

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

IX

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 31 MARZO 1993

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

**AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE RAFFAELE COSTA, IN
ORDINE ALL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA NAZIONALE PER LA LOTTA ALL'AIDS**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine all'attuazione del programma nazionale per la lotta all'AIDS:	
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	201, 206, 211, 213
Bettin Gianfranco (gruppo dei verdi)	206, 209, 210
Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	206, 210
Costa Raffaele, <i>Ministro della sanità</i>	201, 206 208, 209, 211, 213
Garavaglia Mariapia (gruppo DC)	211
Giuntella Rozza Laura (gruppo movimento per la democrazia: la Rete)	210
Saretta Giuseppe (gruppo DC)	206
Trupia Abate Lalla (gruppo PDS)	207, 208, 213
ALLEGATO: Documentazione presentata dal ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa	215

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,40.

Audizione del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine all'attuazione del programma nazionale per la lotta all'AIDS.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, in ordine all'attuazione del programma nazionale per la lotta all'AIDS.

Do la parola al ministro della sanità, onorevole Raffaele Costa, che ringrazio per la sua disponibilità.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Signor presidente, ho chiesto a lei e al presidente della Commissione igiene e sanità del Senato di poter fare in Parlamento il punto sui problemi relativi agli oneri di spesa degli interventi necessari nella lotta all'AIDS.

Ho ritenuto mio dovere farlo non solo per informare il Parlamento su un aspetto importante dell'attuale politica sanitaria ma anche per avere da esso indicazioni su quanto si dovrà fare, da oggi in avanti, in questo campo, in applicazione del programma tracciato da norme legislative o da provvedimenti amministrativi.

Come ho appena detto si tratta di un tema di grande rilevanza, per molti aspetti anche tragico, che ha fatto sì che il Parlamento stanziasse somme rilevanti da destinare sia al settore della propaganda contro l'AIDS sia al settore della ricerca sia, ancor più, al settore dell'edilizia.

È mia intenzione iniziare oggi l'esame di questo tema con una relazione introduttiva, ritenendo opportuno rinviare la rela-

tiva discussione ad altra seduta, anche perché alle 17 sarò impegnato al Senato.

Avverto fortemente la responsabilità di non incrementare i ritardi esistenti, pur ritenendo che essi non si sono accumulati per colpa del Governo, nella realizzazione del piano per la costruzione di edifici destinati ad ospitare posti letto per i malati di AIDS.

In ogni parte del mondo la prevenzione è stata posta al centro di una strategia globale per contrastare l'infezione da HIV.

L'Assemblea generale dell'ONU, l'Organizzazione mondiale della sanità, gli organismi della CEE, hanno sottolineato con numerosi documenti, la necessità che nei diversi paesi nei quali l'epidemia è venuta manifestandosi in forme sempre più preoccupanti, vengano attuati interventi per informare correttamente la popolazione, sia sulle modalità di trasmissione del virus, sia sui metodi da adottare per prevenire l'infezione.

Nel nostro paese numerosi atti approvati dal Parlamento ribadiscono l'esigenza di svolgere una costante attività di prevenzione attraverso l'informazione.

In particolare, sia la Commissione affari sociali della Camera sia la Commissione igiene e sanità del Senato, con risoluzioni approvate il 21 marzo 1990 ed il 16 maggio 1990, hanno sottolineato la necessità che le iniziative di formazione e prevenzione si pongano l'obiettivo di fare conoscere alla maggior parte della popolazione le reali dimensioni del problema: le effettive modalità di trasmissione dell'infezione, i comportamenti che fanno aumentare il rischio di acquisizione dell'infezione, i sistemi per evitare il contagio, la possibilità, attraverso un intervento terapeutico precoce, di rallentare la progres-

sione dell'infezione verso la malattia conclamata. Occorre che iniziative di prevenzione siano prioritariamente svolte con campagne mirate verso le fasce giovanili, coinvolgendo nell'azione il volontariato, che l'intervento di prevenzione contempra l'esigenza di accrescere lo spirito di solidarietà della popolazione nei confronti dei colpiti dalla malattia.

In questo quadro di riferimento anche la commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, cui si deve la definizione degli indirizzi di carattere epidemiologico per la politica nel settore, ha ritenuto che occorra persistere nella linea di continuità dell'azione informativo-educativa al fine di creare un'attenzione permanente al problema dell'AIDS, soprattutto tra i giovani.

Per far fronte all'esigenza di cui trattasi, il Ministero della sanità, utilizzando le apposite risorse messe annualmente a disposizione nel suo bilancio (capitolo 2547) ha attuato, a partire dall'anno 1988, quattro campagne informativo-educative.

Nel tempo le quattro campagne si sono venute caratterizzando per una considerazione sempre maggiore per gli elementi di informazione mirata verso specifici settori a rischio della popolazione e per la scelta di strumenti di comunicazione in grado di rendere più capillare e penetrante il messaggio informativo.

Alla prima campagna (quella del 1988) venne affidato, infatti, il compito di fornire una informazione di base sulla malattia e sulle precauzioni da adottare. Il mezzo di comunicazione di gran lunga prevalente fu quello televisivo.

La seconda campagna (quella del 1990) aveva la finalità di illustrare meglio le modalità di diffusione dell'infezione, cercando di far perdere alla malattia la connotazione di « problema di pochi » o di « problema degli altri » e di mettere in evidenza che il contagio è un rischio reale per chiunque abbia determinati comportamenti. Si è ampliata l'area delle iniziative mirate.

Con la terza campagna (quella del 1991) si è finalizzato l'intervento informativo alla sensibilizzazione ed alla responsabilizzazione delle persone con comportamenti a

rischio per spingerle a prendere coscienza della possibilità di essere stati esposti al contagio e suggerire, in determinati casi, l'esecuzione del *test*. È stato inoltre, dato un rilievo particolare al tema della solidarietà verso i colpiti dalla malattia. In tale occasione è stato introdotto, nel piano operativo, un rilevante numero d'iniziativa affidate ad una agenzia di pubbliche relazioni in grado di realizzare materiali di carattere vario ed occasioni speciali di diffusione (opuscoli, filmati, spettacoli, eccetera).

La quarta campagna (quella del 1992), tuttora in corso, può essere considerata la naturale prosecuzione della precedente, con la finalità di determinare un rafforzamento del messaggio di prevenzione, così da far divenire i comportamenti suggeriti come una parte integrante delle abitudini quotidiane dei singoli. Ai vari interventi di carattere informativo, attuati attraverso la televisione, la stampa ed altri mezzi, sono stati aggiunti, con specifico riguardo al settore dei giovani: *a*) un ampio programma di seminari d'informazione volto a coinvolgere i presidi delle scuole secondarie superiori nelle attività di prevenzione, in sintonia con le parallele iniziative di formazione attuate dal Ministero della pubblica istruzione sui problemi delle tossicodipendenze (tale intervento si è proposto l'obiettivo di diffondere conoscenze e materiali omogenei tra i docenti, affinché essi possano organizzare efficaci programmi d'informazione sull'AIDS nelle scuole medie superiori); *b*) l'attuazione d'iniziative d'informazione sull'AIDS nei luoghi di lavoro, con l'intervento operativo delle organizzazioni di volontariato e la collaborazione dei sindacati; *c*) la realizzazione di corsi di formazione per medici sportivi ed associazioni sportive, in collaborazione con il CONI, nonché di iniziative specifiche d'informazione per i giovani che praticano lo sport, per i medici e per gli altri operatori (massaggiatori, allenatori, eccetera); *d*) la diffusione di filmati, opuscoli e materiali diversi già prodotti nel corso delle precedenti campagne, attraverso i circuiti delle discoteche e di altri luoghi di aggregazione.

In relazione ai contenuti degli interventi, che di volta in volta sono stati definiti dalla commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, sono state determinate per le diverse campagne le risorse finanziarie da utilizzare, ed individuate le agenzie di pubblicità e di pubbliche relazioni cui affidare, in appalto, la realizzazione dei programmi previsti.

In particolare, la prima campagna è stata affidata a tre agenzie (Armando Testa SpA, MAC Comunicazione Integrata SpA, ODG Srl), selezionate con procedura di appalto-concorso: l'importo complessivo lordo dei tre contratti è stato determinato in 20 miliardi di lire.

La seconda campagna è stata affidata alle medesime agenzie che avevano realizzato la prima, previa procedura di verifica della congruità ed idoneità dei programmi dalle stesse predisposti, da parte di apposita commissione ministeriale: l'importo complessivo lordo dei tre contratti è stato fissato in 35 miliardi di lire.

La terza campagna è stata affidata a quattro agenzie (Armando Testa SpA, Publicis FCB-MAC SpA, Young & Rubicam SpA, SCR Associati Srl) selezionate con procedura di appalto-concorso: l'importo complessivo dei tre contratti è stato stabilito in 48 miliardi di lire.

La quarta campagna, come la seconda, è stata realizzata mediante conferma delle agenzie che erano state selezionate per l'attuazione della precedente, previa verifica di congruità ed idoneità dei programmi predisposti da parte di apposita commissione: l'importo complessivo dei quattro contratti è stato fissato in 37 miliardi e 468 milioni di lire.

Tutti i contratti, nelle diverse campagne, sono stati predisposti utilizzando lo schema approvato dal Consiglio di Stato nel 1988. Sono stati altresì sottoposti al preventivo controllo da parte della Corte dei conti, unitamente alla documentazione concernente il programma operativo e a quella riguardante le previsioni di spesa, analiticamente evidenziate per ciascuna delle iniziative proposte.

In merito alla procedura seguita, si deve sottolineare che la materia degli

interventi del Ministero della sanità nel settore delle infezioni da HIV è regolata dalle speciali disposizioni contenute dall'articolo 5 del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 109, le quali consentono che i provvedimenti relativi siano assunti anche in deroga alle leggi vigenti, ivi comprese le norme di contabilità generale dello Stato. Tale particolare regime giuridico è da porre in relazione con l'esigenza che le iniziative volte a contrastare la diffusione dell'infezione siano attuate dalle apposite strutture operative del Ministero della sanità e dall'istituto superiore di sanità — al pari degli interventi nei settori dell'assistenza, della sorveglianza epidemiologica, della formazione e della ricerca — con la indispensabile incisività, tempestività e continuità.

Benché le richiamate norme autorizzino il ricorso alla trattativa privata, il ministero ha ritenuto opportuno effettuare, in occasione della prima campagna del 1988, una adeguata selezione tra le varie agenzie pubblicitarie, avvalendosi di apposita commissione giudicatrice. Una uguale selezione è stata effettuata per la terza campagna del 1991, in considerazione della circostanza che l'esperienza aveva fatto emergere l'opportunità di enucleare dal complesso delle iniziative programmate, assi impegnativo e diversificato, le cosiddette « attività collaterali », ossia gli interventi speciali verso i settori a rischio, da realizzare con strumenti diversi dalla comunicazione pubblicitaria, affidandone in modo separato l'attuazione ad una agenzia da scegliere tra quelle appartenenti al settore delle pubbliche relazioni, perché più idonee, per caratteristiche, all'incarico di cui trattasi. Nel 1990 e nel 1992, per la seconda e la quarta campagna, si è ritenuto invece di procedere mediante conferma dei precedenti contratti, in quanto le iniziative si configuravano come sostanziale prosecuzione di quelle attuate negli anni che precedevano.

Per quanto concerne l'entità della spesa, si deve sottolineare: che gli importi contrattuali hanno sempre avuto carattere di onnicomprensività, con esclusione di ogni revisione dei prezzi stabiliti; che all'in-

terno delle specifiche previsioni, i singoli pagamenti sono stati sempre autorizzati, mese per mese, previa verifica della documentazione amministrativo-contabile da parte di apposita commissione di vigilanza presieduta da un magistrato del Consiglio di Stato o della Corte dei conti; che i relativi provvedimenti sono stati infine sottoposti, per tutte le campagne, al controllo preventivo della Ragioneria centrale e della Corte dei conti secondo le norme ordinarie.

Obiettivi, contenuti e modalità di attuazione delle campagne del 1991 e del 1992 sono stati esaminati ed approvati, oltre che dalla commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, anche dal comitato interministeriale per l'AIDS.

Nelle varie campagne sono state, inoltre, coinvolte sia nella fase di definizione dei programmi che in quella attuativa, le principali associazioni di volontariato, in modo particolare per la realizzazione degli interventi di carattere mirato (omosessuali, tossicodipendenti, eccetera).

Qualche considerazione generale può essere conclusivamente fatta in merito alle campagne informative.

I risultati emersi dalle indagini demoscopiche che sono state effettuate sono indicativi di un soddisfacente livello di conoscenza, da parte della popolazione, sui rischi dell'infezione e sulle modalità per evitare il contagio; largamente condivisa è l'attesa che a livello istituzionale vi sia un impegno continuo sul versante dell'informazione, soprattutto nei confronti dei giovani.

I dati epidemiologici degli ultimi semestri evidenziano che vi è nel nostro paese, un certo rallentamento nello sviluppo dell'epidemia, con un numero di casi più contenuto rispetto alle previsioni formulate qualche anno fa. È legittimo ritenere che questo risultato sia da ascrivere in larga misura alle attività di prevenzione ed informazione.

Un elemento indiretto di conferma dell'efficacia delle campagne informative si può ricavare anche dalle rilevazioni che vengono effettuate sulle condizioni dei tossicodipendenti che affluiscono ai servizi

delle unità sanitarie locali (SERT). Su 40 mila casi sottoposti al test per l'infezione da HIV, contro una media di soggetti sieropositivi del 40 per cento circa, riscontrata tra quanti sono in trattamento da più anni, la percentuale di positivi è scesa al 19 per cento circa per i nuovi utenti. Si tratta, in questi casi, dei soggetti più giovani che hanno sicuramente tratto beneficio dalle maggiori informazioni sui mezzi di prevenzione fornite in questi anni con le varie campagne e in particolare con quelle a carattere mirato per i settori a rischio.

Vorrei passare ora ad analizzare la problematica connessa alla costruzione e ristrutturazione di posti letto nei reparti di ricovero di malattie infettive.

L'articolo 1 della legge 5 giugno 1990, n. 135, prevede la costruzione e ristrutturazione di posti letto nei reparti di malattie infettive ed in altri reparti impegnati prevalentemente nella lotta alle infezioni da HIV.

I relativi interventi comprendono, assieme alle opere edilizie, anche le attrezzature e gli arredi, la realizzazione di spazi di ospedale diurno e l'istituzione o il potenziamento dei laboratori, sia negli ospedali che nelle cliniche o istituti universitari, per un ammontare complessivo di 2.100 miliardi, con priorità per le opere di ristrutturazione e con graduale realizzazione delle nuove costruzioni.

Il programma, sulla base delle localizzazioni degli interventi individuati dalle regioni, comporta globalmente la costruzione di 3.016 nuovi posti letto e di 1.357 posti in regime di *day hospital* nonché la radicale ristrutturazione di altri 2.544 posti letto.

Di seguito viene rappresentata la cronologia degli adempimenti che si sono succeduti nel tempo, nonché l'attuale situazione degli interventi stessi nelle singole regioni.

Il 5 giugno 1990 viene approvata la legge n. 135, che agli articoli 1 e 2 affida al Ministero della sanità la gestione di 2.100 miliardi per la realizzazione, con procedure derogatorie e con il ricorso a

società concessionarie di servizio, di posti letto nel settore delle malattie infettive.

Il 13 giugno 1990, il consiglio sanitario nazionale viene sentito sulla localizzazione degli interventi edilizi e il potenziamento tecnologico delle strutture di malattie infettive.

Il 14 giugno 1990, il Ministero della sanità richiede alle regioni di esprimere il proprio parere sulla proposta di dimensionamento e di localizzazione per regioni degli interventi, così come formulata dalla commissione nazionale per la lotta all'AIDS.

Il 28 giugno 1990, il CIPE fissa con propria deliberazione i criteri per la individuazione delle società cui affidare in concessione le attività inerenti il programma di interventi edilizi per l'AIDS.

Il 12 luglio 1990, il Ministero della sanità pubblica sul foglio inserzioni della Gazzetta Ufficiale e sui principali quotidiani a diffusione nazionale il bando di gara di qualificazione per la concessione, fissando al 30 luglio 1990 il termine ultimo per la presentazione della documentazione di rito.

Il 1° agosto 1990, 15 società nazionali ed estere risultano partecipanti alla gara. Una apposita commissione, nominata dal ministero, valuta la documentazione.

Lo stesso giorno o quello successivo, il Ministero della sanità invia al CIPE il programma degli interventi formulato dalle regioni e avallato dal Consiglio sanitario nazionale; l'esito della gara di qualificazione espletata.

Il 3 agosto 1990, il CIPE approva il programma degli interventi e indica i consorzi (CONSOMI-FIS-MEDIN) cui affidare in concessione le attività.

Il 14 dicembre 1990, il Ministero del bilancio formalizza con proprio decreto la deliberazione di individuazione dei consorzi con i quali stipulare le convenzioni in concessione.

Il 16 gennaio 1991, il Ministero della sanità sottopone a quello dei lavori pubblici lo schema di convenzione pattuito con i consorzi.

Sei mesi dopo, il 6 luglio 1991, i decreti e le convenzioni vengono inviate alla Ra-

gioneria centrale per la sottoposizione all'approvazione della Corte dei conti.

Ad agosto del 1991 le società concessionarie hanno presentato i programmi generali d'intervento.

Signor presidente, per non abusare dell'attenzione dei commissari ritengo opportuno omettere tutta una serie di passaggi riportati nella relazione, che consegnerò agli uffici. In essa sono riportate alcune scadenze e circa trenta solleciti rivolti ai diversi uffici affinché accelerino le procedure.

Il nucleo di valutazione della sanità, costituito in base all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, ha tenuto 24 riunioni nel corso del 1992-1993. Sono stati esaminati 342 interventi (per istituzione o ristrutturazione di reparti con posti letto e potenziamento o istituzione di laboratori), dei quali 316 hanno ottenuto parere favorevole per un complessivo numero di 5.653 posti letto a fronte dei 6.917 previsti.

I dati finanziari provvisori (importi presunti scaturenti dai quadri economici) dei citati progetti di massima ammontano a circa 1.327 miliardi di lire (per una maggiore specificazione dei dati si rinvia agli allegati 1 e 2).

Le conferenze regionali di servizio, indette ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 135 del 1990, per i pareri da esprimere su progetti di massima approvati, riguardanti la costruzione o l'ampliamento di posti letto — dopo una fase iniziale di organizzazione e temperamento delle esigenze delle singole amministrazioni partecipanti — sono state tenute quasi in tutte le regioni e, tuttora, sono in corso di svolgimento. Alla data del 25 febbraio 1992 dette conferenze hanno approvato 57 progetti su 95 presentati.

I criteri per l'assegnazione di finanziamenti a progetti di ricerca per l'anno 1992, così come per gli anni precedenti e successivi, sono stati i seguenti: le proposte ricevute sono state istruite presso la segreteria del progetto AIDS, per conto del laboratorio di virologia dell'Istituto superiore di sanità, al fine di controllare la loro completezza e rispondenza ai requisiti richiesti dal bando.

GIUSEPPE SARETTA. Signor ministro, più va avanti nella relazione e più ci rendiamo conto dell'impotenza dell'esecutivo!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Signor presidente, posso dire, con una battuta, che la pazienza dei senatori è stata superiore all'inquietudine dei deputati. Può risultare facile criticare l'esecutivo ma sarebbe doveroso per il Parlamento conoscere (sia da parte di chi consente, sia di chi critica) quali sono state le diverse tappe. Da ciò che posso dire risulta che non si è perduto tempo, anche se probabilmente è vero che a distanza di tre anni non è ancora disponibile un solo posto letto.

Ieri ho visitato l'ospedale Spallanzani ed ho constatato la disponibilità di 40 posti letto, peraltro non in pessime condizioni, perché l'igiene e l'assistenza sono assicurate; ma ho potuto personalmente rendermi conto del dramma di questi ragazzi, tutti condannati: infatti, nella mattinata di sabato ne sono deceduti tre.

Accanto a questo reparto vi è un padiglione nuovissimo che da mesi non si riusciva ad aprire perché mancava l'allacciamento della luce, del gas, ed il collaudo. Solamente un gesto di sconfinamento dalle competenze ministeriali ha consentito di concludere ieri il contratto di lavoro con l'impresa, per cui il prossimo 30 aprile il padiglione sarà consegnato al personale sanitario.

Sarà giusto, o forse sarà sbagliato, ma ho il dovere di riferire ciò che è avvenuto in questi mesi; se poi esistono norme che dobbiamo modificare affinché il Ministero del bilancio non debba più rivedere il programma (nella riunione di venerdì il Consiglio dei ministri dovrebbe approvare un provvedimento in questo senso), o se le regioni hanno trenta giorni per riunire i vari amministratori, allora dobbiamo lasciare loro il tempo necessario per intervenire. Se invece non vi sono responsabilità di natura politico-personale, allora bisogna rivedere complessivamente il provvedimento in materia.

Per quale ragione ho avvertito l'esigenza di trovare conforto in Commissione? Sono venuto qui perché mi sono accorto che dopo tre anni vi sono 2.100 miliardi di lire non utilizzati, mentre la gente muore: questa è l'unica ragione per la quale sono voluto venire in Commissione!

GIANFRANCO BETTIN. Abbiamo segnalato questa situazione in una nostra interrogazione a dimostrazione che la stessa sensibilità esiste anche all'interno della Commissione.

PRESIDENTE. Non vi è dubbio.

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità*. Comunque, poiché la parte riguardante la ricerca è quella che mi preoccupa meno (ho usato un'espressione un po' generica), poiché ritengo che i fondi siano stati impiegati razionalmente, consegnerò alla Commissione anche la documentazione relativa alla ricerca.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Costa per la sua relazione e per la documentazione che intende lasciare agli atti della Commissione.

Prima di dare inizio alla discussione vorrei sottolineare che l'importanza e l'incisività del dibattito renderebbero opportuno una sua conclusione nella giornata odierna, anche perché se lo rimandiamo alle prossime settimane non raggiungeremo alcun risultato. Invito quindi i colleghi, nell'interesse generale, a sintetizzare i punti essenziali dei loro interventi perché ciò risulterà vantaggioso per tutti.

GIULIO CONTI. Ritengo che la relazione del ministro sia stata opportuna, anche perché sullo stato di applicazione della legge sull'edilizia ospedaliera per i malati di AIDS esiste una grande confusione, sia a livello di operatori sanitari, sia nella cura di questo tipo di pazienti.

Il momento della prevenzione è stato abbastanza curato e qualche iniziativa vi è stata, soprattutto con le campagne di propaganda; invece, ritengo che la richiesta di

dimettere i malati di AIDS dagli ospedali annessi alle carceri, come proposto a suo tempo dal ministro Martelli, sia sintomo di una certa faciloneria, poiché il problema si ripropone all'esterno con maggiore gravità, soprattutto per alcuni detenuti abbandonati a se stessi. Tale situazione dev'essere analizzata con molta attenzione, perché il carcere è un luogo di diffusione della malattia, come le caserme dove il giovane arriva senza conoscere, molto spesso, il proprio stato di salute. Peraltro, la promiscuità di rapporti fra omosessuali ha fatto sì che l'Italia sia la nazione a maggiore indice di diffusione dell'AIDS fra questo tipo di persone.

Quindi anche questo è un dato su cui dobbiamo riflettere. Abbiamo la più alta percentuale nel mondo di diffusione della malattia tra i tossicodipendenti!

Il ministro ci ha poc'anzi relazionato sulla situazione degli ospedali e sui provvedimenti necessari in materia. Finora, però, non mi risulta che con la legge che ha stanziato i 2.100 miliardi siano stati creati dei posti letto.

All'onorevole Saretta ho fatto presente che la responsabilità della situazione attuale non è soltanto dell'esecutivo ma anche dei partiti che ne fanno parte. Ritengo che di fronte ad una malattia così grave, nei cui confronti tutto il mondo è finora impotente, la maggior cura possibile debba essere riservata al settore della ricerca, su cui lo stesso ministro si è soffermato. Noi possiamo, infatti, costruire anche bellissimi alberghi per i malati di AIDS ma, così facendo, oltre a dar loro un supporto strutturale, di apparente beneficio soprattutto in termini di pulizia, non daremmo altro!

Personalmente sono molto scettico sui programmi e sui progetti di ricerca affidati « a pioggia » e acriticamente alle regioni. Anzi, sono convintissimo che gran parte delle regioni non faccia della ricerca. Del resto, la ricerca non è soltanto un'analisi sul numero dei malati (anche se questi sono gli unici dati che ci vengono forniti dai vari assessorati regionali, fatta eccezione per la Lombardia e il Lazio). Credo dunque che sia opportuno impegnare i

fondi stanziati in modo più mirato, anche perché nutro qualche dubbio sulle capacità delle regioni di fare ricerca sull'HIV. In altre parole, i fondi debbono essere spesi in maniera più che oculata destinandoli a quei centri in cui la ricerca viene condotta sperimentalmente sul malato e non limitandola ad indagini statistiche ed epidemiologiche, come sta accadendo in quasi tutta l'Italia.

Questa vuole essere una richiesta di carattere politico avanzata dal gruppo al quale appartengo. Ciascuno si deve far carico di tali critiche senza rimanere pregiudizialmente ammutolito o impotente soltanto perché crede nel regionalismo.

Gradirei sapere dal ministro come le regioni impiegano i soldi destinati al settore della ricerca. È sufficiente riflettere su quanto è avvenuto con la vicenda dei gangliosidi, per rilevare come anche in questo caso si sia registrata un'analogha carenza ed assenza di interventi nel settore della ricerca sull'AIDS.

Dobbiamo infine rilevare il modo con cui vengono impegnati i soldi destinati alla prevenzione soprattutto pubblicitaria (sulla quale siamo peraltro d'accordo). Dobbiamo infatti rilevare che le spese per la cura sia ospedaliera che ambulatoriale e domiciliare risultano inferiori a quelle sostenute per la pubblicità in tema di lotta alla diffusione dell'AIDS. A mio giudizio si tratta di una grave discrasia ed è per questo che mi riservo di sviluppare ulteriori considerazioni e proposte in materia, in altra sede.

LALLA TRUPIA ABATE. Nel prendere atto delle dichiarazioni di disponibilità e sensibilità fatte poc'anzi dal ministro, ritengo che il suo sia un atto dovuto sul quale non abbiamo, in passato, ottenuto una uguale corrispondenza dal ministro precedente.

In più occasioni, la nostra Commissione (il PDS ha presentato sull'argomento un'apposita mozione) ha diffuso un allarme, ha parlato di un dovere e poi di uno scandalo — lo dico con le sue parole, signor ministro — perché c'è gente che muore

mentre il piano triennale, varato tra l'altro in nome dell'urgenza, non è stato ancora concretamente realizzato.

La sua relazione, signor ministro, seppure esauriente su molti punti, su altri non mi ha convinto del tutto; anzi proprio per questo rimango in attesa di suoi chiarimenti su alcuni punti.

Anzitutto vorrei soffermarmi sulla procedura prevista dalla legge n. 135 del 1990, in qualche modo straordinaria per il fatto che le regioni sono state di fatto tagliate fuori dalla gestione diretta degli interventi, in nome dell'emergenza. Attraverso il discutibile metodo della concessione, che peraltro oggi viene messo in discussione in modo più generale dalla nota vicenda di Tangentopoli, che pure troverà una sua soluzione, a distanza di tre anni — lei stesso ce lo ha dichiarato — non si è riusciti ad attivare un solo posto letto.

La situazione dei malati di AIDS è attualmente drammatica per la carenza di posti letto ed anche perché i pazienti si trovano spesso assiepati in reparti fatiscenti, in condizioni di promiscuità che li espongono, come sappiamo, al grave rischio di contrarre altre malattie infettive. Come abbiamo rilevato anche in un'interrogazione rivolta al ministro della sanità e alla quale abbiamo chiesto che venga data risposta in Commissione, riteniamo che lo sviluppo delle conoscenze e delle esperienze maturate relativamente al trattamento della malattia ci porti oggi a giudicare sovradimensionato il numero di posti letto previsti nel piano (circa 7 mila).

Ci troviamo dinanzi ad un problema assai rilevante; ho appena detto della necessità di rivedere il piano, concentrando l'ospedalizzazione nelle strutture sanitarie altamente specializzate, dove l'accumulo di esperienze può effettivamente allungare la vita dei pazienti.

Per tale ragione riteniamo inadeguato il piano anche perché, tutto sommato, esso è frutto di una logica tradizionale, tipica dei cosiddetti interventi « a pioggia ».

Poiché risulta evidente che nella prevenzione dell'AIDS punto fondamentale sono i servizi, l'assistenza domiciliare e la terapia, chiediamo che il piano qui menzionato sia rivisto, lasciando che lì dove vi fosse la possibilità di rendere subito attivi

dei posti letto si proceda in tal senso, ma contemporaneamente si assegnino dei fondi alle regioni, venga rideterminato il numero dei posti letto, tenendo conto dei recenti dati sull'evoluzione della malattia e concentrando i posti letto — come ho detto poc'anzi — in strutture altamente specializzate e qualificate individuate dalle regioni, convogliando una parte consistente di questi fondi verso l'assistenza domiciliare e la prevenzione, ritenute essenziali.

Se non erro, il comma 4 dell'articolo 2 della legge che è stata qui citata prevedeva penalità contrattuali nei confronti delle società concessionarie. Ebbene, vorrei sapere (dato che non ho sentito alcun riferimento in proposito nella relazione) se tali penalità siano state applicate nei confronti di queste società.

Sono trascorsi tre anni ed in base ai dati che lei ci ha riferito constatato che diverse regioni hanno convocato anche se con molto ritardo — diciamo le cose come stanno! — ma la responsabilità di ciò non può essere scaricata solo sulle regioni, anche perché la legge attribuisce allo stesso ministero la competenza di riunire la conferenza Stato-regioni. Non si può sempre continuare con la politica dello scaricabarile!

RAFFAELE COSTA, *Ministro della sanità.* L'ho dichiarato un minuto fa!

LALLA TRUPIA ABATE. Una politica molto cara all'ex ministro De Lorenzo!

Dicevo che tali conferenze si sono svolte con molto ritardo, e solo in alcune regioni italiane. Taluni quesiti rimangono tuttora irrisolti; innanzi tutto vogliamo sapere quali sono le società che danno vita ai tre consorzi; in secondo luogo vogliamo conoscere il destino di questi 2.100 miliardi di lire, e sapere se parte di essi sono stati destinati a progetti di massima approvati, anche se non esecutivi.

Ritengo che su questi punti delicati debba essere fatta chiarezza, trasparenza e fornite risposte semplici, perché se non riusciremo a sapere quale fine hanno fatto questi 2.100 miliardi (se sono ancora disponibili, oppure se sono stati in parte

erogati, senza che ciò risulti), allora ci riserviamo di proporre l'istituzione di una commissione d'inchiesta.

Inoltre suggeriamo di rivedere il piano alla luce di ciò che è cambiato sull'evoluzione della malattia e dei risultati della ricerca; proponiamo l'audizione dei componenti della commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS per avere un aggiornamento sulle nuove terapie e sullo stato della ricerca, ed infine proponiamo che sia previsto un incontro con le regioni per definire il piano relativo ai posti letto.

Sono d'accordo con lei, signor ministro, sul fatto che le campagne di massa hanno dato risultati positivi; ma è stata presentata un'apposita interrogazione unitaria per verificare qual sia il reale stato delle cose, perché non tutto sembra in ordine. Ci risulta per esempio che alcuni dei destinatari dei fondi di quelle campagne di ricerca erano anche componenti della commissione esaminatrice dei progetti. Inoltre risulta che le uniche indagini svolte siano quelle commissionate dalle stesse aziende pubblicitarie che hanno utilizzato le campagne informative per gli istituti di ricerca specializzati. Questo significa che destinatario dei fondi è stato anche colui che commissionava la ricerca. Quindi nel prendere atto che i risultati sono stati positivi, rileviamo però che è mancata la necessaria trasparenza. Ecco perché su questo punto vorremmo qualche chiarimento.

GIANFRANCO BETTIN. Mi associo a quanto detto ora dall'onorevole Trupia Abate in merito all'opportunità di ripensare globalmente il piano, tenendo conto della necessità di articolare a livello regionale gli interventi.

In questo quadro vorrei ricordare al ministro le questioni, a lui senz'altro note (sottolineate anche nell'interrogazione poc'anzi ricordata), di cui la più importante è quella relativa alla mancata realizzazione di posti letto, a fronte dell'impegno assunto.

RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità. La risposta è la stessa, integrata da due punti non contenuti nella relazione generale.

GIANFRANCO BETTIN. Si pone inoltre il problema della prevenzione, rispetto al quale, qualche tempo fa, lei (non era ancora ministro) nei panni di chi denuncia gli sprechi e le inefficienze ha segnalato quella che a suo parere era una curiosa stravaganza. Mi riferisco ad una figura professionale, istituita probabilmente dalla regione Lazio (da lei descritta in modo impreciso) denominata « operatori di strada ». Nelle sue parole ho colto una certa diffidenza, o forse una scarsa conoscenza — almeno allora — di tale figura, che è invece molto pertinente con gli argomenti in discussione, soprattutto in considerazione della necessità di ripensare in termini di prevenzione il piano generale di lotta all'AIDS.

L'obiettivo di tale piano non è solo l'informazione massmediale, né l'informazione attraverso i canali istituzionali, come per esempio quello della scuola, ma una forma di comunicazione che deve parlare direttamente, « agganciare » e costruire relazioni con chi vive nelle zone dell'emarginazione, dove non arrivano mai i servizi pubblici tradizionali.

In altre parti del mondo si è cominciato prima che da noi, ma, da qualche anno, in alcune regioni e città italiane è stata introdotta questo tipo di figura professionale, che all'inizio ha avuto una genesi difficoltosa ma che ormai ha acquisito un'esperienza notevole. In città come Bologna, Venezia ed anche in altre più piccole, in una serie di situazioni si è ricorsi a questo tipo di figura, dotata di una professionalità precisa per intervenire nei confronti del mondo della tossicodipendenza, il quale, come ha ricordato l'onorevole Conti, fornisce nel nostro paese il maggior numero di soggetti alla sieropositività e all'AIDS.

Mi chiedo se la sua diffidenza di alcuni mesi fa si riferisca al progetto specifico della regione Lazio, o se si estenda in generale a questo tipo di operatori; in tal caso la invito a riconsiderare la questione, poiché si tratta di una figura chiave per intercettare le fonti dell'emarginazione, del disagio e del rischio AIDS, che oggi costi-

tuisce una frontiera cruciale che va valorizzata e non affrontata con diffidenza.

In sostanza la mia proposta è quella di studiare, sia pure in termini generali ma urgenti, un piano di attacco anche su questa fascia territoriale, che non è presidabile attraverso i servizi tradizionali, assolutamente cruciale e da integrare nel progetto di prevenzione attraverso le campagne di stampa massmediali. A proposito di quest'ultime, sia ricollegandomi a quanto riferito dall'onorevole Trupia Abate sia ricordando che nell'interrogazione si fanno nomi e cognomi, anch'io sottolineo il problema, quanto meno di opportunità, creato dalla presenza di alcuni luminari di chiara fama sia nelle commissioni che valutano i progetti, sia in quelle aggiudicatrici di progetti, rivestendo il doppio ruolo dell'esaminatore e dell'esaminato. Al riguardo non manca la trasparenza, ma ciò che appare è appunto discutibile, perché nessuno ha nascosto che i professori Siccardi, Vecchio ed altri rivestano entrambi i ruoli sopra ricordati; però è proprio questo il punto da ridiscutere!

Infine mi associo alle richieste di chiarimento sull'avvenuta (o meno) erogazione di fondi, e sull'opportunità di prevedere un incontro tra questa Commissione e quella contro l'AIDS, prevedendo la partecipazione dei rappresentanti delle regioni; tra l'altro, sarebbe opportuno invitare anche le associazioni che operano nel campo della prevenzione e nella lotta contro l'AIDS.

GIULIO CONTI. Premesso che sono favorevole su quanto ha detto il collega Bettin, vorrei conoscere il suo punto di vista sull'obbligatorietà del *test* anti-HIV nelle carceri e nell'esercito.

GIANFRANCO BETTIN. Per quanto può contare il mio parere, posso dire di essere contrario; comunque il problema è più complesso e non può esaurirsi in dichiarazioni favorevoli o contrarie.

LAURA GIUNTELLA ROZZA. Signor ministro, interverrò brevemente anche perché molte delle considerazioni che avrei voluto fare sono già state sviluppate da altri colleghi.

Vorrei anzitutto sapere se sia possibile stornare dalla somma di 2.100 miliardi, di cui qui si è parlato una parte da destinare, per esempio, all'assistenza domiciliare, alle case alloggio e via dicendo, che finora sono state affidate soltanto alle iniziative, peraltro insufficienti, delle associazioni private.

A proposito del decreto-legge del 13 marzo 1993, n. 60, normativa estremamente positiva e che ha stabilito l'incompatibilità fra la detenzione carceraria e l'AIDS, debbo rilevare che il Ministero della sanità non ha fissato un termine per l'emanazione di un decreto. Ad esso è affidato il compito di definire i casi di AIDS conclamato e di grave deficienza immunitaria. Sarebbe auspicabile che l'incompatibilità non riguardasse soltanto i malati in fase terminale ma che essa fosse dichiarata prima.

Si è parlato poi del problema della prevenzione nelle scuole. Sarebbe forse opportuno riconsiderare la possibilità di distribuire il famoso libretto « Lupo Alberto », che potrebbe certamente risultare utile sotto il profilo della prevenzione.

L'onorevole Bettin ha parlato poc'anzi del problema della prevenzione tra i tossicodipendenti. In proposito, non è stato ancora previsto alcun progetto nazionale di « unità di strada ». Recentemente, nella città di Roma è stato fatto un esperimento del genere, che si è dimostrato estremamente positivo. Occorre dunque prevedere tali progetti di unità di strada, rivolti a fornire informazioni, strumenti di profilassi (siringhe sterili, profilattici) per ridurre i rischi di infezione. Ma occorrono interventi di prevenzione anche all'interno delle carceri dove continua ad entrare l'eroina, in assoluta assenza di strumenti di controllo. Al riguardo ritengo che sarebbe molto utile inserire nel decreto n. 60 del 13 marzo 1993 una norma sui profilattici, sull'uso delle siringhe, sui corsi di formazione e d'informazione nell'ambito della struttura carceraria, nonché una norma sul coordinamento vincolante tra il servizio sanitario carcerario, il servizio sanitario nazionale e i SERT, prevedendo competenze, funzioni programmatiche ed

attuative e cercando di rendere il più possibile razionale tale raccordo.

In conclusione, vorrei richiamare l'attenzione del ministro su un caso abbastanza significativo in termini, però, negativi. La città di Cagliari è, purtroppo, la capitale mondiale per la diffusione del virus tramite siringhe. Inoltre, mentre in Italia la media dei tossicodipendenti colpiti da HIV è del 66 per cento, a Cagliari tale media è ampiamente superata raggiungendo addirittura l'80 per cento. Da qui la mia richiesta di un impegno particolare nei confronti di quanto sta avvenendo o, meglio, non avvenendo visto che, in realtà, le strutture pubbliche della città di Cagliari non stanno intervenendo in maniera positiva.

PRESIDENTE. Oltre all'onorevole Garavaglia, vi sono altri colleghi che desiderano intervenire. Poiché alle 17 sono previste votazioni in Aula, dovremo necessariamente sospendere i nostri lavori rinviandoli ad altra seduta. Aggiungo, inoltre, che per lo stesso orario il ministro Costa ha un impegno al Senato.

RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità. Su questo stesso argomento, presidente!

PRESIDENTE. Nel dare la parola all'onorevole Garavaglia, vorrei cortesemente invitarla a svolgere un breve intervento proprio in considerazione di quanto ho appena detto.

MARIAPIA GARAVAGLIA. Probabilmente si è intuita una sintonia fra quello che il ministro ci ha detto e quello che la Commissione si aspettava di sentire. Per tale motivo diamo per acquisito il fatto che da parte del ministro — che ringrazio — vi sia una disponibilità, che prescinde dal suo ruolo.

In fondo questa Commissione dovrebbe avere il compito di indirizzare l'attività del Governo soprattutto quando i problemi sono di tale rilievo sociale ed hanno bisogno del consenso dell'opinione pubblica. Quanto più si realizzerà tale consenso

tanto più saremo in grado di renderlo fruttuoso all'interno dei vari momenti e movimenti in cui ci riconosciamo.

Per tale motivo limiterò il mio intervento alla questione delle procedure, anche perché do per acquisito, moralmente oltre che politicamente, il fatto che si voglia tutti andare nella stessa direzione.

Questa Commissione, di cui ebbi l'onore di far parte anche nella passata legislatura, fu velocissima nell'approvare una specifica legge nella materia in oggetto. Ricordo che avevamo chiesto un disegno di legge e non un decreto-legge, ma ricordo anche che allora dimostrammo di saper approvare quel provvedimento con i tempi normalmente riservati ad un decreto, tanto grande era la nostra intenzione di mantenere il patto d'onore con il Governo.

Quest'ultimo ha rispettato i tempi procedurali stabiliti, ma successivamente è emersa una circostanza, signor ministro, di cui lei dovrà tener conto in vista della sua nuova attività.

Una materia come quella di cui oggi stiamo qui discutendo interessa territori diversificati, in termini di forniture di servizi e di strutture ma anche sotto il profilo fenomenologico. È evidente, purtroppo, che la situazione della Lombardia e del Lazio non può essere paragonata a quella, per esempio, della Valle d'Aosta. Ma se le procedure sono centralizzate e uguali in tutte le regioni si impedisce a chi per motivi anche di pressione sociale ha strumenti propri per operare, di farlo. I tre consorzi, contestati anche in questa sede, sono diventati una iattura sotto il profilo dell'attuazione. Citerò qui soltanto due esempi della mia regione, quello relativo alla situazione dell'ospedale di Lodi (la mancanza di alcuni servizi in tale ospedale ha costretto molte persone a rivolgersi alla struttura sanitaria di Pavia) e quello del Sacco, famoso in tutta Italia per essere specializzato nella cura delle malattie infettive. Ricorrendo a propri strumenti e a finanziamenti regionali tali ospedali avevano iniziato a costruire taluni padiglioni. Quando però è subentrato il consorzio, i

lavori si sono subito bloccati, con una conseguente ricaduta negativa, soprattutto in termini di spreco.

La situazione che si è così venuta a creare coinvolge direttamente una delle aziende bloccate dall'operazione « Manipulite ». I cantieri sono fermi anche per tale motivo! Da qui un aumento considerevole dello spreco, tempi morti ed una situazione che ha creato scandalo nell'opinione pubblica, soprattutto in considerazione del tipo di malattia nei cui confronti si vorrebbe intervenire. I posti letto sono indispensabili ma il *trend* delle esigenze sta modificandosi e, quindi, quella di rivedere complessivamente il piano è una proposta razionale e intelligente, anche perché si potrebbe rendere necessaria una diversificazione dei servizi.

Il progetto obiettivo correlato alla legge prevedeva un *timing* sia in relazione ai tempi per realizzare i servizi sia alla quantità di finanziamenti da erogare. Credo pertanto che sia indispensabile, come ho appena detto, rivedere attentamente tale piano e le relative procedure di attuazione. Se i tre consorzi, di cui prima ho parlato, si dimostreranno ancora compatibili con le iniziative regionali allora non ci saranno problemi, diversamente si renderà necessario abrogare quelle norme che si dimostreranno irrazionali rispetto alle necessità. Del resto, se ogni regione fosse messa in condizioni di lavorare sulla base della propria diretta responsabilità, al ministero giungerebbe una rilevante quantità di dati sulle sperimentazioni. In altri termini, il ministero dovrebbe accertare e controllare il comportamento di ogni regione ricavando strumenti organizzativi utili a futuri provvedimenti legislativi, tendenti ad ottenere risultati migliori che in passato e a far risparmiare risorse.

L'assistenza domiciliare è quella che ha registrato le lacune maggiori. È vero che alcune associazioni di volontariato hanno ottenuto dei finanziamenti, ma è altrettanto vero che vi è bisogno di un intervento della struttura pubblica in tale particolare settore. Sotto tale profilo, oltre alla commissione nazionale composta da esperti, ritengo che sarebbe utile prevedere

anche una convenzione o un *forum* con le associazioni di autoaiuto che, anche se non sono composte da scienziati o da tecnici, tuttavia conoscono bene non solo il tipo di problematica ma anche le esigenze via via emergenti. In questo modo chi ha il compito di organizzare i servizi potrà avere dei riscontri immediati senza dover rinunciare al ruolo di indirizzo politico, ruolo che spetta al Parlamento e non certo alle associazioni dei familiari degli ammalati o a quelle che si sentono vicine delle persone disadattate.

Quanto alle procedure, ho sperimentato la difficile situazione dell'applicazione dei decreti sui malati di AIDS detenuti nelle carceri, i quali, in realtà, vivono in condizioni di isolamento.

L'aspetto veramente curioso riguarda la procedura degli accertamenti e controlli cui i detenuti avrebbero diritto secondo quanto previsto dal decreto; sta di fatto che essi prima devono entrare in carcere e soltanto successivamente vengono sottoposti agli accertamenti. Quando il malato si trova nello stadio finale della malattia molto spesso il tempo per l'accertamento è quello che conduce alla morte. Non possiamo prenderci in giro! Il significato della norma era quello di lasciare fuori dal carcere la persona che per la sua condizione personale non può più delinquere. Occorre che chi si trova in carcere in questo momento sia sottoposta ad accertamenti all'esterno del carcere. Peraltro ritengo che quando la malattia è stata dichiarata, come ho constatato martedì scorso durante una mia visita ad un carcere, la persona non debba neanche entrare in carcere. Quindi affido a lei, signor ministro, il messaggio da riferire al suo collega competente per le case di detenzione, circa l'opportunità di verificare questa possibilità.

Voglio ricordare che persino per i diabetici, ossia malati cronici, il diritto alla dieta viene riesaminato ogni mese, ma è assolutamente insopportabile che tra la fine del mese ed il nuovo accertamento passino alcuni giorni durante i quali essi non hanno diritto alla dieta diabetica.

Si tratta di situazioni assurde e mi rifiuto di credere che i medici che operano nelle carceri siano meno capaci di quelli che lavorano nelle strutture esterne, perché il problema riguarda le procedure cui anche i medici devono sottoporsi. Pertanto le affido — ripeto — questo messaggio, affinché il collega del Ministero di grazia e giustizia sia informato della mia richiesta.

Affronto ora la questione delle sanzioni, già sottolineata dall'onorevole Trupia Abate, previste nella legge n. 135 del 1990. Il ministro che l'ha preceduta aveva una grande passione, non sempre condivisa da chi parla, come è noto, nei confronti dei poteri sostitutivi circa la possibilità di subentrare sempre alle regioni. Al riguardo, esiste una responsabilità politica importante, perché se le regioni non agiscono rispondono direttamente ai cittadini; se molti poteri vengono concentrati, ma non esercitati secondo l'opinione pubblica, la responsabilità è del Governo. Inoltre i cittadini hanno un tale rapporto con le strutture sanitarie che quando i diritti inviolabili non vengono garantiti anche il senso di appartenenza alle istituzioni viene meno. Quindi, questo punto è delicato non soltanto sotto il profilo formale e procedurale, poiché sono in gioco le ragioni stesse dell'adesione del cittadino allo Stato. Di conseguenza o le sanzioni vengono abrogate, oppure, visto che esistono, devono essere applicate (e questo è un modo per accelerare i tempi), riconoscendo fino in fondo la responsabilità delle regioni assegnando loro i finanziamenti, ma stabilendo anche le norme di attuazione e gli obiettivi da conseguire.

Prevedere dei nuclei di valutazione, continuamente sovrapposti, è stato veramente grave sotto il profilo dell'autonomia regionale. È scandaloso (mi rendo conto della gravità dell'espressione) che vi siano due nuclei di valutazione: se quello della sanità era competente relativamente alla coerenza della struttura, quello del bilancio sulle finalità non si spiega! Perciò, se

venerdì prossimo in seno al Consiglio dei ministri lei, signor ministro, potrà sostenere questa tesi, avrà da parte del gruppo che rappresento, e credo anche degli altri, piena solidarietà.

PRESIDENTE. Purtroppo, onorevoli colleghi, non possiamo proseguire il dibattito né oggi, perché tra breve riprenderanno i lavori dell'assemblea, né domani, essendo già prevista l'audizione del ministro Bompiani.

LALLA TRUPIA ABATE. Vorrei chiedere al ministro se nel prossimo incontro con la nostra Commissione, in cui si concluderà l'audizione, egli sarà disponibile ad affrontare la questione del decreto-legge sui ticket e sui bollini.

RAFFAELE COSTA, Ministro della sanità. Nelle prossime 48 ore vorrei separare dal resto almeno il capitolo dei bollini, poi quello della sperequazione dei prezzi e la materia delle contribuzioni per le analisi ed esami radiografici, i cui costi sono molto elevati. Per quanto riguarda il contributo delle 85 mila lire il discorso è un po' diverso.

PRESIDENTE. È questa una materia sulla quale ritengo che il ministro dovrà intervenire ricorrendo allo strumento del decreto o presentando un disegno di legge.

Ringraziando nuovamente il ministro per la sua disponibilità, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 17.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia il 7 aprile 1993

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

(Documentazione presentata dal ministro della sanità)



Ministero della Sanità

Campagne informative sull'AIDS (punti 1° e 2°)

In ogni parte del mondo la prevenzione è stata posta al centro di una strategia globale per contrastare l'infezione da HIV.

L'Assemblea generale dell'ONU, l'Organizzazione mondiale della sanità, gli organismi della CEE, con numerosi documenti, hanno sottolineato la necessità che nei diversi Paesi nei quali l'epidemia è venuta manifestandosi in forme sempre più preoccupanti, vengano attuati interventi per informare correttamente la popolazione sia sulle modalità di trasmissione del virus sia sui metodi da adottare per prevenire l'infezione.

Nel nostro Paese numerosi atti approvati dal Parlamento ribadiscono l'esigenza di svolgere una costante attività di prevenzione attraverso l'informazione.

In particolare sia la Commissione affari sociali della Camera dei deputati che la Commissione sanità del Senato, con risoluzioni approvate il 21 marzo 1990 e il 16 maggio 1990, hanno sottolineato la necessità che le iniziative di informazione e prevenzione si pongano l'obiettivo di far conoscere alla maggior parte della popolazione le reali dimensioni del problema, le effettive modalità di trasmissione dell'infezione, i comportamenti che fanno aumentare il rischio di acquisizione dell'infezione, i sistemi per evitare il contagio, la possibilità attraverso un intervento

terapeutico precoce di rallentare la progressione dell'infezione verso la malattia conclamata; che le iniziative di prevenzione siano prioritariamente svolte con campagne mirate verso le fasce giovanili, coinvolgendo nell'azione il volontariato; che l'intervento di prevenzione contempli l'esigenza di accrescere lo spirito di solidarietà della popolazione nei confronti dei colpiti dalla malattia.

In questo quadro di riferimento anche la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, cui si deve la definizione degli indirizzi di carattere epidemiologico per la politica nel settore, ha ritenuto che occorra persistere nella linea della continuità dell'azione informativo-educativa al fine di creare una attenzione permanente al problema dell'AIDS, soprattutto tra i giovani.

Per far fronte all'esigenza di cui trattasi, il Ministero della sanità, utilizzando le apposite risorse messe annualmente a disposizione nel suo bilancio (cap.2547) ha attuato, a partire dall'anno 1988, quattro campagne informativo-educative.

Le quattro campagne si sono, con il tempo, venute caratterizzando per una considerazione sempre maggiore per gli elementi di informazione mirata verso specifici settori a rischio della popolazione e per la scelta di strumenti di comunicazione in grado di rendere più capillare e penetrante il messaggio informativo.

Alla prima campagna (1988) venne affidato, infatti, il compito di fornire una informazione di base sulla malattia e sulle precauzioni da adottare. Il mezzo di comunicazione di gran lunga prevalente fu quello televisivo.

La seconda campagna (1990) aveva la finalità di illustrare meglio le modalità di diffusione dell'infezione, cercando di far perdere alla malattia la connotazione di "problema di pochi" o di "problema degli altri" e di mettere in evidenza che il contagio è un rischio reale per chiunque abbia determinati comportamenti. Si è ampliata l'area delle iniziative mirate.

Con la terza campagna (1991) si è finalizzato l'intervento informativo alla sensibilizzazione e alla responsabilizzazione delle persone con comportamenti a rischio per spingerle a prendere coscienza della possibilità di essere stati esposti al contagio e suggerire, in determinati casi, l'esecuzione del test. E' stato inoltre, dato un rilievo particolare al tema della solidarietà

verso i colpiti dalla malattia. In tale occasione è stato introdotto, nel piano operativo, un rilevante numero di iniziative affidate ad una Agenzia di pubbliche relazioni in grado di realizzare materiali di carattere vario ed occasioni speciali di diffusione (opuscoli, filmati, spettacoli, ecc.).

La quarta campagna (1992), tuttora in corso, può essere considerata la naturale prosecuzione della precedente, con la finalità di determinare un rafforzamento del messaggio di prevenzione, così da far divenire i comportamenti suggeriti come un parte integrante della abitudini quotidiane dei singoli. Ai vari interventi di carattere informativo, attuati attraverso la televisione, la stampa ed altri mezzi, si è aggiunto, con specifico riguardo al settore dei giovani: a) un ampio programma di seminari di informazione volto a coinvolgere i presidi delle scuole secondarie superiori nelle attività di prevenzione, in sintonia con le parallele iniziative di formazione attuate dal Ministero della pubblica istruzione sui problemi delle tossicodipendenze. Tale intervento si è proposto l'obiettivo di diffondere conoscenze e materiali omogenei tra i docenti, affinché essi possono organizzare efficaci programmi di informazione sull'AIDS nelle scuole medie superiori; b) l'attuazione di iniziative di informazione sull'AIDS nei luoghi di lavoro, con l'intervento operativo delle organizzazioni di volontariato e la collaborazione dei sindacati; c) la realizzazione di corsi di formazione per medici sportivi ed associazioni sportive, in collaborazione con il C.O.N.I., nonché di iniziative specifiche di informazione per i giovani che praticano lo sport, per i medici e per gli altri operatori (massaggiatori, allenatori, ecc.); d) la diffusione di filmati, opuscoli e materiali diversi già prodotti nel corso delle precedenti campagne, attraverso i circuiti delle discoteche e di altri luoghi di aggregazione.

In relazione ai contenuti degli interventi, che di volta in volta sono stati definiti dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, sono state determinate per le diverse campagne, le risorse finanziarie da utilizzare e sono state individuate le Agenzie di pubblicità e di pubbliche relazioni cui affidare, in appalto, la realizzazione dei programmi previsti.

In particolare:

- la prima campagna è stata affidata a tre Agenzie (Armando

Testa S.p.a., MAC Comunicazione Integrata S.p.a., O.D.G. S.r.l.), selezionate con procedura di appalto concorso: l'importo complessivo lordo dei tre contratti è stato determinato in lire 20 miliardi;

- la seconda campagna è stata affidata alle medesime agenzie che avevano realizzato la prima, previa procedura di verifica della congruità ed idoneità dei programmi dalle stesse predisposti, da parte di apposita Commissione ministeriale: l'importo complessivo lordo dei tre contratti è stato fissato in lire 35 miliardi lordi;

- la terza campagna è stata affidata a quattro Agenzie (Armando Testa S.p.a., Publicis FCB-MAC S.p.a., Young & Rubicam S.p.a., SCR Associati S.r.l.) selezionate con procedura di appalto-concorso: l'importo complessivo dei tre contratti è stato stabilito in lire 48 miliardi lordi;

- la quarta campagna, come la seconda, è stata realizzata mediante conferma delle Agenzie che erano state selezionate per l'attuazione della precedente, previa verifica di congruità ed idoneità dei programmi predisposti da parte di apposita Commissione: l'importo complessivo dei quattro contratti è stato fissato in lire 37 miliardi e 468 milioni lordi.

Tutti i contratti, nelle diverse campagne, sono stati predisposti utilizzando lo schema approvato dal Consiglio di Stato nel 1988. Sono stati altresì sottoposti al preventivo controllo da parte della Corte dei Conti, unitamente alla documentazione concernente il programma operativo e a quella riguardante le previsioni di spesa, analiticamente evidenziate per ciascuna delle iniziative proposte.

In merito alla procedura seguita, si deve sottolineare che la materia degli interventi del Ministero della sanità nel settore delle infezioni da HIV è regolata dalle speciali disposizioni contenute dall'articolo 5 del decreto-legge 8 febbraio 1988, n.27, convertito con modificazioni nella legge 8 aprile 1988, n. 109, le quali consentono che i provvedimenti relativi siano assunti anche in deroga alle leggi vigenti, ivi comprese le norme di contabilità generale dello Stato. Tale particolare regime giuridico è da porre in relazione con l'esigenza che le iniziative volte a contrastare la diffusione dell'infezione siano attuate dalle apposite strutture operative del Ministero della sanità e dall'Istituto

superiore di sanità - al pari degli interventi nei settori dell'assistenza, della sorveglianza epidemiologica, della formazione e della ricerca - con la indispensabile incisività, tempestività e continuità.

Benchè le richiamate norme autorizzino il ricorso alla trattativa privata, il Ministero ha ritenuto opportuno effettuare, in occasione della prima campagna del 1988 una adeguata selezione tra le varie Agenzie pubblicitarie, avvalendosi di apposita Commissione giudicatrice. Una uguale selezione è stata effettuata per la terza campagna del 1991, in considerazione della circostanza che l'esperienza aveva fatto emergere l'opportunità di enucleare dal complesso delle iniziative programmate, assai impegnativo e diversificato, le cosiddette "attività collaterali", ossia gli interventi speciali verso i settori a rischio, da realizzare con strumenti diversi dalla comunicazione pubblicitaria, affidandone in modo separato l'attuazione ad una agenzia da scegliere tra quelle appartenenti al settore delle pubbliche relazioni, perchè più idonee, per caratteristiche organizzative ed esperienze professionali, ad assolvere all'incarico di cui trattasi. Nel 1990 e nel 1992, per la seconda e la quarta campagna, si è ritenuto invece di procedere mediante conferma dei precedenti contratti, in quanto le iniziative si configuravano come sostanziale prosecuzione di quelle attuate negli anni che precedevano.

Per quanto concerne l'entità della spesa, si deve sottolineare:

- che gli importi contrattuali hanno sempre avuto carattere di onnicomprensività, con esclusione di ogni revisione dei prezzi stabiliti;

- che all'interno delle specifiche previsioni, i singoli pagamenti sono stati sempre autorizzati, mese per mese, previa verifica della documentazione amministrativo-contabile da parte di apposita Commissione di vigilanza presieduta da un magistrato del Consiglio di Stato o della Corte dei Conti;

- che i relativi provvedimenti sono stati infine sottoposti, per tutte le campagne, al controllo preventivo della Ragioneria centrale e della Corte dei Conti secondo le norme ordinarie.

Obiettivi, contenuti e modalità di attuazione delle campagne del 1991 e del 1992 sono stati esaminati ed approvati, oltre che dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, anche dal

Comitato interministeriale per l'AIDS costituito ai sensi dell'art.8 della legge 5 giugno 1990, n. 135.

Nelle varie campagne sono stati, inoltre, coinvolte sia nella fase di definizione dei programmi che in quella attuativa, le principali associazioni di volontariato, in modo particolare per la realizzazione degli interventi di carattere mirato (omosessuali, tossicodipendenti, ecc.).

Qualche considerazione generale può essere conclusivamente fatta in merito alle campagne informative.

I risultati emersi dalle indagini demoscopiche che sono state effettuate sono indicativi di un soddisfacente livello di conoscenza, da parte della popolazione, sui rischi dell'infezione e sulle modalità per evitare il contagio; largamente condivisa è l'attesa che a livello istituzionale vi sia un impegno continuo sul versante dell'informazione, soprattutto nei confronti dei giovani.

I dati epidemiologici degli ultimi semestri evidenziano che vi è nel nostro Paese, un certo rallentamento nello sviluppo dell'epidemia, con un numero di casi più contenuto rispetto alle previsioni formulate qualche anno fa. E' legittimo ritenere che questo risultato sia da ascrivere in larga misura alle attività di prevenzione ed informazione.

Un elemento indiretto di conferma dell'efficacia delle campagne informative si può ricavare anche dalle rilevazioni che vengono effettuate sulle condizioni dei tossicodipendenti che affluiscono ai Servizi delle unità sanitarie locali (SERT). Su 40.000 casi sottoposti al test per l'infezione da HIV, contro una media di soggetti sieropositivi del 40 per cento circa, riscontrata tra quanti sono in trattamento da più anni, la percentuale di positività è scesa al 19 per cento circa per i nuovi utenti. Si tratta, in questi casi, dei soggetti più giovani che hanno sicuramente tratto beneficio dalle maggiori informazioni sui mezzi di prevenzione fornite in questi anni con le varie campagne e in particolare con quelle a carattere mirato per i settori a rischio.

Costruzione e ristrutturazione di posti letto nei reparti di ricovero di malattie infettive

L'art. 1 della legge 5 giugno 1990, n. 135, prevede la costruzione e ristrutturazione di posti letto nei reparti di malattie infettive ed in altri reparti impegnati prevalentemente nella lotta alle infezioni da HIV.

I relativi interventi comprendono, assieme alle opere edilizie, anche le attrezzature e gli arredi, la realizzazione di spazi di ospedale diurno e l'istituzione o il potenziamento dei laboratori, sia negli ospedali che nelle cliniche o istituti universitari, per un ammontare complessivo di 2.100 miliardi, con priorità per le opere di ristrutturazione e con graduale realizzazione delle nuove costruzioni.

Il programma, sulla base delle localizzazioni degli interventi individuati dalle Regioni, comporta globalmente la costruzione di 3.016 nuovi posti letto e di 1.357 posti in regime di day-hospital nonché la radicale ristrutturazione di altri 2.544 posti letto.

Di seguito viene rappresentata la cronologia degli adempimenti che si sono succeduti nel tempo, nonché l'attuale situazione degli interventi stessi nelle singole Regioni:

5/6/1990 - Legge n. 135/90 che agli artt. 1 e 2 affida al Ministero della sanità la gestione di 2.100 miliardi per la realizzazione, con procedure derogatorie e con il ricorso a società concessionarie di servizio, di posti letto nel settore delle malattie infettive.

13/6/1990 - Il Consiglio sanitario nazionale viene sentito sulla localizzazione degli interventi edilizi e il potenziamento tecnologico delle strutture di malattie infettive.

14/6/1990 - Il Ministero della Sanità richiede alle Regioni di esprimere il proprio parere sulla proposta di dimensionamento e di localizzazione per Regioni degli interventi, così come formulata dalla Commissione nazionale per la lotta all'AIDS.

28/6/1990 - Il CIPE fissa con propria deliberazione i criteri per la individuazione delle società cui affidare in concessione le attività inerenti il programma di interventi edilizi per l'AIDS.

12/7/1990 - Il Ministero della Sanità pubblica sul foglio inserzioni della G.U. e - il 19/7/1990 - sui principali quotidiani a diffusione nazionale il bando di gara di qualificazione per la

concessione, fissando al 30/7/1990 il termine ultimo per la presentazione della documentazione di rito.

1/8/1990 - 15 società nazionali ed estere risultano partecipanti alla gara. Una apposita Commissione, nominata dal Ministro della sanità, valuta la documentazione e risultano vincitori della gara di qualificazione 3 Consorzi.

1/8/1990 e 2/8/1990 - Il Ministro della sanità rassegna al CIPE:

* il programma degli interventi formulato dalle Regioni e avallato dal Consiglio sanitario nazionale;

* l'esito della gara di qualificazione espletata.

3/8/1990 - Il CIPE approva il programma degli interventi e indica i Consorzi (CONSOMI-FIS-MEDIN) cui affidare in concessione le attività inerenti il programma di interventi edilizi per l'AIDS.

14/12/1990 - Il Ministro del bilancio formalizza con proprio decreto la deliberazione di individuazione dei Consorzi con i quali stipulare le convenzioni in concessione.

16/1/1991 - Il Ministro della sanità sottopone al Ministro dei LL.PP. (e per esso al parere del Consiglio superiore dei lavori pubblici) lo schema di convenzione pattuito con i Consorzi.

5/2/1991 - Sollecito al Ministro dei lavori pubblici.

2/3/1991 - Ulteriore sollecito al Ministro dei lavori pubblici per una rapida pronuncia sullo schema di convenzione.

28/3/1991 - Il Ministro dei LL.PP. formalizza il parere favorevole, assunto in data 21/3/1991, dalla I^a Sezione del Consiglio superiore dei LL.PP.

15/5/1991 - 30/5/1991 - Il Dirigente generale del S.C.P.S., su delega del Ministro, sottoscrive le convenzioni di concessione.

4/7/1991 - Il Ministro della sanità, con propri decreti, approva le convenzioni sottoscritte con i Consorzi concessionari.

6/7/1991 - I decreti e le convenzioni vengono inviate alla Ragioneria centrale per la sottoposizione all'approvazione della Corte dei Conti.

8/8/1991 - Presentazione da parte delle società concessionarie dei programmi generali degli interventi, verificati nella loro fattibilità con le USL e con le Regioni interessate, con proposte di variante rispetto al programma iniziale nei casi di riscontrata impossibilità di attuazione.

15/5/1991 e 28/10/1991 - Elaborazione, a cura di un gruppo di esperti, delle "Prescrizioni e linee di guida per la progettazione e realizzazione delle strutture di malattie infettive".

6/11/1991 - Data inizio dell'esame, da parte del Nucleo di Valutazione del Ministero della sanità, dei programmi esecutivi elaborati dalle Società concessionarie e approvazione di quelli conformi, con richiesta alle Regioni di far conoscere il proprio avviso sulle soluzioni difformi.

4/2/1992 - Il Ministro della sanità approva con propri decreti i programmi esecutivi conformi, favorevolmente valutati dal Nucleo di Valutazione, con riserva di sottoporre al CIPE le varianti che abbiano ricevuto l'assenso delle Regioni.

6/5/1992 - Riunione congiunta con i rappresentanti di alcune Regioni e delle Società concessionarie per l'organizzazione delle conferenze regionali di servizio sui progetti di massima già valutati positivamente dal Nucleo di Valutazione ai fini del rilancio di tutte le autorizzazioni necessarie alla realizzazione degli interventi.

18/6/1992 e 6/8/1992 - Il Ministro della sanità approva con propri decreti i progetti di massima, favorevolmente valutati dal Nucleo di Valutazione.

7/8/1992 - Il Ministro della sanità richiede alle regioni la convocazione delle Conferenze regionali per l'esame dei progetti di massima approvati.

27/10/1992 - Il Ministro della sanità invita i Commissari di Governo ad adoperarsi per il rapido espletamento delle conferenze.

17/12/1992 - Riunione Conferenza Stato-Regioni, durante la quale il Governo sollecita le Regioni a concludere le conferenze regionali.

Il Nucleo di valutazione, costituito ex art. 20 legge n° 67/88, ha tenuto, a tutto il 2/2/1993, 24 riunioni e precisamente:

06.11.1991; 13.11.1991; 19.11.1991; 26.11.1991; 03.12.1991;
10.12.1991; 18.12.1991; 22.01.1992; 04.02.1992; 25.02.1992;
21.04.1992; 20.05.1992; 02.06.1992; 09.06.1992; 16.06.1992;
14.07.1992; 29.07.1992; 15.09.1992; 22.09.1992; 20.10.1992;
01.12.1992; 15.12.1992; 26.01.1993; 02.02.1993.

Nel corso delle citate sedute sono stati esaminati 342 interventi (per istituzione o ristrutturazione di reparti con posti letto e potenziamento o istituzione di laboratori) dei quali 316 hanno ottenuto parere favorevole per un complessivo numero di 5.653 posti letto a fronte dei 6.917 previsti.

I dati finanziari provvisori (importi presunti scaturenti dai quadri economici) dei citati progetti di massima valutati positivamente dal Nucleo ammontano a circa 1.327 miliardi. Per una maggiore specificazione dei dati si rinvia agli allegati 1 e 2.

Le conferenze regionali di servizio indette ai sensi dell'art. 3 della legge 135/90, per i pareri da esprimere per i progetti di massima approvati riguardanti la costruzione o ampliamento di posti letto - dopo una fase iniziale di organizzazione e contemperamento delle esigenze delle singole amministrazioni partecipanti - sono state tenute quasi in tutte le Regioni e, tutt'ora, sono in corso di svolgimento. Alla data del 25 febbraio 1992 dette conferenze hanno approvato 57 progetti su 95 presentati. Il numero di progetti con le relative specifiche per Regione sono riportate nell'allegato 3.

Criteri di finanziamento dei progetti di ricerca

I criteri per l'assegnazione dei finanziamenti dei progetti di ricerca per l'anno 1992, così come per gli anni precedenti e seguenti, sono stati i seguenti:

1. Le proposte ricevute sono state istruite presso la Segreteria del Progetto AIDS, c/o Laboratorio di Virologia, ISS, per controllare la loro completezza e rispondenza ai requisiti richiesti nel Bando. Immediatamente dopo sono state inviate a) a tutti i Componenti della Commissione aggiudicatrice dei Progetti, e b) per la parte redatta in inglese ai due Componenti stranieri della stessa Commissione, Dr.i Fauci e Griscelli.

2. Allo stesso tempo le Proposte, complete di ogni eventuale parte accessoria, sono state inviate ad almeno quattro Revisori italiani a cui è stato chiesto di redarre un parere scritto rigidamente anonimo sulla Proposta con l'indicazione numerica in scala decimale della Priorità assegnata alla Proposta. Al ricevimento delle risposte dei Revisori italiani e dei Dr.i Fauci e Griscelli, si è proceduto ad introdurre le priorità in un sistema informatizzato (dal quale non è possibile in alcun modo risalire all'identità del Revisore stesso), dal quale si otteneva una Scheda riassuntiva delle Priorità assegnate dai Revisori italiani e dai Dr.i Fauci e Griscelli.

3. La Commissione aggiudicatrice dei finanziamenti si è riunita presso l'ISS, ed ha preso visione dei pareri inviati dai Revisori, proposta per proposta, con le relative priorità ad essa assegnate. Per decisione unanime, ogni qualvolta i pareri dei Revisori erano concordanti (cosa che avviene nel 75-80% dei casi), la Commissione ne ha preso atto e si è limitata o a) a determinare l'ammontare dell'assegnazione stessa, sempre tenendo conto degli eventuali suggerimenti specifici espressi dai Revisori, o b) a sanzionare il parere negativo dei Revisori. Nei rimanenti casi la Commissione ha discusso i pareri contrastanti dei Revisori ed ha raggiunto una propria decisione positiva o negativa sulla base della qualità scientifica e della pertinenza al tema AIDS. Copie dei pareri dei Revisori sono sempre state inviate a tutti coloro che ricevevano l'assegnazione, mentre nei casi in cui la decisione era stata negativa, tale invio è avvenuto su richiesta del Proponente.

4. Al bando ISS per le proposte di ricerca da afferire al IV progetto di ricerca AIDS (1992) il Ministro della sanità On.le De

Lorenzo volle fosse acclusa una sua lettera in cui venivano chiarite le direttive politico-scientifiche a cui ci si doveva attenere nel decidere l'assegnazione dei fondi per il suddetto Progetto. Egli decise, in breve, che dall'ampio lavoro di raccolta delle proposte attinenti all'AIDS effettuato negli anni precedenti si dovesse passare ad una severa scrematura delle stesse con l'obiettivo di restringere, ottimizzandolo, il finanziamento alle proposte migliori e più finalizzate al problema AIDS stesso. Pertanto, la Commissione aggiudicatrice, con il consueto conforto del parere anonimo di Revisori italiani ed esteri, fu costretta ad operare un taglio del 43,2% delle proposte già finanziate negli anni precedenti, ovviamente sulla base del lavoro svolto negli anni precedenti, della qualità scientifica della proposta presentata e della sua attinenza al tema AIDS. E' in questo quadro generale che non è stato rinnovato per il 1992 il finanziamento alla LILA, che ha richiesto ed ottenuto copia della scheda riassuntiva dei giudizi e copia dei singoli giudizi dei Revisori italiani e stranieri. Lo stesso Ministro De Lorenzo dispose, altresì, che su altri fondi (circa due miliardi) venissero finanziate, ove opportuno, le attività svolte come associazione. Ed in questo contesto le attività della LILA sono state riconosciute e finanziate.

5. Le decisioni della Commissione aggiudicatrice, sono state, anno per anno, passate al vaglio di una riunione pubblica, tenuta ad Orbetello nel periodo maggio-giugno, di rendiconto scientifico in cui tutti i Responsabili dei Progetti finanziati hanno esposto, o in forma orale o per mezzo di poster, le loro richieste. Ognuno dei partecipanti aveva da tempo ricevuto copia del Progetto esecutivo del progetto AIDS di quell'anno. Inoltre dal 1992 in poi, sono stati redatti dall'ISS specifici Rapporti ISTISAN in cui sono elencate tutte le pubblicazioni scientifiche prodotte da ogni Unità operativa dei Progetti AIDS.

ALLEGATO 2

MINISTERO DELLA SANITA' SUPPORTO NUCLEO VALUTAZIONE		
REGIONE	PROGETTI DI MASSIMA IMPORTI QUADRI ECONOMICI	
	LAVORI-IMPIANTI ARREDI E ATTREZZATURE	LABORATORI
CON.SOMI		
PIEMONTE	131.122,0	10.718,2
VALLE D'AOSTA	172,0	281,0
LOMBARDIA	263.262,0	32.640,2
P.A. BOLZANO	8.977,0	1.075,0
P.A. TRENTO	12.220,0	1.095,0
FRIULI	17.851,0	2.939,0
LIGURIA	46.503,0	4.261,1
TOTALE	480.107,0	53.009,5
FIS		
VENETO	103.115,0	18.230,4
EMILIA ROM.	80.814,9	3.592,8
TOSCANA	74.986,8	5.096,9
UMBRIA	19.832,0	319,3
LAZIO	60.169,0	9.790,1
TOTALE	338.917,7	37.029,5
MED.IN		
MARCHE	16.400,0	3.206,0
ABRUZZO	14.055,0	2.707,0
MOLISE	3.494,0	1.092,0
CAMPANIA	140.860,0	16.472,0
PUGLIA	46.899,0	7.839,0
BASILICATA	3.024,0	726,0
CALABRIA	42.894,0	4.705,0
SICILIA	66.567,0	8.026,0
SARDEGNA	36.311,0	2.878,0
TOTALE	370.504,0	47.651,0
TOTALE	1.189.528,7	137.690,0
TOTALE GEN.	1.327.218,7	

XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 31 MARZO 1993

MINISTERO DELLA SANITA'
S.C.P.S. - Supporto tecnico Nucleo di Valutazione

ALLEGATO 3

CONFERENZE al 25 febbraio 1993

REGIONE	RIUNIONE PRELIMINARE	CONVOCAZIONE	SVOLGIMENTO	PROGETTI PRESENTATI	PROGETTI APPROVATI
PIEMONTE	8-9 febbraio				
VALLE D'AOSTA					
LOMBARDIA	18/9/92		27 e 28/1/93	13	13
P.A.BOLZANO					
P.A.TRENTO	25/9/92		14/12/92	1	1
VENETO			19 e 20/11/92	19	19
FRIULI V.G.		4/2/93 (non conclusa)	22/2/93	2	2
LIGURIA			10/12/92	2	2
EMILIA ROMAGNA	14/1/93		26/1/93	2	1
TOSCANA	11/15 - 18/21 genn.		17 e 19 febb. '93	9	9
UMBRIA	26/11/92		3/12/92	5	5
MARCHE			13/1/1993	5	5
LAZIO					
ABRUZZO			21/12/92	5	5
MOLISE			11/2/93	1	1
CAMPANIA	21/1/93		18/2/93	9	6
PUGLIA	29/1/93		5/2/93 e 12/2/93	7	7
BASILICATA					
CALABRIA			17/12/92	3	3
SICILIA		(23/2/93)	23/2/93	5	
SARDEGNA	12/11/92 e 14/12/92		8/2/93 e 15/2/93	7	7
TOTALE				95	57