune forze politiche, a cominciare dalla nostra.

Questa Commissione ha esaminato approfonditamente il decreto attuativo in vista di una sua modifica. Il Governo è disposto a cambiarlo, dopo essersi confrontato con la nostra Commissione, oppure no? Signor ministro, se lei ci assicura la sua disponibilità allora potremo lavorare insieme. Diversamente, ci riserviamo di predisporre e formalizzare proposte legislative precise in materia.

**PRESIDENTE.** Invito il ministro della sanità a rispondere alle diverse domande e richieste di chiarimenti che sono state formulate.

**RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità.** Desidero anzitutto ringraziare tutti i

colleghi intervenuti nel dibattito, che, iniziato nella seduta del 10 marzo e conclusosi in quella odierna, si è rivelato assai ricco e proficuo per le informazioni e gli stimoli che ne ho tratto.

Si è trattato — come ha evidenziato uno degli intervenuti nel dibattito — di una *summa* medica assai vasta e per molti versi eterogenea. Sono emersi elementi di fatto e di diritto, legati alle ipotesi di modifica di provvedimenti legislativi sia di ordine finanziario che di ordine specificamente sanitario (il riferimento è al decreto legislativo n. 502 del 1992). La materia — se mi è consentito dirlo — è abbastanza magmatica, ma da essa si dovranno comunque trarre alcune linee di tendenza e di movimento.

Per rispondere alle varie domande ho raccolto degli appunti avvalendomi anche del resoconto stenografico della precedente seduta. Comincerò con il rispondere, sia pure in termini generali, ai diversi quesiti formulati dall'onorevole Giannotti, che ha aperto e chiuso la serie di interventi, anche se non lo farò con quella puntualità meccanica che si condensa quasi sempre in un sì o in un no.

L'onorevole Giannotti, in sostanza, ha condensato il suo intervento affermando che l'indicazione forte del suo gruppo politico è volta al superamento dell'attuale regime. Credo che si debba cercare di capire cosa voglia dire « attuale regime » (in particolare mi riferisco alla contribuzione, al problema dei ticket) e che cosa voglia dire « superamento ». Se si tratta di cercare di delineare meglio il lavoro che dovremo svolgere per contenere la spesa sanitaria e soprattutto i costi che la società dovrà sopportare, allora credo che siamo senz'altro d'accordo e che per « superamento » si debba intendere una fase successiva a quella difficile in cui il Governo si è accinto a realizzare le sue proposte.

Ho voluto che si effettuasse qualche sondaggio presso i comuni, attraverso il Ministero dell'interno, in merito ad un aspetto che ritengo assolutamente fondamentale. Lo scopo è, cioè, cercare di capire che cosa si stia facendo per gli indigenti, per i disoccupati ed i neidisoccupati: vi

sono certamente migliaia di persone che hanno presentato, o che dovranno presentare, una dichiarazione dei redditi legata a determinati parametri, ma che quest'anno, a causa della crisi economica, si trovano in situazioni ben diverse, per cui è necessario offrire loro un aiuto. I primi dati del sondaggio sono sconcertanti. I comuni, infatti, collaborano ben poco: ne sono stati interpellati quasi trecento e i pochissimi che hanno risposto hanno affermato di non aver fatto quasi nulla. Non siamo sicuri, pertanto, che il regime di assistenza affidato ai comuni attraverso una serie di norme — peraltro non chiarissime — funzioni davvero. Non mi permetto di affermare in questa sede che non funziona, ma ho l'impressione che per molti versi presenti profonde lacune: su questo aspetto ritengo che tra qualche giorno saremo in grado di fornire indicazioni più precise, posto che i comuni rispondano al sondaggio. Può anche darsi che alcuni comuni, più rispettosi della normativa e magari più capaci di rispondere alle esigenze dei bisognosi, provvedano senza farcelo sapere, ma io ho l'impressione, ripeto, che vi siano alcune lacune.

È stata annunciata dall'onorevole Giannotti la presentazione di una proposta di legge del gruppo del PDS relativa a tutta la materia dei ticket: credo che certamente su tale proposta si potrà discutere, come su altre eventuali iniziative, provenienti dal Governo, da gruppi parlamentari o da singoli deputati.

Non sono d'accordo con l'affermazione secondo cui gran parte delle entrate provenienti dai ticket e dalle altre forme di pagamento effettuate dagli utenti verranno compensate dai costi derivanti dalla predisposizione dei meccanismi necessari per incassare le relative somme. Ritengo che si tratti, effettivamente, di uno sforzo burocratico rilevante, che può comportare degli oneri, ma questi sono certamente inferiori, di larga misura, al risparmio che lo Stato ha ottenuto o otterrà. Quello del ticket moderatore come risultato e come strumento unico è certamente un concetto al quale possiamo tutti guardare con interesse, ma dubito che limitando tale con-

retto e la sua esplicazione pratica ad una formula generica si possa effettivamente riuscire a risparmiare e ad ottenere un effetto di calmiera, scopo che ovviamente tutti ci proponiamo. Proprio a proposito dell'argomento dei ticket ho avuto una serie di incontri che ritengo abbiano fornito utili strumenti di lavoro per le prossime settimane. Alcuni giorni or sono vi è stato l'incontro con i sindacati, nell'ambito del quale si è delineato un programma di lavoro, sia per la revisione del sistema dell'autocertificazione sia (ma non vorrei essere frainteso, si tratta di un'ipotesi a medio termine, quindi certamente non immediata) per lo studio di possibili modifiche degli aspetti contributivi della nostra legislazione in materia sanitaria. Tale lavoro dovrà essere svolto, a partire da lunedì prossimo, da una sorta di conferenza permanente (evidentemente, a condizione che tutte le parti sociali accettino di continuare l'attività che verrà, appunto, avviata lunedì prossimo) composta dai membri del Governo che hanno competenza in materia, quindi dai ministri finanziari, dai rappresentanti delle regioni e dai rappresentanti dei sindacati dei lavoratori e dei datori di lavoro, ossia Confindustria, Confcommercio e Confartigianato. Spero che il discorso verrà affrontato in termini molto pratici ed a tale scopo ho pregato tutti coloro che parteciperanno a tali incontri di presentarsi con suggerimenti molto specifici e concreti, passando dalle proposte di modifica del regime dei ticket e dei bollini ad iniziative di natura più generale. Questo non perché le prime questioni siano più facili da risolvere, dal momento che, spesso, aspetti che ci sembrano di natura semplicemente pragmatica diventano poi, se collegati ad altri problemi, molto difficili da risolvere. È comunque mia intenzione iniziare dalla questione relativa al regime dei ticket e dei bollini, non fosse altro che per una ragione di equità. Ribadisco la mia ferma intenzione di impegnare fortemente il Governo su tale materia, perché si tratta di un tema al quale non possiamo sfuggire, indipendentemente dal partito, di Governo o di opposizione, al quale apparteniamo. È ne-

cessario trovare una soluzione, a costo di stanziare somme in capitoli particolari, eliminando qualche altra voce dal bilancio della sanità (il quale, però, non so fino a che punto potrà essere contratto) o a costo di chiedere che si incida su bilanci di altri ministeri. Si tratta di un problema fondamentale, lo dico con tutta la serenità, ma anche con tutta la fermezza del caso.

L'onorevole Battaglia ha toccato il problema dei ticket per indigenti e per invalidi totali, tema al quale ho già cercato di dare una risposta.

L'onorevole Provera ha posto il problema dei trapianti, sul quale speravo di potere dare indicazioni più precise, almeno per quanto riguarda le intese con il governo francese. Infatti, prevediamo di sottoscrivere nella giornata di domani un protocollo in base al quale il governo francese si impegna a mantenere un rapporto organico con l'Italia a condizione che venga creata una commissione mista italo-francese per coordinare l'attività dei francesi a favore dei nostri cittadini. La seconda condizione è quella di stipulare convenzioni fra ospedali italiani e francesi al fine di disciplinare tale rapporto di collaborazione, di ridurre la permanenza del malato sottoposto ad operazione di trapianto in Francia, di risanare quegli ambienti che si occupano in modo professionale di attività ma che tali non sono, essendo prevalentemente di intermediazione.

In merito alla possibilità di firmare effettivamente tale protocollo ho qualche preoccupazione, peraltro non avvertita soltanto da me, poiché mi è stata rappresentata da studiosi e operatori scientifici, specialmente di certe regioni meridionali. Un'altra preoccupazione deriva dal fatto che domenica prossima la Francia sarà protagonista di un fatto politico rilevante, che potrebbe anche determinare una nuova situazione.

Rispetto al contenuto di tale protocollo, i francesi non ci regalano nulla, nel senso che i costi, i quali fino a ieri erano di un certo livello, ora risultano improvvisamente raddoppiati e, in qualche caso, persino triplicati; tuttavia essi mantengono

una collaborazione molto forte con l'Italia, della quale non possiamo privarci, almeno finché l'opera di sensibilizzazione non verrà generalizzata da parte del Ministero della sanità. A ciò contribuirà anche l'impegno personale del ministro, dei dirigenti e dello stesso personale, ma è importante che anche il Parlamento dia una risposta concreta.

EUGENIO JANNELLI. Signor ministro, ritengo che debba essere decisa la temporaneità di questo provvedimento, perché in Italia esistono centri che non funzionano, come può essere facilmente dimostrato dai fatti; alcuni di essi non hanno ottenuto i permessi, altri che li hanno invece ricevuti non sono comunque attivi. Mi chiedo perciò se il ministero possa appurare, tramite le regioni, i motivi del loro mancato funzionamento. Vorrei rilevare che alcuni di essi sono costati miliardi e, ciò nonostante, non sono operanti, pur disponendo di personale medico e infermieristico che potrebbe prendere servizio immediatamente.

Per quanto riguarda l'intervento legislativo sui trapianti di organo, devo precisare che il provvedimento, già approvato dal Senato, non è stato ancora esaminato dalla Camera. A mio avviso, l'approvazione di una legge che disciplini i trapianti di organo richiede la sottoscrizione di una convenzione, di cui dev'essere precisato il carattere temporaneo, visti gli elevati costi.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Vorrei rassicurare l'onorevole Jannelli che il protocollo conterrà una normativa estremamente prudente e non prefigurerà termini cronologici.

Se il « mercato » — uso un'espressione infelice — dovesse esaurirsi per una nuova capacità del nostro paese ad intervenire nel settore dei trapianti, i problemi verrebbero meno. È chiaro che nei confronti di chi ha bisogno, e non trova nel nostro paese una risposta adeguata, si manterrà aperta questa porta, come valvola di sicurezza.

Ritengo che tale rapporto debba essere in qualche modo disciplinato, coordinato ed armonizzato, ed infatti prevediamo la

partecipazione del nostro paese attraverso una forma di assistenza per evitare lunghe degenze, che implicano spese estremamente rilevanti a carico del Servizio sanitario nazionale, o dei pazienti stessi.

Vorrei aggiungere che molti ambienti francesi sono stati e sono tuttora ostili, nel senso che esiste una sorta di autarchia da parte di notevoli esponenti della medicina e dell'economia francese che hanno indotto le autorità sanitarie a mantenere un certo prezzo, per un arco di tempo sufficientemente elevato (ma non troppo); anzi, adesso le hanno addirittura costrette ad aumentare l'onere.

Si tratta di un problema che interessa non soltanto l'Italia, ma anche Israele, che per altro ha una situazione diversa, il quale concluderà un protocollo d'intesa con la Francia.

Devo dare atto che la Francia, sia pure nella logica mercantile che consente queste attività, ha dimostrato un forte impegno europeistico, perché non tutti i paesi avrebbero agito nello stesso modo, se si considera che il cittadino italiano, nell'ambito di una classifica delle priorità, viene « parificato » al cittadino francese.

L'onorevole Poggiolini ha formulato una domanda che mi è stata posta, sia pure in termini diversi, dall'onorevole Bicocchi; mi ha chiesto se la politica del Governo sul decreto legislativo n. 502 del 1992 sia stata sconfitta rispetto a quella seguita dalla Commissione. Ritengo che tale problema, il quale sta a cuore a molti colleghi, anzi a tutti, costituisca in questo momento il punto centrale dei rapporti tra Governo e Commissione.

Il Governo verrà in Commissione sovente, o meno sovente, a parlare di questioni importanti e meno importanti, ma è certo che il dialogo politico con la Commissione parlamentare trova il suo punto più alto nel momento legislativo. Infatti, la fase dell'analisi, della funzione ispettiva e la verifica di determinati problemi sono aspetti importanti, ma ancora più importante è il dialogo politico che nasce in Parlamento attraverso la funzione legislativa. Da questo punto di vista vi è la massima apertura da parte del Governo, il

quale è lo stesso che il 30 dicembre ha adottato un decreto legislativo, tormentato, difficile, travagliato, che ha determinato forti conflittualità nell'ambito di diverse categorie. Infatti sappiamo che vi sono stati contrasti o, comunque, momenti di non comunicabilità con il Parlamento, ma posto che la funzione del Governo è prevalentemente di natura esecutiva, esso deve chiedere l'applicazione della legge. Fra l'altro su molte parti di questa legge conveniamo tutti. Ve ne sono però, altre, forse quelle meno qualificate dal punto di vista politico, sulle quali manca un'opinione comune.

Il Governo per altro deve rispettare puntualmente le scadenze, come per esempio quelle del 30 marzo, del 30 aprile e quelle relative alla presentazione del piano sanitario nazionale. Su molti settori dovremo confrontarci e non credo che accadrà nulla di grave se al termine di una serie di discussioni ciascuno rimarrà sulle proprie posizioni, perché su altri punti si registreranno sicuramente posizioni convergenti. Dico questo perché dopo la conclusione di un accordo con i medici ospedalieri, da parte dell'ex ministro De Lorenzo, ho iniziato una serie di incontri con altre categorie di medici interessati al decreto legislativo. Anzi, proprio in questi giorni avrò con i medici dipendenti, specialisti e generici una serie d'incontri, che costituiranno la premessa per un utile confronto, anche se ovviamente non potrà essere esaustivo. Il Parlamento se mi consente, dovrà alimentare un dialogo intenso su tutto, ma evidentemente dovrà raccogliere, nel momento in cui verranno formulate, le proposte, le indicazioni risultanti dal rapporto tra il Governo e i medici e da quello, che io — ma credo tutti — considero fondamentale in questa materia, con le regioni.

Queste hanno « sparato » circa venti dichiarazioni di incostituzionalità. Dopo averle esaminate ho rilevato che almeno — non vorrei esprimermi in termini percentuali — due terzi delle loro proposte possono essere accolte senza apportare particolari modifiche alla struttura del decreto legislativo. Su alcuni punti ci confronte-

remo in maniera positiva, per cui ho pregato il collega che mi ha sostituito alla guida del Ministero per gli affari regionali di fissare per la prossima settimana una riunione della conferenza Stato-regioni. In quella circostanza parleremo: dei trapianti per arrivare ad un più forte coordinamento in sede nazionale; dell'attivamento del numero telefonico 118 (vi è in proposito un travaglio anche di natura amministrativa); dell'articolo 20 della legge finanziaria 1988, n. 67, legato all'edilizia, delle opposizioni delle regioni al decreto legislativo. Non so quanto sarà facile ridurre i contrasti, ma credo che su una serie di punti troveremo un accordo.

Il collega Farigu si è soffermato con cortesia su una serie di iniziative anche personali. Queste iniziative che ho compiuto e che in qualche altro caso potrò ancora compiere, anche perché molti colleghi parlamentari hanno sollecitato una mia verifica, riguardano aspetti piuttosto settoriali, in qualche caso, se vogliamo guardare al complesso dei problemi della sanità, anche marginali. Mi rendo tuttavia conto che in tal modo molti hanno sentito vicino il rapporto tra il cittadino e il Governo, o un parlamentare, se vogliamo privilegiare la veste di chi vi parla.

**RAFFAELE FARIGU.** Era proprio questo il senso della mia domanda. L'iniziativa parlamentare era già stata fatta; il « salto » consisteva nel viverla da ministro, con tutte le conseguenze che ne derivano.

**RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità.** Le decine o le centinaia di persone con cui ho parlato, nei pochi casi da me verificati, credo si siano accorte che avevano a che fare con un ministro, con un rappresentante del Governo. Devo dire che in alcuni casi qualche provvedimento amministrativo verrà preso. Attraverso talune di queste visite ho comunque verificato l'esistenza di un margine di negligenza e di disaffezione, una consuetudine che frena l'introduzione di determinati correttivi ed interventi, aspetti che forse con uno stimolo adeguato potranno essere ridotti o modificati.

Per quello che riguarda le commissioni mediche per l'accertamento delle invali-

dità, chiederò ufficialmente – come parlamentare già conosco la situazione avendola sperimentata sulla pelle di molte persone che si sono rivolte a me – anche al Ministero del tesoro che vi siano indicazioni precise sui termini entro cui le pratiche debbono essere evase.

Nella seduta del 10 marzo il collega Mori ha parlato del problema dei problemi: quello della medicina preventiva. Anche se la mia scarsa dimestichezza come ministro della sanità non mi consente di essere preciso su tale argomento, devo dire che effettivamente grande attenzione dovrà essere prestata a questo tema, che mi dispiace dover liquidare con poche parole stante la sua grande rilevanza.

L'argomento dei lettori ottici verrà confrontato nella riunione della conferenza Stato regioni, per cui sarò in grado di dare indicazioni più forti a partire dalla prossima settimana. Comunque questa mattina, rileggendo tutte le leggi sui farmaci, ho visto – credo in un decreto-legge convertito alla fine del 1989 – che le USL ogni sei mesi (a giugno e a dicembre) dovrebbero dare informazioni relative sia alla quantità delle ricette (indipendentemente dai lettori ottici che non vengono citati) sia a taluni effetti prodotti da farmaci rilevati da cittadini o da medici. Ho chiesto sempre questa mattina se esista un rapporto relativo alle segnalazioni delle USL; non so se tutte le unità sanitarie locali siano puntuali nell'inviare, ogni sei mesi, al Ministero della sanità tali rapporti sul consumo dei farmaci.

L'onorevole Beebe Tarantelli è intervenuta sul prontuario terapeutico, sui farmaci cosiddetti *comfort*, nonché sui gangliositi. Ritengo che la Commissione abbia preso visione, sia pure attraverso i giornali, di un provvedimento che ho assunto con grande serietà, e dopo averci riflettuto molte volte, in materia di farmaci. Immaginavo che potesse provocare talune reazioni, ma lo consideravo un provvedimento a termine. A tale riguardo, ho convocato per domani stesso il Consiglio superiore della sanità, che in passato non si è espresso su questa materia anche

per carenza del numero legale, affinché si pronuncino in maniera molto chiara.

GIULIO CONTI. Ritengo che sarebbe stato necessario uno studio del CNR. È stata svolta solo un'indagine statistica su una presunta malattia che sarebbe insorta con maggiore frequenza nei pazienti che hanno assunto certi farmaci; mi sembra che tale valutazione sia un po' approssimativa per indurre a proibirne il consumo. In tale circostanza il CNR ha dimostrato di non essere molto funzionale rispetto alla sanità.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Questo provvedimento, che — ripeto — è stato assunto da me con serenità, ma anche in maniera molto approfondita a seguito di un'attenta valutazione della situazione, ha innescato una serie di reazioni anche polemiche e di pressioni, del tutto lecite, che ritengo tuttavia estremamente preoccupanti. Vi devo dire che, indipendentemente dalla circostanza specifica, nel momento in cui insieme ci accingeremo ad assumere le iniziative che mi vengono richieste dal Parlamento, in tema di farmaci, di prontuario terapeutico, di farmaci cosiddetti *comfort* e si porrà mano alle revisioni che saranno necessarie, chiederò la più forte collaborazione del Parlamento stesso, perché, diversamente, non so se anche un ministro della Repubblica possa riuscire nel suo migliore degli intenti, cioè a realizzare un'azione equilibrata ed efficace anche relativamente ai costi.

Il collega Bicocchi ha definito in termini severi il decreto, ritenendolo un provvedimento non convincente. Una sua revisione può passare attraverso la delega o taluni provvedimenti specifici e concreti. Come dicevo prima, dovremo tener conto di varie questioni concernenti le regioni, le professioni, cinque deleghe da completare rapidamente (tra cui quella sugli istituti scientifici e quella sull'organizzazione del ministero). Il Senato si sta occupando di questa materia (dobbiamo tenerne massimo conto, in un rapporto che sia quanto più possibile costruttivo).

L'onorevole Mussolini ha rievocato il momento in cui mi sono accinto, a titolo sperimentale, a compilare l'autocertificazione: dopo pochi minuti, terminata la prima facciata del modulo, vi ho rinunciato, ben felice di non doverlo compilare realmente, appartenendo anch'io, come tutti voi, alla cosiddetta fascia dei ricchi. Effettivamente, mi sono reso conto di come si sia trovato a disagio il normale cittadino.

Proprio in considerazione di ciò, adesso voglio darvi una notizia abbastanza positiva, nel senso che in questi giorni ho avuto modo di ascoltare molti farmacisti e rappresentanti di USL, i quali mi hanno detto che il problema dell'autocertificazione si sta risolvendo in maniera abbastanza morbida. Mi auguro che la loro non sia una visione ottimistica.

Per quanto riguarda il richiamo all'edilizia ospedaliera ed il riferimento all'AIDS, ricordo di aver scritto — non so se ieri o l'altro ieri — una lettera al presidente della Commissione affari sociali manifestandogli la mia intenzione di riferire in questa sede — la prossima settimana o quella immediatamente successiva — sul problema AIDS con particolare riferimento a tre punti.

Il primo è quello relativo alle spese per la ricerca, che lo scorso anno sono ammontate ad una cifra molto consistente. Il secondo attiene alle spese per la pubblicità, a proposito delle quali sono state formulate anche alcune interrogazioni. Il terzo riguarda i 3 mila e rotti miliardi stanziati per l'edilizia, in tema di AIDS.

Ho preparato un'insieme di schede e di relazioni che sarei lieto di discutere con voi, anche perché dovranno essere create le condizioni per procedere nei settori della ricerca (e questo non sarà difficile), della pubblicità (qui sarà meno facile trovare un'intesa) e dell'edilizia, dove mentre il ministero ha fatto ciò che era di sua pertinenza altrettanto non può dirsi per le regioni, le USL o i consorzi.

L'intervento del collega Conti è stato molto articolato e credo di aver risposto ad alcuni dei punti che ha evidenziato. Per quanto riguarda l'importante questione a

cui si è riferito, cioè quella relativa a livelli di assistenza uniformi ai piani sanitari regionali e ai rapporti con la malattia, condivido le sue osservazioni. In sostanza, dobbiamo essere più capaci di controllare, assicurandoci che vi sia una maggiore omogeneità e che non vi siano cadute le quali facciano sì che in determinate aree non sia possibile avere ciò che dovrebbe invece esservi per garantire un livello uniforme.

Devo però far rilevare al collega Conti che i suoi auspici contrastano o potrebbero contrastare con l'affermata autonomia delle regioni, a proposito delle quali, oltre a conoscere tutto ciò che prevede la Costituzione e l'impalcatura amministrativa, sappiamo anche come esse siano attente alla loro autonomia, a costo di creare situazioni di difficile compensazione. Gran parte dei ricorsi che la regione ha presentato alla Corte costituzionale riguardano proprio la violazione di quell'autonomia che esse vorrebbero più forte. Dunque, diventa piuttosto difficile realizzare il controllo, anche se per molti versi potrebbe garantire una maggiore omogeneizzazione dell'attività.

Per quanto riguarda la riduzione delle USL, faremo in modo che, pur nel rispetto dell'autonomia regionale, la lettera e lo spirito della legge vengano mantenuti. Forse, in talune regioni il taglio sarà ridotto, nel senso che per le Marche, per esempio, si passerà da 24 a 13 ma in altre sarà piuttosto forte. Credo comunque che un simile taglio sia da tutti auspicato.

Per ciò che attiene al direttore unico, rimando alla norma del decreto n. 502 del 1992, la quale in materia è estremamente precisa in almeno due punti. Credo che la commissione tecnica insediatasi potrà dettare criteri per l'appartenenza all'albo, tali da consentire l'affermazione di coloro che hanno capacità, meriti ed esperienza nel settore sanitario rispetto a coloro che non posseggono queste qualifiche e che sono invece fortemente condizionati da fattori di natura politica che li portano ad essere premiati dalle giunte o dai consigli.

In merito al problema della compartecipazione, devo dire che non conoscevo i

termini percentuali che mi sono stati riferiti, per cui mi riservo di verificarli. Mi rendo conto che andiamo incontro a delle difficoltà, perché nel momento in cui parliamo di incentivazioni al merito, alla produttività e al lavoro rischiamo di togliere quanto già esiste, cioè le cosiddette compartecipazioni. Bisogna vedere in che misura possano considerarsi tali o se si tratti invece di distribuzione di denaro che parte da una certa fonte per essere consegnato in maniera indistinta a taluni reparti.

GIULIO CONTI. L'esenzione è solo per alcuni, l'incentivazione è per tutti!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Le questioni relative ai lettori ottici e all'AIDS sono state già affrontate. Invece, per quanto riguarda gli acquisti di reattivi per analisi o di strumenti per attività di alta tecnologia nel settore pubblico e privato, devo dire che non conoscevo la discrepanza dei costi, che qui è stata evidenziata. Assumerò informazioni in proposito perché l'argomento mi sembra importante.

Condivido le osservazioni dell'onorevole Alterio sul consumismo farmaceutico dalle dubbie basi scientifiche, mentre per quanto riguarda quelle relative ai criteri omogenei per i piani di sviluppo regionale, devo dire che l'argomento sarà portato all'attenzione della conferenza Stato-regioni.

Per l'onorevole Apuzzo valgono le considerazioni espresse poc'anzi in materia di farmaci.

All'onorevole Giuntella vorrei dire che il dialogo è quello di cui ho parlato in premessa. Questo dialogo deve esserci e il confronto dovrà essenzialmente avvenire sulla legge.

Credo anche che dovremo affrontare insieme sia il problema della mala sanità sia tutte le attività di natura legislativa legate o meno alle materie di cui al decreto n. 502. A proposito di quest'ultimo, l'invito a riconsiderarlo sarà sicuramente accolto, salvo non concordare...

GIUSEPPE BICOCCHI. Cosa vuol dire sarà accolto? Viene accolto o meno? E in caso affermativo con quali procedure?

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Stavo per dire: salvo non concordare sul merito. Io sono disponibile a venire in Commissione a tutte le ore. Adesso stiamo formulando proposte ed indicazioni. Non so quale tipo di rimprovero possa essermi mosso su tale materia. Sono disponibile a confrontarmi su tutto il decreto sia con le regioni sia con le categorie interessate sia con il Parlamento. In qualunque sede, formuliamo un testo di lavoro. Se su taluni punti del testo sarà necessario soffermarci, prenderemo contatti con l'omologa Commissione del Senato per evitare doppioni. Vi è dunque la massima disponibilità ad andare avanti, salvo non concordare — ripeto — perché non è detto che dobbiamo essere uniformi nei giudizi.

Prima di concludere vorrei rispondere all'onorevole Caccavari. Ho già avuto modo di soffermarmi sul rapporto costruttivo e di concordare sull'esistenza di una posizione alquanto polifonica del Governo relativamente al rapporto attinente alle tossicodipendenze. A tale riguardo, nel ricordare che il decreto emanato in materia è decaduto, sottolineo che anche il Parlamento ha partecipato a questa polifonia non arrivando ad approvare una specifica normativa in materia.

Per tali ragioni ritengo che il nostro lavoro dovrà essere intrapreso *ex novo*, posto che si voglia effettivamente modificare l'attuale legislazione in materia di tossicodipendenza.

Quanto al punto concernente la riduzione di sprechi e i meccanismi di controllo, si tratta di un tema che mi trova assai sensibile. Vi è però da rilevare che in una amministrazione così grande, punti-

forme e diversa qual è quella sanitaria vi è bisogno di interventi precisi. Non sono certamente sufficienti una visita del ministro della sanità, l'attività dei NAS e dei poteri ispettivi di competenza del Ministero della sanità! Si dovranno infatti accertare — anche se ciò non sarà facile — le responsabilità delle molteplici violazioni normative. Ritengo che questo sia un terreno di lavoro molto importante e di impegno comune.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, e tutti i colleghi che sono intervenuti nel dibattito.

Naturalmente la nostra Commissione si manterrà in contatto con il ministro Costa.

GIUSEPPE BICOCCHI. Vorrei formalmente chiedere, a nome del gruppo della DC, che in sede di ufficio di presidenza siano discussi modalità e tempi per affrontare la questione della revisione del decreto. Consideriamo questo un punto che ha una valenza politica, perché, come ho già avuto modo di dire, se non si dà avvio a tale revisione verrà confermata la rottura del rapporto di fiducia tra la Commissione ed il Ministero della sanità.

PRESIDENTE. Onorevole Bicocchi, questo specifico punto sarà esaminato in sede di ufficio di presidenza.

**La seduta termina alle 18,30.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO  
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

---

Licenziato per la composizione e la stampa  
dal Servizio Stenografia il 19 marzo 1993.

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO