

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

III

SEDUTA DI GIOVEDÌ 30 MAGGIO 1991

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento della Camera)

SEGUITO DELL'AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, ONOREVOLE FRANCESCO DE LORENZO, SULL'ATTUAZIONE DELL'ARTICOLO 20 DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67, E SULLE MODALITÀ DI UTILIZZAZIONE DEI FINANZIAMENTI DI CUI ALLA LEGGE 5 GIUGNO 1990, N. 135, E ALLA LEGGE 4 MAGGIO 1990, N. 107

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIORGIO BOGI**

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Bogi Giorgio, <i>Presidente</i>	3
Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, sull'attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e sulle modalità di utilizzazione dei finanziamenti di cui alla legge 5 giugno 1990, n. 135, e alla legge 4 maggio 1990, n. 107:	
Bogi Giorgio, <i>Presidente</i>	3, 10
Bernasconi Anna Maria (gruppo comunista-PDS)	6
Garavaglia Mariapia, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i>	10
Saretta Giuseppe (gruppo DC)	3

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 9,45.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, rimane stabilito che la pubblicità della seduta sarà assicurata anche mediante ripresa audiovisiva a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, sull'attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e sulle modalità di utilizzazione dei finanziamenti di cui alla legge 5 giugno 1990, n. 135, e alla legge 4 maggio 1990, n. 107.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento della Camera, del ministro della sanità, onorevole Francesco De Lorenzo, sull'attuazione dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e sulle modalità di utilizzazione dei finanziamenti di cui alla legge 5 giugno 1990, n. 135, e alla legge 4 maggio 1990, n. 107.

Poiché il ministro De Lorenzo è attualmente impegnato al Senato, è rappresentato in questa sede dall'onorevole Mariapia Garavaglia, sottosegretario di Stato per la sanità.

GIUSEPPE SARETTA. Signor presidente, onorevoli colleghi, signor sottosegretario, nel corso della seduta precedente l'onorevole Armellini ha già avuto modo, anche a

nome del gruppo democratico cristiano, di rappresentare alcune osservazioni sull'attuazione della legge n. 67 del 1988, in particolare per quanto riguarda l'articolo 20.

Il signor ministro De Lorenzo ha avuto modo di dirci quali sono stati i percorsi ed i provvedimenti seguiti all'approvazione della legge ed ha anche dato conto, in qualche maniera, della complessità del lavoro che le procedure hanno comportato. Da parte nostra, non vi è nulla da obiettare sulla necessità di una puntuale verifica, di un controllo, per far sì che i fondi, così giustamente allocati per obiettivi altrettanto giustamente indicati da una moderna politica sanitaria, siano utilizzati. Tuttavia, da parte mia, credo di dover rappresentare all'onorevole sottosegretario alcune osservazioni derivanti da una realtà importante in questo settore, cioè quello degli anziani non autosufficienti, handicappati: mi riferisco alla realtà regionale, non solo a quella del Veneto ma anche, fortunatamente, di molte altre regioni.

Il raggiungimento degli obiettivi ai quali sono destinati i fondi (cioè gli ospedali, le reti di emergenza, le camere operatorie a rischio, l'intervento su strutture fatiscenti) e la necessità di mettere a disposizione delle regioni, e dunque delle unità sanitarie locali, i fondi per coprire queste emergenze, costituiscono una strategia che va condivisa.

Forse su un punto abbiamo messo un po' il silenziatore, dimenticando di parlarne con sufficiente convinzione: vorrei che il sottosegretario considerasse urgente la necessità di far presente al ministro questo aspetto. Mi riferisco alla psichiatria, onorevoli colleghi. Anche per quanto

riguarda i residui psichiatrici, recenti notizie di stampa e conoscenze dirette ci portano a considerare questo campo come un'emergenza, così come lo è stata considerata la rete di pronto soccorso e quella delle camere operatorie a rischio. Il caso di Agrigento, dove abbiamo constatato una situazione di degrado, probabilmente non è, al di là degli *scoop* discutibilissimi fatti su questo problema, isolato nel nostro paese. L'*iter* dei progetti di legge all'attenzione dal Senato procede lentamente.

Sulla spinta emotiva, qualche volta, di alcune questioni, partiamo a gran velocità e dopo la prima curva, all'ombra di qualche cipresso, ci fermiamo. Così per la psichiatria: abbiamo assistito ad un periodo in cui sembrava che l'emergenza principale — ricordo il primo programma di lavoro approvato dall'ufficio di presidenza della Commissione — fosse proprio quella del settore psichiatrico. Ora mi rendo conto che le questioni del fumo e del Tocai rosso costituiscono un'emergenza, che insomma siamo sempre di fronte ad emergenze. Credo che, pur considerando tutti i problemi come urgenti, la sanità stessa costituisca oramai un'emergenza.

Il ministro avrebbe ed ha la possibilità di utilizzare gli 800 miliardi — mi pare che questa sia la cifra — stanziati, almeno sulla carta, per l'azione programmata nell'ambito del piano sanitario nazionale per il settore della psichiatria. I fondi disponibili non possono aspettare il normale *iter* legislativo, perché troppe sono le cose all'attenzione del Parlamento e il legislatore non ce la fa: se è emergenza, lo deve essere davvero anche per il settore della psichiatria. In questo senso, vorrei che l'onorevole sottosegretario facesse presente al ministro, al quale avevamo già posto il problema, questo aspetto.

Torniamo al problema in discussione, cioè l'attuazione dell'articolo 20, lettera *f*, della legge n. 67, che prevede la realizzazione di 140 mila posti in « strutture residenziali per anziani » (questa è la dizione che abbiamo approvato) « che non pos-

sono essere assistiti a domicilio e che richiedono trattamenti continui ». La legge prevede inoltre che: « Tali strutture devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di *standard* dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione dei posti letto ospedalieri ».

Credo, onorevoli colleghi, che convintamente abbiamo valutato e votato il contenuto di questo disposto, perché rifuggiva da noi — almeno così penso — l'idea tutta particolare di una esclusiva sanitarizzazione del problema dell'anziano, di affidare la nostra teoria della speranza per gli anziani del domani solo alla protezione sotto l'aspetto sanitario.

La non autosufficienza certamente presenta rilevanti aspetti sanitari di cura e di riabilitazione, richiede indirizzi terapeutici, personale specializzato, luoghi attrezzati che consentano di rispondere a questa domanda. Tuttavia, devo sottolineare che fortunatamente, in alcune parti del nostro paese, una filosofia non contraddittoria con quanto appena detto, ma integrata sotto l'aspetto sanitario e sociale, ha consentito esperienze istituzionali (non istituzionalizzate, ma rese dalle istituzioni, così come dal volontariato e dalle strutture private) ed ha permesso di realizzare una rete di servizi rispondenti ad una moderna teoria sull'assistenza agli anziani.

Come ricordano i colleghi, l'attuazione di questo programma di interventi è prevista nell'arco di dieci anni, articolata in tre trienni, per cui è stata già definita per le regioni la disponibilità finanziaria. Credo che molte di esse abbiano inviato ed avuto approvata dal Ministero della sanità la loro proposta riguardante il piano decennale di investimenti; la stessa proposta è stata oggetto di approvazione complessiva da parte del CIPE. Ritengo che abbiano avuto modo di presentare la loro proposta, avendo fatto precedere la formulazione della stessa da uno studio analitico del fabbisogno di residenze per

anziani e disabili, sulla base della stima della popolazione anziana nell'arco di un decennio e della puntuale verifica della quantità e della qualità delle risposte assistenziali di strutture residenziali attualmente assicurate, almeno per quanto riguarda il Veneto, da comuni, USL, IPAB e istituzioni private senza fini di lucro.

Su questa politica le regioni avrebbero ed hanno dovuto — ritengo che abbiano fatto così — nell'ambito della loro autonomia, ma anche in coerenza rispetto alla loro tradizione e alla loro cultura, innestare i finanziamenti dell'articolo 20 della legge; in altri termini, hanno inteso operare all'interno della rete dei servizi socio-sanitari esistenti, prevedendo anche — quando ne fosse emersa la necessità — la trasformazione non soltanto quantitativa (ampliamenti), ma anche qualitativa nel rispetto delle linee di indirizzo tracciate dal legislatore.

Dov'è allora il problema, se in sostanza le indicazioni contenute nell'articolo 20 da me ricordato sono state rispettate e se questo è stato il percorso che le regioni hanno dovuto responsabilmente approntare prima di individuare le loro scelte ed i loro indirizzi? Dov'è il problema, se finora non abbiamo riscontrato contraddizione?

Come hanno precedentemente sostenuto altri colleghi, quali gli onorevoli Armellin e Benevelli, le regioni oggi stanno assistendo, onorevole sottosegretario, ad un rallentamento, a mio avviso anche ingiustificato, delle procedure, tant'è che il Governo, con successivi decreti e circolari, ha ritenuto, non so se leggendo esattamente il dettato della legge, di interpretare la stessa in senso restrittivo; ha imposto vincoli e procedure particolari, che a mio avviso hanno una lettura difficile nell'ambito del testo della legge stessa.

In ogni caso, appare evidente che, già nei termini, è cambiato un poco l'indirizzo: esisteva inizialmente una concezione sanitarizzata dei servizi da realizzare, rispetto alla quale, nella impostazione originaria della legge, il posto viene occupato da strutture residenziali. Non si tratta solo di questo: sarebbe poca cosa;

facilmente si esce dal percorso tracciato a parole con un contenuto diverso.

Soprattutto, è stato imposto agli enti assegnatari l'obbligo di predisporre studi di fattibilità, con una complessa procedura preliminare rispetto al progetto esecutivo, indipendentemente dalla tipologia dell'intervento, sia che si intendesse realizzare una nuova costruzione, sia che si volesse procedere ad una ristrutturazione o ad un ampliamento, indipendentemente anche dall'ammontare del finanziamento. Viceversa, la legge prevede che gli studi di fattibilità siano compiuti solo per le opere maggiori.

La conseguenza pratica di questo accentramento burocratico non tendenzioso (non è nelle intenzioni di chi parla sollevare alcun sospetto) che si esprime nell'approvazione dei singoli studi di fattibilità dei progetti esecutivi da parte di due distinti nuclei di approvazione, quelli del Ministero della sanità e del Ministero del bilancio, è data dall'effettiva paralisi nella realizzazione delle opere e, purtroppo, anche dalla perdita del valore economico dei finanziamenti, calcolata attorno al 25 per cento. Da ciò deriverà che l'obiettivo iniziale posto dalla legge in 140 mila posti letto verrà ridimensionato.

Non intendiamo far carico al ministro di un travalicamento dell'indirizzo dato al Parlamento. La questione che desideriamo evidenziare non è solo di natura procedurale e non riguarda solo la definizione dei contenuti delle residenze sanitarie assistenziali; mi chiedo solo se i finanziamenti possano essere assegnati, oltre che alle unità sanitarie locali, anche ai comuni, alle istituzioni pubbliche e private senza fini di lucro, come previsto per esempio dalla legislazione prodotta dalla regione Veneto, oppure se la futura gestione delle residenze sanitarie e assistenziali debba essere affidata esclusivamente alle USL o agli enti gestori delle attuali strutture residenziali, pur garantendo la necessaria stretta integrazione funzionale tra le prestazioni sanitarie e quelle socio-assistenziali.

Come ricordava l'onorevole Armellin, la questione è anche di natura squisita-

mente politica e fa riferimento ad un indirizzo che questa Commissione intende imprimere in misura sempre maggiore al paese e al Governo. Qual è questa indicazione? Quella di una valorizzazione, di una responsabilizzazione delle autonomie regionali, non per seguire una pedissequa moda infruttuosa di « tromboni » che disonorano le piazze del nostro paese; quello è il luogo in cui le politiche si realizzano, vengono controllate nei loro effetti e trovano riscontro nell'effettivo bisogno dei cittadini. Sarebbe come dire che l'autonomia regionale in questo campo può definire qualsiasi politica: io non sono di questo avviso. Non sono per un paese a diverse velocità, ma constato che, volendo arrivare tutti alla stessa velocità, si corre il rischio che, per aspettare colui il quale ha ancora le gomme della bicicletta sgonfie, nessuno parta. Esistono realtà che in questo campo vedono già esperienze maturate e valide realizzazioni; su questo il Governo e il Parlamento devono fare i loro controlli, dando all'interno delle norme votate dal Parlamento possibilità di realizzazione e di autonomia di indirizzo.

Ritengo che il problema centrale sia quello di valorizzare e migliorare il patrimonio dei servizi esistenti nel territorio; non è produttivo per nessuno attestarsi su una posizione che impedisca questa valorizzazione e se le norme che abbiamo votato ed il loro rispetto — credo che a questo proposito il nucleo di valutazione presso il Ministero della sanità stia lavorando con grande alacrità ed impegno — non consentono di realizzare le politiche che ho cercato di delineare, allora occorre modificarle. Se il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del dicembre 1989 non consente una maggiore elasticità, ritengo che il Governo debba modificarlo. Consegnerò al sottosegretario Garavaglia una nota in cui sono indicate modalità di garanzia per le regioni, certamente sotto il controllo del Governo, al fine di approntare in modo razionale una rete di servizi a favore degli anziani non autosufficienti e degli handicappati gra-

vissimi, nell'ambito di una filosofia di integrazione tra servizi sociali e sanitari.

Signor sottosegretario, esprimo tutto questo a nome del gruppo democristiano, ma anche delle regioni che ritengono sia necessaria un'inversione di tendenza, determinando un'accelerazione che consenta di rendere ai cittadini un servizio migliore.

ANNA MARIA BERNASCONI. Vorrei riprendere la discussione sull'applicazione della legge n. 135, interrotta la settimana scorsa per impegni del ministro, riferendomi non solo ad appunti preparati in precedenza ma anche alle dichiarazioni che egli ha reso la settimana scorsa per giustificare i ritardi nella costruzione ed nell'ampliamento delle strutture ospedaliere per i malati di AIDS. Agganciandomi all'intervento del collega Saretta, dirò che la logica emergenziale non solo è sbagliata, ma sta producendo tutt'altro che compensi all'emergenza, causando enormi ritardi e rallentando i tempi degli interventi.

Semmai la logica emergenziale, com'è accaduto anche in occasione del terremoto, serve a distribuire un po' di soldi senza controlli, non certo a risolvere né i problemi delle zone terremotate né tanto meno l'emergenza ormai continua che caratterizza la sanità pubblica e che richiederebbe ben altro che interventi settoriali. Entrando nel merito della legge n. 135 e delle dichiarazioni del ministro, confermo quanto ho dichiarato nella seduta precedente, e cioè che il ministro ha risposto parzialmente ai quesiti sull'applicazione della legge, dilungandosi sui meccanismi che hanno impedito che venisse attivato il meccanismo delle ditte in concessione per la costruzione.

Sicuramente il meccanismo delle ditte in concessione, che il ministro ritiene innovativo, sta dimostrando non solo forti limiti di fattibilità e di tempestività di intervento, ma anche farraginosità e non trasparenza nella distribuzione e nell'utilizzo dei soldi pubblici. Si dimostra, ancora una volta, come l'accentramento presso il Ministero della sanità, non solo

delle scelte di programmazione ma anche della gestione dei fondi della sanità, scavalcando le regioni e con l'apparente volontà di dare risposte rapide, sia un meccanismo che va in tutt'altro senso. Non fornisce risposte rapide né trasparenza ed impedisce un corretto ruolo delle regioni, al di là di pronunciamenti verbali di rispetto del regionalismo della sanità.

Inoltre, il ministro, come sua abitudine, ha scaricato prima sul CIPE e poi sul Ministero dei lavori pubblici le colpe dei ritardi della convenzione con le ditte scelte. Crediamo invece che vi sia una responsabilità propria del ministro e chiediamo comunque di sapere quali siano stati i criteri che hanno portato alla scelta delle ditte in concessione. Questo punto non è di poco conto, in quanto una delle ditte escluse ha presentato ricorso al TAR. Il ministro lo ha negato, ma i fatti sono conosciuti; egli ha affermato che si trattava solo di una delle aziende legate alla campagna di informazione, ma evidentemente — anche questo comportamento gli è abituale — ha detto una delle sue tante non verità, che poi — magari — corregge il giorno dopo. Ora queste sue dichiarazioni sono agli atti e vanno dimostrate o smentite.

Riconfermo la necessità di conoscere da parte del Parlamento i criteri con i quali sono state scelte le ditte. Se la convenzione non ancora firmata è quella del centro Italia, quella per la quale la ditta esclusa ha fatto ricorso al TAR, evidentemente è ipotizzabile un collegamento diretto con la dilazione della firma della convenzione stessa.

In secondo luogo vorrei chiedere un chiarimento al ministro per quanto riguarda le sue dichiarazioni in merito alla formazione di un nucleo di valutazione per l'approvazione dei progetti, nel cui ambito è prevista la presenza di un gruppo di esperti indicati dalla commissione nazionale per l'AIDS. Forse per mia ignoranza, sono rimasta sorpresa di questa notizia; pensavo che fosse sufficiente individuare le ditte e confermare il progetto, peraltro già approvato dal CIPE e

siglato con decreto ministeriale, sulla distribuzione dei posti-letto per poter accedere alla costruzione di nuovi posti ovvero alla ristrutturazione dei vecchi reparti. Si crea un ulteriore problema, che si riallaccia al meccanismo dei 10 mila miliardi di cui il collega Benevelli ha ampiamente parlato nel corso della precedente audizione, poiché si aggiunge un altro controllo, attuato da questo fantomatico nucleo di valutazioni.

Vorrei sapere se questo nucleo si sovrapponga o si associ alle ditte che, in concessione, devono attuare le opere e che tipo di poteri esso avrà nell'autorizzare la costruzione delle medesime. Anche questa parte delle dichiarazioni del ministro necessita di chiarimenti.

Mi risulta oscura un'altra questione: se le convenzioni sono state firmate solo in parte e di recente, che poteri avevano le ditte in concessione di cominciare a prendere contatto con le regioni e addirittura, secondo le parole del ministro, di subentrare, come previsto dalla legge, negli interventi regionali già avviati? Come è possibile, senza la conclusione degli atti formali, che queste ditte abbiano già svolto una parte del loro lavoro ed abbiano già « preso piede » nelle regioni, superando altri accordi che le regioni stesse avevano concluso?

Infine, sempre con riferimento alle dichiarazioni del ministro, ricordo che era stata posta una domanda precisa in merito al progetto-obiettivo n. 6, approvato anche dal mio gruppo, per dare globalità alla legge n. 135, che concerne solo la parte ospedaliera dell'assistenza, affinché si potessero attivare gli investimenti e gli interventi per l'assistenza domiciliare, per le case alloggio e per fronteggiare i bisogni dei malati di AIDS che non vengono risolti con l'assistenza ospedaliera. Il ministro, nel corso della precedente audizione ha risposto che il progetto-obiettivo è stato espresso dalle regioni (a me non risulta) e che è già diventato vincolante, non essendo necessario che fosse accompagnato da un atto ministeriale. Sempre per rispondere coi fatti alle parole del

ministro, vorrei far presente che, su uno degli ultimi numeri dell'ISIS, è comparsa la notizia che il consiglio sanitario nazionale ha espresso parere di massima favorevole alla bozza di decreto che riguarda l'articolazione della rete assistenziale per i malati di AIDS ai vari livelli. In sostanza, si tratta di quanto contenuto nel progetto-obiettivo che il Parlamento aveva approvato con una sua risoluzione.

Vorrei capire cosa sia questa bozza di decreto, se sia possibile conoscerla, come si accordi questo documento con le dichiarazioni del ministro che non solo non vi è un atto formale, ma che il medesimo non è indispensabile per attivare la rete assistenziale per i malati di AIDS. Credo che tali chiarimenti siano necessari, perché le dichiarazioni del ministro mi appaiono contraddittorie l'una con l'altra.

Ma altri punti della legge n. 135 abbiamo da sempre considerato ostativi di una politica, anche emergenziale, per l'AIDS. Uno di questi riguarda i concorsi regionali, che ritenevamo sbagliati per due ragioni fondamentali: per la professionalità degli operatori che venivano così assunti, affatto indifferente per una patologia così complessa, e per i tempi concorsuali, che, a nostro avviso, sarebbero stati molto più rapidi, utilizzando le norme esistenti e facendo in modo che le USL assolvessero in tempi definiti ai bandi di concorso.

Vi è poi il punto relativo all'organico degli infermieri. Ampliare i posti letto senza preoccuparsi dell'adeguamento del numero di operatori sanitari non medici significa praticamente creare la situazione che oggi si è verificata: avere posti letto, ancorché in numero non sufficiente, ma non poterli attivare per la scarsità di infermieri. Vorrei sapere, inoltre, quanti concorsi regionali siano stati banditi. A me non ne risulta alcuno, mentre sembra che si sia proceduto alla copertura di piante organiche sulla base di vecchi meccanismi concorsuali.

Sembra che il ministro non abbia mai colpe dirette — noi abbiamo un ministro

ombra, ma si potrebbe dire che il Governo ha un'ombra di ministro — e che non sia mai sua la responsabilità, salvo quando — raramente — i risultati sono positivi. Ma il ministero ed il ministro stesso, con la loro latitanza hanno impedito, in alcune zone in cui l'emergenza è forte, quali la Lombardia, l'Emilia-Romagna ed il Lazio, che si svolgessero i concorsi. In particolare, in Lombardia più volte è stato chiesto dalla regione al ministro di dare, con una circolare, indicazioni per poter fare le graduatorie: il ministro non ha mai risposto; la legge, infatti, pur accennando vagamente, tra i titoli, all'esperienza acquisita con i malati di AIDS, non fornisce indicazioni sufficienti per la loro valutazione in merito alla graduatoria.

Sempre in Lombardia, i bandi sono stati bloccati dal commissario di Governo; vorrei sapere perché. In Emilia-Romagna è stato chiesto, fin dal luglio del 1990 che il ministero indicasse il rappresentante da inserire nella commissione giudicatrice dei titoli: ebbene, il ministro non ha mai risposto e non ha mai dato questa indicazione. Ciò ha fatto sì che in Emilia-Romagna si siano persi posti vacanti in pianta organica.

Un altro problema riguarda gli infermieri ed i relativi corsi di aggiornamento. Attraverso un emendamento, che poi non è stato accettato, avevamo chiesto che tali corsi fossero effettuati nell'orario di servizio, portando come giustificazione il lavoro gravoso svolto nei reparti destinati ai malati di AIDS e la necessità di indirizzarsi, comunque, verso una riduzione dell'orario di lavoro. In sostanza era un modo per ridurre da una parte il carico di lavoro al letto del malato, e dall'altra per dare la gratificazione dell'aggiornamento effettuato nell'ambito delle ore di lavoro, senza chiedere impegni ulteriori.

Come dicevo, la nostra proposta non è stata accettata, ma è stato previsto un compenso economico per i corsi di aggiornamento effettuati al di fuori dell'orario di lavoro, compenso peraltro insuffi-

ciente e, forse, addirittura inferiore al compenso per ore straordinarie, quindi assolutamente non incentivante. Il risultato è stato — e ne chiedo conferma al ministro — che la maggior parte degli infermieri dei reparti in cui sono ricoverati i malati di AIDS non hanno preso parte ai corsi di aggiornamento.

Desidero richiamare all'attenzione del ministro un'altra questione piuttosto delicata che riguarda il rapporto tra i programmi di intervento nel settore dell'AIDS, predisposti dalle regioni (comprendenti quindi anche l'ampiamiento degli edifici e dei posti letto), e quelli elaborati dalla commissione nazionale per l'AIDS. Vorrei sapere quale corrispondenza vi sia tra i programmi che le regioni hanno inviato al ministero, le indicazioni della commissione nazionale per l'AIDS e i programmi definitivamente approvati con decreto ministeriale.

Vorrei segnalare un caso che conosco: nel piano originario per l'AIDS, predisposto dalla regione Lazio, non era previsto il policlinico di Tor Vergata, anche perché ancora non è stato edificato, mentre nel progetto del ministero sono stati inseriti 40 posti letto di malattie infettive di Tor Vergata. Tra l'altro, essendo posti letto da creare in una situazione di emergenza, secondo il ministro essi dovrebbero essere ultimati entro tre anni. Ebbene, vorrei sapere se a Tor Vergata vedremo solo un padiglione di 40 letti per malati di AIDS ed intorno i prati, dal momento che di tale policlinico non è stata ancora posta neppure la prima pietra. In sostanza, vorrei sapere che fine faranno i fondi stanziati per Tor Vergata.

Possiamo concludere che questa legge, che è stata sventolata come una bandiera dell'efficienza del ministro e della sua volontà di risolvere la situazione AIDS, di fatto ha bloccato per un anno — e non so per quanto tempo ancora bloccherà — gli interventi già programmati da parte di alcune regioni. Va detto molto chiaramente che una legge voluta dal ministro

e propagandata come in grado di dare risultati immediati di fatto è di ostacolo. Questo è quello che si sta verificando ad un anno di distanza, né si possono rivolgere accuse di ritardo al CIPE, al Ministero dei lavori pubblici o ad altri enti perché è il meccanismo stesso della legge che non funziona, così come non funzionano i meccanismi delle ditte in concessione, dei concorsi regionali, dell'emergenza per avere soldi da distribuire.

Infine, vorrei esprimere una considerazione più volte manifestata nel corso della discussione della legge n. 135. Il ministro si basa molto sulle competenze, alle quali rinvia spesso le scelte politiche; per l'AIDS ha rimandato quasi sempre la responsabilità di tali scelte, che sono invece di sua competenza, alla commissione nazionale per l'AIDS. Non intendo certamente porre in discussione il fatto che tale commissione sia priva di competenze, ma voglio sollevare un problema politico. Se una commissione tecnico-scientifica diventa organo di programmazione e se poi chi opera le scelte viene a sua volta beneficiato dalle scelte stesse, allora si pone un problema di correttezza, di trasparenza e di moralità, oltre che un discorso politico di principi, nel senso che le scelte politiche appartengono al settore politico, che se ne assume la responsabilità, e non a quello tecnico-scientifico. Accade infatti che, per esempio, un direttore di clinica di malattie infettive operi, relativamente ai posti letto o alla distribuzione di fondi, scelte che poi andranno a beneficio della stessa struttura da lui diretta.

Ho ritenuto di sollevare nuovamente questo problema perché il ministro, nella relazione resa a questa Commissione la settimana scorsa, ha sottolineato la presenza della commissione nazionale per l'AIDS anche all'interno del meccanismo del nucleo di valutazione e delle ditte in concessione. Ritengo che tale commissione debba riassumere il ruolo che le compete che è — ripeto — solo tecnico-

scientifico e non programmatico o politico.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Poiché il dibattito svolto oggi è stato molto articolato, ritengo che il ministro possa rispondere in maniera dettagliata in una successiva seduta.

PRESIDENTE. Ritengo anch'io che sia opportuno rinviare ad altra seduta la replica del ministro.

Il seguito dell'audizione è pertanto rinviato a data da stabilirsi.

La seduta termina alle 10,40.

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

DOTT. LUCIANA PELLEGRINI CAVE BONDI

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia delle Commissioni
ed Organi Collegiali alle 18.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO