

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

XVII

SEDUTA DI MARTEDÌ 12 OTTOBRE 1993

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

**AUDIZIONE DEI MINISTRI DELLA SANITÀ, ONOREVOLE MARIAPIA GARAVAGLIA;
DEL TESORO, PROFESSOR PIERO BARUCCI, E PER LA FUNZIONE PUBBLICA,
PROFESSOR SABINO CASSESE, IN ORDINE ALLE INIZIATIVE DEL GOVERNO
CIRCA IL RIORDINO DEL SETTORE SANITARIO**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
Audizione dei ministri della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, del tesoro, professor Piero Barucci, e per la funzione pubblica, professor Sabino Cassese, in ordine alle iniziative del Governo circa il riordino del settore sanitario:	
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	409, 417, 421
Casilli Cosimo (gruppo DC)	420
Garavaglia Mariapia, <i>Ministro della sanità</i>	410, 413, 414, 415, 419, 420
Giannotti Vasco (gruppo PDS)	413, 414, 415, 419, 420, 421
Poggiolini Danilo (gruppo repubblicano)	417
Trupia Abate Lalla (gruppo PDS)	409

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 16,20.

Audizione dei ministri della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, del tesoro, professor Piero Barucci, e per la funzione pubblica, professor Sabino Cassese, in ordine alle iniziative del Governo circa il riordino del settore sanitario.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, dei ministri della sanità, onorevole Mariapia Garavaglia, del tesoro, professor Piero Barucci, e per la funzione pubblica, professor Sabino Cassese, in ordine alle iniziative del Governo circa il riordino del settore sanitario.

L'ufficio di presidenza della XII Commissione affari sociali della Camera dei deputati, riunitosi il 23 settembre 1993, tenuto conto che in questa legislatura sono stati adottati numerosi ed importanti interventi in materia sanitaria con lo strumento del decreto-legge, spesso in maniera non organica, riteneva opportuna un'audizione dei ministri della sanità, per la funzione pubblica e del tesoro in relazione al complesso delle iniziative di riordino del settore sanitario che il Governo ha preso o intende assumere.

In particolare l'audizione è diretta a conoscere: le iniziative del Governo per dare attuazione al piano sanitario nazionale e assicurare a tal fine i necessari finanziamenti già in sede di esame della legge finanziaria e dei provvedimenti collegati; la posizione del Governo sulla sistemazione di alcune categorie del personale del Servizio sanitario nazionale, og-

getto di emendamenti presentati, da ultimo, al decreto-legge n. 324 (proroga amministratori straordinari delle USL) e non discussi, in quanto estranei alla materia trattata da quel provvedimento; la posizione del Governo in ordine all'assenso al trasferimento alla sede legislativa dei testi unificati delle proposte di legge riguardanti il riordino delle professioni infermieristiche e gli interventi nei confronti della fibrosi cistica; infine la posizione del Governo sulla proposta di legge dell'onorevole Giannotti concernente la soppressione del ticket, e su quella di iniziativa popolare in materia di riordino del Servizio sanitario nazionale.

Avverto che i ministri del tesoro Barucci e per la funzione pubblica Cassese sono impegnati al Senato per l'esame della legge finanziaria e del provvedimento collegato.

Data la ristrettezza dei tempi a nostra disposizione, riterrei opportuno avviare direttamente la fase delle domande.

Do pertanto la parola ai colleghi che intendano intervenire.

LALLA TRUPIA ABATE. Vorrei rivolgere al ministro, che ringrazio per la sua presenza, la stessa domanda che ho posto la settimana scorsa in questa Commissione, sperando che sia in grado di darci una risposta.

Penso che possiamo essere d'accordo sul piano sanitario nazionale nel suo insieme, ossia sulle finalità, i contenuti ed anche su alcune priorità specifiche: mi riferisco in particolare a quella attribuita al progetto materno-infantile, che poi è anche il frutto di una discussione svoltasi in questa sede e di una risoluzione unitaria della nostra Commissione.

Vi è però un punto che considero prioritario e dal quale non è possibile prescindere, altrimenti sarebbe quasi inutile discutere. Intendo dire che possiamo entrare nel merito del piano sanitario, che dovrebbe avere quanto meno l'ambizione di essere un piano di programmazione, soltanto se vi è un'ipotesi di copertura finanziaria. Poiché questa parte non è allegata al piano sanitario, diventa assurdo fare un esercizio di pura e semplice retorica. È questo un quesito pregiudiziale, sul quale vorrei avere risposta dal ministro.

Vorrei anche sapere quanto alcune scelte contenute nel piano siano compatibili con altre decisioni assunte nell'azione del Governo e nell'ambito della stessa legge finanziaria. Si è parlato, per esempio, dell'esenzione dal pagamento dei ticket per alcune fasce d'età (da zero a dodici anni e oltre i 65 anni). Tale criterio di esenzione non comprende, però, alcune finalità del piano che, a mio avviso, assumono notevole importanza: mi riferisco, per esempio, alla prevenzione materno-infantile, perché potremmo trovarci ad aver esentato i bambini da zero a dodici anni e gli anziani oltre i 65 anni ed avere, invece, le gravidanze a rischio, o anche le normali gravidanze, che soggiacciono alla scure dei ticket previsti dal Governo. Non vorrei, insomma, che si togliesse con la mano sinistra ciò che è stato dato con la destra. È questo un punto di fondo che gradirei venisse chiarito dal ministro.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Signor presidente, come i colleghi fanno anche in base al regolamento del Senato, come in base a quello della Camera, quando si discutono i documenti di bilancio è obbligatoria la presenza del ministro. Pertanto i senatori mi hanno concesso, per così dire, una sorte di « libertà vigilata », avendo io dichiarato che di solito cerco di obbedire al Parlamento per cui, come mi ero recata al Senato, volevo essere presente anche in questa sede. Il tempo a disposizione è però, purtroppo, molto limitato.

Sono tanti i documenti del cosiddetto sindacato ispettivo presentati dal Parla-

mento e, nella fattispecie, dai colleghi di questa Commissione e ad essi si aggiunge quanto detto da lei, signor presidente, nonché la domanda molto ampia rivolta dalla collega Trupia Abate. Tutte queste sollecitazioni mi danno modo, per ora, di fornire una serie di informazioni e di svolgere una serie di riflessioni, ma forse non sarà possibile tenere oggi sia il dibattito sia la replica.

Il piano sanitario nazionale, la legge finanziaria, il decreto legislativo n. 502 del 1992, nonché la premessa di tutto questo, ossia la legge delega n. 421 del 1992, stanno delineando un pacchetto di misure sanitarie che il Governo ha cercato di tenere collegate con una certa sistematicità. È evidente che sono tutti strumenti che, poi, vengono affidati al Parlamento. Se, allora, l'impostazione che il Governo ha utilizzato nel tenere insieme questi strumenti venisse condivisa, è evidente che i suggerimenti del Parlamento diventerebbero integrativi ed emendativi; se, al contrario, il Parlamento pensasse ad un'impostazione strutturale e culturale diversa, sarebbe necessario che esso stesso delineasse una manovra volta ad utilizzare tali differenti strumenti, riscritti con coperture diverse.

Per quanto mi riguarda, posso soltanto riferire ciò che sono riuscita a fare io stessa, poi valuterò in che modo sarà possibile accogliere ciò che è compatibile, complessivamente, con la manovra che ho impiantato, relativamente ai tre atti normativi che ho citato. Con la strumentazione attualmente a disposizione, diventa possibile votare il piano sanitario nazionale per mezzo di una mozione, quindi sappiamo che prima della fine dell'anno finalmente il piano sarà approvato. Sicuramente, poi, il Parlamento esaminerà entro l'anno il decreto legislativo n. 502, che verrà approvato definitivamente. La manovra finanziaria, infine, come è noto, è un atto vincolato costituzionalmente, per cui certamente — prima o poi — i disegni di legge finanziaria e di bilancio verranno approvati.

Abbiamo quindi di fronte, non per merito di questo ministro, una serie di stru-

menti che possono essere letti tenendo conto di tre criteri dominanti, che spero di essere riuscita a far emergere. Mi riferisco in primo luogo ad una forte riorganizzazione istituzionale a favore delle regioni. Anche prima che presentassi questi strumenti, il primo atto che sono riuscita a compiere è stato quello di inserire in un decreto-legge un articolo che facesse comprendere come l'attuazione delle leggi n. 67 del 1988 e n. 35 del 1991 fosse affidata alle regioni: poi, come avete visto, la materia ha preso corpo in un decreto autonomo, che così è diventato monotematico e, quindi, più facile da esaminare. Questa Camera lo ha discusso ed il Governo, ripresentando il decreto, ha recepito *in toto* gli emendamenti introdotti da questa Commissione. A ciò si collega il secondo dei criteri cui ho fatto riferimento, rappresentato da un forte indirizzo parlamentare. Riepilogando, quindi, i due obiettivi di politica generale, di riordino istituzionale, che mi toccano da vicino sono, dal mio punto di vista, i seguenti: in primo luogo, fare in modo che le regioni entro un tempo sufficientemente breve — determinato anche, in parte, dalla sentenza della Corte Costituzionale — realizzino il massimo di protagonismo, fino al punto che non avranno più dallo Stato neppure il ripianamento dei debiti, perché si dovrà arrivare a consolidare il debito e ad individuare meccanismi che consentano loro di superare il pregresso; in secondo luogo, l'indirizzo parlamentare, che speriamo dia omogeneità ad una politica sanitaria di rilievo nazionale.

Il terzo dei criteri che ho indicato è, me ne rendo conto, più ideologico che istituzionale, ma forse anche nelle riforme istituzionali si realizza l'ideologia. Tale criterio è volto a fare in modo che il Fondo sanitario nazionale, sufficiente o meno — questo è un giudizio politico —, sia destinato ad organizzare la risposta sanitaria e non assistenziale. Nel dire questo guardo bene in faccia l'onorevole Caccavari — non vedo in questo momento presente l'onorevole Battaglia —, perché dopo tanti anni, pur non negando l'integrazione socio-sanitaria (ed il piano fa comprendere che sono

ben lontana dal credere che il sociale si separi dal sanitario), non credo però che la risposta sanitaria ad un bisogno, appunto, sanitario, sia da utilizzare anche a fini di riequilibrio del reddito. Intendo dire che bisogna tenere ben distinta l'indigenza dalla malattia: avere a disposizione il farmaco o la diagnostica non fa sì che il reddito del disoccupato diventi diverso. Ritengo che il Governo *in toto* debba farsi carico di affrontare il problema di tenere distinto il Fondo sanitario nazionale da interventi integrativi di carattere assistenziale per il bisogno contingente, o duraturo, di una famiglia. Ribadisco però — e so che la mia posizione può non essere condivisa — che fino a quando non si farà chiarezza sulle finalità del Fondo sanitario nazionale si rischierà di determinare ogni anno dei tagli, a causa della dilatazione delle due fonti di spesa, quella sanitaria e quella assistenziale. Così facendo, anche le rimesse assistenziali potrebbero diventare inferiori alle necessità e può darsi che in anni difficili — penso per esempio al 1994 — le spese assistenziali continuino ad aumentare, ma non è possibile far lievitare per questo motivo le spese sanitarie.

Questi tre criteri hanno fatto sì che nel piano sanitario nazionale vi fosse un capitolo finale concernente la dotazione finanziaria.

Il ministro Spaventa mi aveva chiesto, in sede di Consiglio dei ministri, di approvare il piano senza l'ultima parte, in quanto, dovendosi affrontare entro breve tempo la legge finanziaria, il Governo avrebbe corso il rischio di approvare un documento contenente una previsione che poteva essere modificata *in itinere*. Poiché il piano rimaneva nelle « mani » del Parlamento, quest'ultimo avrebbe avuto la possibilità di dare proprie indicazioni con una mozione; alla legge finanziaria sarebbe spettato il compito di realizzare l'assetto finanziario del piano. Successivamente, sarebbe stato possibile aprire un confronto con le regioni per verificare l'entità del loro fabbisogno anche in vista del ripiano dei debiti.

Con la sentenza emanata in materia dalla Corte costituzionale (tale sentenza

diventa in effetti « legge » nel momento in cui viene emanata) ci è stato chiesto di consentire alle regioni una graduale attribuzione di dirette responsabilità finanziarie.

Pertanto, sulla base di questi tre criteri, nella loro successione temporale (che evidentemente diventa anche di ordine politico in quanto ci si assume la responsabilità di portare a compimento un tale disegno) ho potuto accettare che il piano sanitario venisse approvato senza l'ultima parte.

Il decreto legislativo n. 502 del 1992 definisce i criteri per finanziare il piano sanitario nazionale. Ne consegue che il Fondo sanitario nazionale viene di sicuro stabilito con criteri che, sulla base del decreto legislativo n. 502 e della legge finanziaria, dovremo assumere.

Come avrete potuto constatare l'emergenza rappresenta una delle linee guida del piano. È uno dei servizi che se fosse stato effettivamente attuato, gli italiani avrebbero potuto contare su un Servizio sanitario nazionale a loro più vicino. È infatti l'emergenza che fa capire se le cose funzionano o meno!

Il Friuli e l'Emilia-Romagna, a prescindere dal decreto del Presidente della Repubblica istitutivo del cosiddetto « 118 », avevano piani di emergenza che sono diventati quasi esemplari. In realtà, l'area di applicazione del servizio del « 118 » non si è ampliata di molto, a livello nazionale. Ho tuttavia inserito questo argomento nel piano sanitario ed ho costituito una commissione di esperti — in cui *magna pars* sono appunto il Friuli e l'Emilia-Romagna — con il compito di favorire una diffusione di questo servizio sull'intero territorio nazionale. In altri termini ho attivato una commissione ministeriale che dovrebbe compiere il lavoro che spetterebbe alla futura agenzia. Tale commissione è una sorta di test su come dovrebbe funzionare un'agenzia di servizi regionali.

Se nei livelli uniformi di assistenza inserisco quello dell'emergenza, ma essa non viene effettivamente attuata, finisco con lo stabilire un livello uniforme che penalizza, in sostanza, anche chi spende sul serio per l'emergenza. Ritengo che

responsabilizzare una regione significhi dare ad ogni regione una quota capitaria senza vincoli di destinazione. In questo modo, infatti, ciascuna regione può « giostrare » tale quota a beneficio dell'assistenza dei minori, degli anziani e via dicendo. Occorre evitare che i finanziamenti vadano a finire in una quota capitaria, come se vi fosse un livello omogeneo di assistenza, che di fatto non realizza l'obiettivo prefissato.

Il motivo per cui ho atteso a finanziare il piano sanitario è perché per alcuni settori si avranno finanziamenti *ad hoc*. Solo chi presta una certa assistenza godrà del finanziamento! Invece se avessi finanziato il piano sanitario in maniera eguale, tutto sarebbe rientrato in criteri uniformi, secondo quanto fissato dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 502.

Relativamente al piano sanitario ed alla legge finanziaria gli aspetti della gravidanza e della maternità rivestono un significato particolare. Speravo di poter cogliere l'occasione della presentazione del piano sanitario e della finanziaria, contenente la divisione in fasce di età piuttosto che di reddito, per eliminare la necessità di un controllo. Come è noto, infatti, per l'applicazione del sistema delle fasce di reddito c'è bisogno dell'autocertificazione. Si possono avere situazioni confuse in cui una persona che percepisce una pensione di 30 milioni ed il coniuge a carico, non pensionato, risultano esenti dal pagamento del ticket. Quando poi il coniuge viene a percepire la pensione minima, la persona che percepisce i 30 milioni non è più esente dal ticket mentre il coniuge continua ad esserlo, a fronte di un aumento del reddito familiare. Il che ha contribuito ad aumentare le difficoltà del rapporto fra i cittadini ed il Servizio sanitario nazionale. Da qui l'idea di semplificare tale rapporto, di eliminare i bollini, l'autocertificazione, insomma di incidere direttamente sulla prevenzione e riabilitazione, le cui spese vengono evitate, laddove è possibile, da quelle famiglie che versano in difficoltà economiche.

I bambini non si ammalano molto: infatti, per quanto ho potuto appurare, è

assai modesta la media annuale delle loro ricette. Se l'assistenza specialistica e diagnostica non è gratuita, è evidente che difficilmente i bambini vengono sottoposti a simili esami. E ciò vale anche i cosiddetti « grandi » vecchi, coloro, cioè che hanno superato i 65 anni di età. Un'età, quest'ultima, individuata dai neuroscienziati e dai geriatri nel corso di diversi congressi. Questa età prescinde da quella pensionabile ed è considerata l'inizio della vecchiaia. Da qui i due progetti-obiettivi del piano a favore dei bambini e dei « grandi » vecchi.

L'esenzione dal pagamento del ticket riguarderà anche i casi cronici e patologie quali, per esempio, l'asma. Siamo dunque riusciti ad evitare l'applicazione del ticket ospedaliero, a prevedere l'esenzione per malattie croniche, per grandi e gravi patologie, nonché l'esenzione per l'assistenza e prestazioni destinate a bambini e persone ultrasessantacinquenni. Al di là di queste situazioni che creano difficoltà all'interno del nucleo familiare, può esserci il momento dell'acuzie. Ma francamente quante volte in un anno ci si rivolge ad uno specialista per situazioni di acuzie?

Se prevediamo l'esenzione generale dal ticket per i farmaci essenziali, è evidente che non vi sarà più il « gioco » dei bollini.

VASCO GIANNOTTI. Anche per gli anziani non c'è bisogno, se tutti i farmaci sono compresi!

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Considerato risolto il problema dei farmaci, gli interventi preventivi e riabilitativi rientrano nella specialistica e nella diagnostica. Quanti esami si fanno in un anno? Di quante visite specialistiche c'è bisogno, oggettivamente? Vediamo cosa si può fare di diverso rispetto all'anno scorso, quando erano previste differenze per fasce di reddito in riferimento ai farmaci, al punto tale che si avevano situazioni in cui tra la franchigia delle 40 mila lire più la percentuale sul prezzo del farmaco si arrivava a pagare un prezzo superiore a quello dello stesso farmaco. Questo è stato eliminato. Successivamente è stata intro-

dotta la franchigia di 100 mila lire più il 10 per cento del prezzo della prestazione. Anche questo è stato eliminato. Quest'anno tutte le categorie, grazie ad una semplificazione del rapporto, potranno spendere di meno.

Nel piano sanitario particolare attenzione viene dedicata all'assistenza materna ed infantile. Sappiamo che c'è una legge, la n. 428 del 1985, che prevede, all'articolo 5, interventi e campagne di prevenzione che possono essere completamente esentati. Gli interventi preventivi per consultori e quelli pediatrici sono compresi fino ad una certa fascia di età. C'è solo il problema degli accessi ai consultori. Al Senato mi hanno detto che la gratuità degli interventi esisteva solo nelle strutture pubbliche: se si vogliono aggiungere anche quelle convenzionate (quelle private ovviamente no), sono disposta ad accettare una modifica in tal senso all'articolo 3 della legge n. 428 del 1985. In tal modo si avrebbe una previsione completa relativa a tutto ciò che attiene al settore materno-infantile (compresi quindi gli interventi per le mamme, e non soltanto per la pediatria) ed a quello dei « grandi » vecchi. Si avrebbe, inoltre, una semplificazione dei rapporti per le fasce intermedie. Il settore, invece, degli indigenti, disoccupati, cassaintegrati (condizione che, d'altra parte, spero sia ciclica nella vita e non tocchi ad una stessa persona per tutti gli anni della sua esistenza) dovrà trovare altri tipi di soluzione. È questa l'impostazione generale.

Vi sono poi anche impostazioni parziali. Nelle mozioni presentate sia alla Camera sia al Senato erano contenute anche richieste di revoca o di abrogazione di atti che il ministro ha già assunto. Nella legge delega era previsto che entro il 30 giugno dovessi predisporre cinque disegni di legge di riordino: li ho presentati ed il 30 giugno sono stati promulgati. Sto ora predisponendo i regolamenti attuativi: quello sul quale vi è più fermento riguarda l'Istituto superiore di sanità. Si tratta di un istituto che io — come sanno coloro che mi conoscono da tre o quattro legislature — considero un gioiello della sanità pubblica e da

presidente ho sempre fatto di tutto per tutelarlo, anche se può apparire il contrario, perché le spinte sono diverse. Il regolamento di tale istituto mira a far sì che esso abbia un'autonomia gestionale, ma che sia strumento del sistema sanitario nazionale. In caso contrario, infatti, verrebbe obiettato che come strumento di ricerca esistono già il CNR e l'università, come è stato affermato anche in una riunione del Consiglio dei ministri. Questo istituto è, invece, organo di ricerca, di controllo e di verifica finalizzato al sistema sanitario nazionale. Si temeva l'organizzazione dipartimentale, quasi fosse un'organizzazione burocratica, come se il dipartimento, cioè, fosse una struttura al di sopra dei laboratori: il dipartimento è invece volto al collegamento funzionale dei laboratori, per cui il capo del dipartimento stesso è uno dei capi dei laboratori, non un soggetto aggiuntivo. Il dipartimento, poi, è variabile, nel senso che può essere modificato a seconda degli obiettivi generali del Sistema sanitario nazionale o dell'istituto stesso, che attraverso il comitato amministrativo e il comitato tecnico-scientifico identifica i suoi obiettivi di ricerca. Pertanto, il capo di uno dei laboratori diventa anche capo del dipartimento, per fare in modo che questo abbia una sua organizzazione di acquisto integrato, di circolazione delle persone, di polifunzionalità persino delle attrezzature.

Mi è parso che alla fine si sia compreso che non intendevo creare una struttura burocratica perché, al contrario, abbiamo bisogno di una semplificazione. È rimasto, però, il problema del direttore generale. Vi è un comitato tecnico-scientifico che, per un istituto di ricerca, dovrebbe essere quasi più importante del comitato amministrativo, però, di fatto, i bilanci vengono approvati da quest'ultimo, quindi nel regolamento (e lo sanno anche quelli che contestano, facendo finta che il ministro non abbia dato il suo assenso, mentre ha già detto di sì) è previsto che il comitato amministrativo sia essenzialmente espressione dei ricercatori, di modo che il comitato tecnico-scientifico si incardini in quello amministrativo.

L'ultimo problema che rimane da risolvere attiene alla chiara fama del personaggio che deve dirigere l'istituto. Mi rivolgo allora all'onorevole Giannotti, qui presente: se il direttore generale precedente ha avuto qualche disavventura (voglia il cielo che sia innocente, ma il giudizio spetta ai magistrati), la cattiva fama non coinvolge l'intero istituto, non tutto l'istituto faceva parte del CIP farmaci o della CUF.

VASCO GIANNOTTI. Comunque sono tutti chiacchierati.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. L'onorevole Giannotti dice così dell'istituto, ma...

VASCO GIANNOTTI. Si trattava di un personaggio...

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Ma io arrivo anche a parlare del personaggio.

VASCO GIANNOTTI. Non è certo di buon gusto.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Può anche essere così, ma io sono abituata a parlare a viso aperto: a maggior ragione in Parlamento, ma lo farei anche in piazza, ritenendo che se le porte e le finestre e addirittura il soffitto del Ministero della sanità fossero aperti tutti ci guadagnerebbero, non solo il ministro *pro tempore* che, come sapete, è talmente convinta di essere *pro tempore* che lavora di gran carriera proprio per fare in modo che qualcun altro trovi i « cocci » già sistemati.

La direzione generale farmaci è diventata il cuore del sistema italiano. Davvero mi chiedo il perché. Io non ho problemi in relazione ai farmaci, ma proprio di nessun tipo: questo è un mondo nel quale si sa tutto, si possono inventare i pettegolezzi e le calunnie, ma si sa tutto. Io non ho nessun problema con questo mondo e allora posso anche parlarne con tranquillità e posso farlo sapendo di non essere

lobbista e di non diventarlo. Se in Italia stiamo spendendo tanto, 10 mila miliardi, pur riducendo fortemente i prezzi dei farmaci e rivedendone drasticamente la lista, dal momento che venti di questi, da soli, raggiungevano i 2.140 miliardi, basterebbe che questi stessi non fossero più rimborsati dallo Stato per fare in fretta a risparmiare — lo capite bene — 6 mila miliardi sulla cosiddetta revisione del prontuario. Ora i farmaci sono diventati il cuore dei problemi dei politici italiani. Mi sto chiedendo davvero il perché.

VASCO GIANNOTTI. Bisognerebbe chiederlo alla cronaca di questi giorni!

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. No, Giannotti, io sono più seria, non rido, perché c'è da piangere su questo argomento! Intendo dire che il Parlamento ha nelle sue mani qualsiasi strumento.

VASCO GIANNOTTI. Lo dica a Poggiolini!

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Ma adesso non c'è più Poggiolini!

VASCO GIANNOTTI. Ma non era solo lui.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Adesso non c'è più Poggiolini e l'incarico è stato affidato all'ex direttore amministrativo dell'Istituto superiore di sanità, dottor Sciotti, che ha le caratteristiche richieste, perché è direttore generale. Non so che appartenenza politica abbia, non mi interessa.

VASCO GIANNOTTI. Ma a noi sì!

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Ma scusi, se un ministro non vuole scegliere in base ai colori e non vuole neppure conoscerli...

VASCO GIANNOTTI. Ma in base alle qualità, sì!

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Ecco, le qualità ci sono. So per certo che è un funzionario capace e in quella posizione è necessaria una persona che faccia funzionare gli uffici, non che sia un farmacologo. È proprio il caso di dire che Poggiolini *docet*. La mia unica preoccupazione era, appunto, di non nominare un Poggiolini. Credo siate in grado di sapere quale sia lo stipendio di un direttore generale: interpellate le personalità che vi sarebbe piaciuto — forse a Giannotti — vedere al posto di direttore e vi renderete conto che nessuna accetterebbe. Un direttore, fino a prova contraria, è un uomo dello Stato e l'importante è che faccia funzionare gli uffici. L'onorevole Giannotti può immaginare quanto io sia interessata alla riuscita della politica dei farmaci: poiché, infatti, questa è diventata una sfida con tutto il paese, il ministro, che non ha nessuna intenzione di andare in pensione svillaneggiata, vuole che tale iniziativa riesca. Per questo motivo, quindi, ho dato l'incarico di direttore ad una persona che sia in grado di controllare le procedure, il lavoro e non di sostituirsi alla CUF. Tale commissione è diventata più agile nella struttura, in modo da essere controllabile, e non è stata costituita dal ministro: dieci membri sono stati espressi dalle regioni, uno dall'unione consumatori ed uno soltanto, per eliminazione, è stato nominato da me, verificando quale fosse la figura che mancava. Per la prima volta nell'ambito della commissione vi è un farmacista ospedaliero, e per la prima volta un medico di medicina generale: davvero quindici anni di dibattito nel paese e in questa Commissione parlamentare mi hanno insegnato qualcosa! Sto infatti cercando di mettere in pratica, fin dove è possibile, ciò che ho ascoltato in questa sede. Ciò che mi sconvolge è rendermi conto che le cose che ho ascoltato qui, all'improvviso, per il fatto stesso che è un ministro a realizzarle, cambiano specie. Nel mio caso, però, si tratta di un ministro controllabile, controllato, che consente qualsiasi tipo di verifica. Ho addirittura un sottosegretario — non mi riferisco all'onorevole Fiori — il quale mi rimprovera di effettuare le preposizioni dei

direttori generali senza passare attraverso il consiglio di amministrazione... Forse un avvocato dello Stato potrebbe aiutarmi, perché saprebbe che le preposizioni dei direttori generali vengono effettuate mandando una lettera al Presidente del Consiglio, non al consiglio di amministrazione di un ministero.

C'è, insomma, una serie di cose (mi sono rivolta dialetticamente all'onorevole Giannotti, ma intendo dirlo a ciascuno di voi) che francamente ritengo di poter sottoporre a qualsiasi giudizio, purché non sia prevenuto, perché sono state fatte nella logica della funzionalità del sistema.

Poiché la data del 31 dicembre 1993 è prossima, avevo assolutamente bisogno di affidare certi compiti ad una persona che avesse capacità tali da consentirci il rispetto di quella scadenza.

Per quanto mi consta non mi pare che la persona di cui stiamo qui parlando abbia raccolto presso l'Istituto superiore di sanità — dove per tanti anni ha ricoperto la carica di direttore — giudizi negativi, se non quello di essere considerato un « mastino » su alcuni punti.

È un dato — questo — che ritengo debba essere sottolineato anche perché l'Istituto superiore di sanità non è un ente di poco conto, visto che la complessità della sua gestione probabilmente supera di molto quella di una direzione farmaceutica.

Una forza politica aveva proposto l'intervento di una *authority* piuttosto che della commissione unica del farmaco. Ebbene, posso dire in tutta tranquillità che entro il 31 dicembre prossimo avevo pensato di poter giungere alla predisposizione di una lista in cui fossero elencati farmaci ritenuti indispensabili dal punto di vista terapeutico e in quanto tali completamente a carico dello Stato, farmaci non di stretta necessità sempre dal punto di vista terapeutico, per il cui acquisto i cittadini dovrebbero partecipare, nella misura del 50 per cento, alla relativa spesa, e infine altri farmaci a totale carico dei cittadini.

Certo, non mi meraviglierei più di tanto se dopo l'approvazione della legge finanziaria alcune situazioni si modificassero. Poiché si parla dell'istituzione di un'agen-

zia europea, sono dell'opinione che su iniziativa del Parlamento o dello stesso Governo sia opportuno arrivare anche in Italia all'istituzione di un'analogha agenzia (non uso il termine *authority* perché non amo le parole straniere). Il che consentirebbe l'avvio di un dialogo fra la nostra agenzia e quella europea.

Quanto poi alla vicenda De Lorenzo, vorrei approfittare di questa occasione per dire che se adesso venisse pure messo il veto per cui, data una certa situazione in cui si viene a trovare un ministro, un suo sottosegretario non possa diventare, a sua volta, responsabile del dicastero, ciò la dice lunga sul modo di considerare e di giudicare le persone!

Ma in ogni caso, preso atto della volontà di abolire le quindici direzioni generali del servizio farmaceutico nell'ambito della riforma del Ministero della sanità, in quanto molte competenze verranno delegate alla regioni, intendo precisare che rimarranno in attività quattro dipartimenti con il compito di coordinare e indirizzare l'attività amministrativa e di occuparsi di particolari settori (rapporti con l'Europa, fitofarmaci, eccetera). Del resto, non si può certo dire che tutto ciò che verrà delegato alle regioni non abbia più bisogno di un momento di alta vigilanza e di amministrazione centrale. A supporto di quanto ho appena detto relativamente al trasferimento alle regioni di molte competenze, voglio qui ricordare che ho bloccato l'assunzione del personale del comparto sanitario allo stato attuale e cioè al 45 per cento della pianta organica.

Nell'ambito dei dipartimenti di cui ho appena fatto cenno, quello che si interessa della ricerca si occuperà anche dei problemi dell'alimentazione e di quelli concernenti il servizio dei farmaci. Oggettivamente, se alla fine di questo percorso che ho prefigurato, sia in termini normativi (con le innovazioni strutturali) sia in termini economico-finanziari (con l'approvazione del bilancio e del disegno di legge finanziaria), si potesse arrivare ad ottenere un sistema finalmente assestato, giudicherei questo un traguardo importante. Da anni, da quando cioè è stata approvata la

legge n. 111 del 1991, il servizio sanitario nazionale non ha trovato « pace ». Ora, per la fine del 1993 dovremmo cercare di raggiungere una sorta di pace istituzionale e fare in modo che le regioni sappiano la qualità e la quantità dei propri compiti. Stiamo parlando di una materia che sembrerebbe intoccabile, ma così non è: essa, infatti, può benissimo essere oggetto di discussione e di intervento, basta essere consapevoli degli obiettivi che si intende raggiungere. In questo modo sarà possibile compiere un ulteriore passo in avanti.

Nel poco tempo che ho avuto a disposizione, con riferimento alle finalità realizzabili, sono stati questi gli strumenti che ho ritenuto indispensabile adottare. Certo, essi non sono i migliori, ma questi avremo tempo di individuarli.

In merito agli altri temi cui all'inizio ha accennato il presidente, desidero conclusivamente ricordare che, con l'intento di rimuovere il « blocco » all'assenso alla sede legislativa per l'esame di diversi provvedimenti, ho inviato un telegramma sia al Presidente del Consiglio sia al ministro per i rapporti con il Parlamento, professor Barile. Ritengo che il testo di tale telegramma verrà presto comunicato a questa Commissione.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola ai colleghi che desiderano rivolgere domande al ministro della sanità, vorrei ricordare che l'onorevole Garavaglia tra poco dovrà recarsi al Senato per impegni assunti in precedenza.

DANILO POGGIOLINI. Signor presidente, cercherò di essere breve.

Anzitutto vorrei dare atto al ministro di essersi trovato in una situazione sanitaria particolarmente difficile in questo momento, anche se in effetti lo è sempre stata, e di aver dato dimostrazione di grande onestà intellettuale, un'onestà che non è mai stata messa in discussione, nonché di aver impostato alcune grandi linee, fra tutte, per esempio, quella — assai importante — tesa a non far pagare alcune categorie di malati: i cronici, gli anziani, i bambini. Certo, dal punto di vista scienti-

fico si tratta di grandi linee discutibili, anche se indubbiamente indicano un indirizzo apprezzabile soprattutto perché con esse si cerca di tutelare chi è ammalato facendo pagare di più coloro che percepiscono redditi maggiori.

Ciò detto, nutriamo ancora molte preoccupazioni dinanzi all'attuale piano sanitario nazionale, al decreto legislativo n. 502, ma soprattutto alla legge finanziaria. La sensazione che tale piano sia sempre stato, nel nostro paese, un grande libro dei sogni non è del tutto scomparsa e questo mi dispiace doverlo dire al ministro. Ricordo ancora — allora facevo ancora parte del Consiglio superiore di sanità — il primo piano sanitario, quello varato dall'ex ministro Anselmi, nel 1980.

Se confrontiamo gli obiettivi contenuti nell'attuale piano con quanto è previsto nella legge finanziaria, allora la preoccupazione non può che essere grande. In esso si prevede, per esempio, una medicina di base più accessibile e di elevata qualità, ma contemporaneamente con il decreto legislativo n. 502 vengono tolti quei contributi che avrebbero consentito una maggiore qualità delle prestazioni: mi riferisco alla introduzione del sistema di informatizzazione, della segretaria-infermiere, eccetera. Si parla di ridurre i tempi d'attesa — fatto importante per i cittadini — e contemporaneamente, nel disegno di legge finanziaria, in ordine al *turn over* si stabilisce che può essere riassunto soltanto il 50 per cento di coloro che vanno in pensione; allo stesso tempo, poi, si tagliano le incentivazioni alla specialistica ospedaliera. Siamo certi che in tal modo i tempi di attesa si allungheranno. Il piano, allora, non è soltanto un libro dei sogni, ma anche delle speranze perdute, delle cose irrealizzabili e delle quali si sa già che si avvererà l'esatto contrario. Lo stesso si può dire per l'emergenza e per altre questioni.

Voglio fare qualche breve osservazione sui farmaci, in relazione ai quali sono accadute cose tremende per cui bisogna, naturalmente, cambiare pagina. Comprendo chi afferma che, a questo punto, sarebbe meglio abolire completamente quella direzione generale, come molte al-

tre. Abbiamo poi dichiarato tante volte che è necessario ristrutturare questo benedetto Ministero della sanità. Voglio ricordare che la direzione generale degli ospedali si occupa di tutto fuorché degli ospedali. Il direttore generale ha funzioni che toccano tutti i settori tranne, forse, quello ospedaliero. Do atto al ministro della sua nuova impostazione, infatti per la prima volta ha inserito nella CUF un medico di quelli che prescrivono, che operano sul campo, visitano la gente ed adoperano le ricette ed i farmaci. Si tratta certamente di un fatto importante, che segue un criterio nuovo. Tuttavia nutro una forte preoccupazione — e voglio dirlo in questa sede perché rimanga agli atti — per ciò che può accadere, in quanto è difficilissimo individuare i farmaci cosiddetti salvavita. Questo, d'altra parte, non è neppure un criterio europeo, occidentale. È difficilissimo, dicevo, individuarli, si può redigere un elenco molto ristretto, ma allora non risponderemo alle necessità degli italiani, oppure un elenco un po' allargato, ma in questo caso si presenterebbe un grave rischio, che conosco per aver operato sul campo, come medico, per decenni. Un elenco di questo tipo infatti indurrebbe lo spostamento della prescrizione da farmaci non compresi nell'elenco ad altri che, invece, sono in esso contenuti. Per quanto riguarda la mia esperienza parlamentare, sono dieci anni che ribadisco la necessità di introdurre nuovamente nel prontuario le preparazioni galeniche a formula prestabilita — il ministro lo sa, perché per dieci anni ci siamo trovati insieme in questa sede — e non sono mai riuscito ad ottenere tale risultato, perché vi erano interessi precisi che vi si opponevano. Vi sono infatti prodotti galenici a formula prestabilita che possono coprire un ampio settore, soprattutto per quanto riguarda certe prescrizioni, diciamo così, di conforto, che poi sono necessarie. Conclusa questa digressione, stavo dicendo che se un farmaco a bassissimo costo non è più compreso nel prontuario la prescrizione si sposta verso un altro. Ci si può chiedere perché i medici si prestino a seguire tale sistema, ma in un'ottica realistica possiamo considerare naturale che, se il paziente sta male, il medico si adegui a prescrivergli un

farmaco compreso nel prontuario. Si tratta, insomma, di un rischio non da poco; credo pertanto che sia utile introdurre innovazioni di questo tipo in materia di farmaci, ma si debba prestare una notevole attenzione.

Vorrei raccomandare a tutti, anche a me stesso, di fronte a ciò che è successo, la cui gravità non sfugge a nessuno, di non farci prendere da uno spirito iconoclasta che voglia far scomparire tutto. Aboliamo pure la direzione generale del ministero, che non serve a niente, però prestiamo anche attenzione a ciò che avviene in Europa e nel mondo occidentale.

Vorrei concludere il mio intervento, signor ministro, dicendo una cosa che esula un po' dall'argomento principale e che nessun altro dirà. Si tratta di una preoccupazione che io avverto perché proviene dai cittadini e dall'ordine professionale di cui ho l'onore di essere presidente. Desidero ringraziare il ministro perché — almeno stando a quanto ho letto sui giornali — per la prima volta vengono assunte iniziative contro la pubblicità di prodotti sanitari miracolosi, dimagranti e via dicendo, che imperversavano nelle trasmissioni delle televisioni private. Vi è però tuttora un grave problema, sul quale so che non vi è univocità di opinioni in questa Commissione: mi riferisco alla questione delle cosiddette medicine alternative. Nella mia qualità di presidente dell'ordine dei medici insisto ormai da setto o otto anni affinché il consiglio superiore di sanità ci dica quale valore scientifico abbiano l'omeopatia, l'agopuntura e così via: non ho mai ottenuto risposta, ma si tratta di una situazione che va chiarita, nell'interesse della gente. Ho citato due settori della medicina alternativa sui quali la contestazione non è molto forte, ma ve ne sono altri che si trovano al limite della ciarlataneria. Le autorità scientifiche hanno il dovere di dare precise indicazioni in proposito (e credo che il ministro ed il Governo debbano effettuare sollecitazioni in tal senso), perché anche in questo settore si stanno spendendo mucchi di soldi, spesso anche a danno della salute dei cittadini. È questa una considerazione che, ripeto, non

verrà fatta da nessun altro in quest'aula, ma che è molto sentita non solo dagli operatori sanitari, ma da tutti i cittadini.

VASCO GIANNOTTI. Vorrei dire brevemente al ministro che non credo si possa affermare che vi siano stati atti interpretabili come un apriorismo. Al contrario, credo si debba riconoscere che, in base alle affermazioni da noi fatte in questa ed in molte altre sedi, il gruppo al quale appartengo aveva concesso una notevole apertura di credito al ministro Garavaglia. Ci aspettavamo e continuiamo ad aspettarci dal ministro una dimostrazione di coerenza tra ciò che tante volte ha sostenuto ed i fatti concreti che si verificano. È questo il punto su cui sarebbe utile svolgere una discussione.

Signor ministro, vi è un problema di rapporti tra il Governo — ed anche il ministro della sanità — ed il Parlamento. Potrei citare innumerevoli casi, per esempio ricordando decreti che in questa sede vengono discussi e modificati e che poi, prima che si riesca ad esaminarli in Assemblea, vengono reiterati dal Governo nel testo originario, senza tenere conto del pronunciamento della Commissione. Potrei citare, ripeto, esempi concreti. A proposito del problema dei farmaci, ritengo che un corretto rapporto tra ministro e Parlamento avrebbe quanto meno dovuto portare a valutare che alla Camera e al Senato esistevano — come d'altra parte è stato ricordato — due mozioni, presentate non soltanto dal gruppo del PDS, con le quali si richiedevano una serie di adempimenti. Esiste inoltre una risoluzione urgente — che si trova all'ordine del giorno della seduta di domani di questa Commissione — presentata, ancora una volta, non solo dal mio gruppo, ma da un arco di forze. Tale risoluzione è portatrice di un dissenso radicale, che pensiamo ponga le condizioni perché da parte del ministro vengano riviste alcune scelte. Ritenevamo che fosse interesse del ministro, del Governo e delle istituzioni riuscire a dare segnali non di continuità, bensì di netta rottura con il

passato. Ciò soprattutto su un punto così delicato e « inquinato », com'è quello dei farmaci.

Condivido l'affermazione secondo la quale i farmaci non rappresentano tutto nella sanità, ma — guarda caso e non certo per responsabilità nostra — sui farmaci si è addensato un particolare interesse proprio a seguito dei gravi fatti recentemente accaduti. Pertanto, che lo si voglia o no il Parlamento, il Governo, il ministro saranno « verificati » e chiamati a rispondere su tale precisa questione.

L'incarico ricoperto da Duilio Poggiolini, non era delicato soltanto perché ora si è scoperto uno scandalo, ma perché — come testimonia la stampa di ieri — siamo dinanzi ad un'intera struttura, che fa capo al Ministero della sanità, da dieci, venti anni. Ebbene, da tanti anni si è perseguito un metodo, un sistema che si deve smantellare nell'unico modo possibile, ossia abolendo quel tipo di servizio del Ministero della sanità. Bisogna dare un segnale di rottura, da questo punto di vista! Franca-mente, pensavamo che ciò fosse interesse del Governo e in particolare del ministro della sanità. Del resto tutti leggiamo le notizie riportate dalla stampa! Signor ministro, lei ha occasione di girare l'Italia così come faccio io e di constatare che la gente è inferocita per quanto sta accadendo.

La questione Poggiolini ha assunto un livello di emblematicità tale per cui gli atti del ministro dovranno essere giudicati su questo punto. Ed è inevitabile che ciò accada.

Ebbene, stante questa situazione, veniamo ora a sapere che in un posto così delicato, al posto di Poggiolini viene nominato un personaggio sconosciuto, come è stato detto. Peggio che mai!

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. O scelgo un vostro personaggio, oppure...

VASCO GIANNOTTI. Era interesse del Governo, dell'Italia, fare qualcosa anche per recuperare un minimo di credibilità in campo internazionale. Era insomma interesse di tutti che a quel posto di respon-

sabilità fosse destinata una persona dotata di grande competenza tecnica, di totale indipendenza dal settore farmaceutico privato, di totale affidabilità (*Commenti del ministro Garavaglia*).

Ora, che si dica che in Italia non esiste una persona che risponde a questi requisiti, mi sembra francamente davvero troppo. Sono stato accusato di aver criticato l'operato dell'Istituto superiore di sanità, ma se il ministro ci viene a dire che non era possibile « reperire » un personaggio con tali caratteristiche, questo mi sembra davvero troppo.

Signor ministro, finché si è in tempo si cerchi di rivedere questa decisione, questa scelta. Su di essa, infatti, il gruppo del PDS misurerà il proprio comportamento politico e parlamentare nei confronti del Governo e in particolare del ministro della sanità. Consideriamo quella compiuta una scelta gravissima sia dal punto di vista della sensibilità nei confronti della questione morale sia dal punto di vista delle qualità (*Commenti*). Ma questo è un compito che spetta al ministro !

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Ed io l'ho svolto.

VASCO GIANNOTTI. Ritengo che questa scelta sia esiziale per il Governo e per il ministro. Voglio dunque sapere se il Governo abbia la volontà di reconsiderarla.

È mai possibile, poi, che a tre mesi dall'esplosione dello scandalo non si sia potuto adottare quello che a noi sembra un atto dovuto? Ci sono farmaci che, come ormai è stato documentato, si trovano sul mercato ad un prezzo drogato a causa delle tangenti. È mai possibile che il Governo non senta il bisogno di compiere un atto...

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Ma perché continui a chiederlo a me sapendo bene che il ministro della sanità non stabilisce i prezzi? Mettete sulla graticola il ministro della sanità inutilmente, perché poi non può fare altre cose.

Ho chiesto al ministro dell'industria di riportare i farmaci « inquisiti », di cui siamo venuti a conoscenza, al prezzo *quo ante*. Ho altresì chiesto alle industrie farmaceutiche che avevano proposto un aumento dei prezzi nell'ultimo triennio, di rilasciare una dichiarazione giurata che quelli praticati sono prezzi in linea con la media europea.

Con la finanziaria io ho « sciolto » il CIP, ma fino al 31 dicembre esso continua ad esistere. Stabilire un chiaro rapporto tra le istituzioni non è cosa di poco conto. Poggiolini faceva parte del CIP e non stabiliva i prezzi all'interno del Ministero della sanità! Diversamente, potrebbe sembrare che il groviglio di tutte le vipere si trovasse presso il mio dicastero. Mi riferisco a Manzoli, Poggiolini, Brenna, Balzano e Vittoria, tutte persone che si trovavano presso il Ministero dell'industria.

VASCO GIANNOTTI. C'è necessità di un atto con il quale si dica che si sono abolite tutte le autorizzazioni per quei farmaci che provengono da industrie farmaceutiche « inquisite ». Il ministro dei lavori pubblici l'ha fatto in tema di appalti !

COSIMO CASILLI. Di appalti non si muore, però !

VASCO GIANNOTTI. Peggio che mai ! Si muore due volte con un farmaco...

COSIMO CASILLI. Se un farmaco serve, al limite possiamo abbassarne il prezzo, ma non toglierlo dal mercato !

VASCO GIANNOTTI. Occorre togliere l'autorizzazione e ricontrattarla, ponendo come condizione, ad esempio, una diminuzione del prezzo. Questo è quello che a mio avviso si deve fare per dare un segnale al popolo italiano !

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*. Voi avete un decreto nel quale si dice che il prezzo di tutti i farmaci viene ridotto del 10 per cento.

VASCO GIANNOTTI. È quanto sosteniamo nel documento che abbiamo presentato. Ripeto, sono questi gli atti sui quali si misura oggi l'operato del Governo! Visto che ancora stamane il ministro della sanità ha dichiarato la propria disponibilità per un lavoro comune, chiedo che lo si possa fare fin da subito nella prospettiva, però, di adottare atti chiari che testimoniano una volontà di vera rottura con un passato che non può essere difeso da alcuno.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Garavaglia per la sua disponibilità e per le delucidazioni che ha fornito alla Commissione.

Informo i colleghi che il seguito dell'audizione odierna, relativamente ai ministri del tesoro e per la funzione pubblica, è rinviato alla seduta di domani.

La seduta termina alle 17,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia il 13 ottobre 1993.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO