

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 10)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 1° FEBBRAIO 1995

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)*AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, PROFESSOR ELIO GUZZANTI,
SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL GOVERNO NEL SETTORE SANITARIO

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

INDI

DEI VICEPRESIDENTI ALESSANDRA MUSSOLINI E VASCO GIANNOTTI

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sulle linee programmatiche del Governo nel settore sanitario:		Blanco Angelo (gruppo alleanza nazionale-MSI)	202
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	177, 180 181, 184, 186	Bogi Giorgio (gruppo misto)	196
Mussolini Alessandra, <i>Presidente</i> ..	180, 188, 189	Carlesimo Onorio (gruppo forza Italia)	184
Giannotti Vasco, <i>Presidente</i>	186, 187 201, 205	Colombini Edro (gruppo forza Italia)	181
Barbieri Giuseppe (gruppo alleanza nazionale-MSI)	200	Conti Giulio (gruppo alleanza nazionale-MSI)	184, 200
Beebe Tarantelli Carole Jane (gruppo progressisti-federativo)	204	Dallara Giuseppe (gruppo FE-LD)	201
		Devetag Flavio (gruppo lega nord)	204
		Giacco Luigi (gruppo progressisti-federativo)	201
		Guzzanti Elio, <i>Ministro della sanità</i> ..	178, 205

XII LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 1° FEBBRAIO 1995

	PAG.		PAG.
Hüllweck Enrico (gruppo lega nord)	194	Rizzo Antonio (gruppo alleanza nazionale-MSI)	203
La Cerra Pasquale (gruppo progressisti-federativo)	197	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	183
Lodolo D'Oria Vittorio (gruppo forza Italia)	192	Scoca Maretta (gruppo CCD)	189
Lumia Giuseppe (gruppo progressisti-federativo)	198, 199	Tanzarella Sergio (gruppo progressisti-federativo)	200, 201
Massidda Piergiorgio (gruppo forza Italia)	193	Zocchi Luigi (gruppo misto)	195
Palumbo Giuseppe (gruppo forza Italia)	188	Sulla pubblicità dei lavori:	
Polenta Paolo (gruppo PPI)	191	Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	177
Provera Fiorello (gruppo lega nord)	190	Carlesimo Onorio (gruppo forza Italia)	177
Rinaldi Alfonsina (gruppo progressisti-federativo)	187	Giannotti Vasco (gruppo progressisti-federativo)	177

La seduta comincia alle 16,15.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Credo di interpretare la volontà della Commissione proponendo che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni...

ONORIO CARLESIMO. Il presidente Calderoli sa bene che non prendo quasi mai la parola e che non disturbo l'ambiente; ritengo tuttavia di non poter oggi fare a meno di dare il benvenuto a Guzzanti e Condorelli, due campioni. Credo infatti sia questo un giorno importante per la Commissione e per me personalmente. Ho la certezza, conoscendo entrambi, che ci troviamo oggi di fronte a due tecnici veri e competenti.

Mi sono lamentato un paio di volte sentendo parlare della « Divina Commedia »: atteggiamento che critico per diversi motivi. Ebbene, credo che il ministro e il sottosegretario non ci parleranno della Divina Commedia. Chi infatti come me conosce Guzzanti da una vita sa che si tratta di una persona di rilievo e sa che è una fortuna per la nostra Commissione averlo tra noi; Mario Condorelli non ha bisogno della mia presentazione.

Mentre do loro il benvenuto, sottolineo quanto anch'essi siano fortunati, a mio giudizio, a lavorare con una Commissione come la nostra, formata in altissima percentuale da competenti, ossia medici che conoscono gli argomenti di cui si discute. Auguro quindi a loro e a noi di poter collaborare ad ogni livello per la soluzione dei diversi problemi.

Una mia richiesta personale, che ritengo però interessi tutti, è quella di mettere mano alla CUF. Ogni qualvolta ho infatti partecipato ad un dibattito in materia non ho capito quasi nulla ...

PRESIDENTE. Onorevole Carlesimo, dobbiamo prima definire la questione della pubblicità dei lavori mediante sistema audiovisivo a circuito chiuso. Subito dopo entreremo nel vivo dell'audizione, dando la parola al ministro.

ONORIO CARLESIMO. Possiamo comunque fare un applauso di benvenuto al ministro e al sottosegretario (*Applausi*).

VASCO GIANNOTTI. Era una dichiarazione di voto al Governo. Ritardata, ma che finalmente è venuta !

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, rimane pertanto stabilito che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante riprese audiovisive a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sulle linee programmatiche del Governo nel settore sanitario.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sulle linee programmatiche del Governo nel settore sanitario. Mi auguro che le modifiche intervenute nella composizione del Governo abbiano poca influenza su questa Commissione, nella quale in passato hanno svolto funzioni di relatore rappresentanti della mag-

gioranza e della minoranza e molti provvedimenti sono stati approvati quasi all'unanimità. Trattiamo un argomento squisitamente tecnico e abbiamo, credo intelligentemente, evitato risvolti politici che avrebbero determinato ritardi nell'adozione di provvedimenti assolutamente necessari.

Auspico che i nostri lavori possano proseguire nello stesso clima e che vi sia a tale proposito la disponibilità di tutti. I relatori di ogni provvedimento saranno pertanto prescelti anche in futuro in base alla competenza dei singoli e non certo per l'appartenenza all'una o all'altra area politica e mi auguro che i commissari abbiano nei confronti di tutti i relatori il rispetto che hanno sempre dimostrato in passato.

Do ora la parola al ministro al quale, come ha già fatto l'onorevole Carlesimo, rivolgo i miei auguri e quelli di tutta la Commissione. Materiale al fuoco ne avevamo tanto (qualcosa si è addirittura bruciata) e credo sia il caso di ripartire in fretta, dimenticandoci per sempre — mi auguro — delle divine commedie citate dal collega.

ELIO GUZZANTI, Ministro della sanità. Ringrazio tutti voi per la calorosa accoglienza riservata a me e a Mario Condorelli, carissimo amico e collega da sempre. È questo il primo incontro del ministro della sanità in sede parlamentare. Ritengo l'occasione molto importante e utilissima al fine di raccogliere, senza soluzione di continuità, ogni riflessione, ogni proposizione ed ogni tensione che la Commissione voglia manifestare e che sicuramente avrà già espresso nel periodo precedente.

Il Presidente del Consiglio Dini ha sottolineato le caratteristiche di questo Governo — non starò a ripetere quanto è stato già detto in merito nei due rami del Parlamento — ed ha indicato, per chiarire bene i termini della questione, come le cosiddette quattro priorità siano per esso un impegno particolare. Tuttavia egli ha chiarito che in nessuna maniera si deve intendere disattesa l'attività avviata, per la continuità stessa delle attività parlamentari e di Governo precedenti e future.

Per quanto riguarda la sanità vi ricordo che nel programma di Governo è stato affermato che il riordino del servizio sanitario nazionale richiede una piena e sollecita attuazione delle norme approvate negli scorsi anni e integrate dalla legge collegata alla finanziaria per il 1995. In questo accenno così breve sembra (e alcuni se ne sono lamentati) che si dica poco o niente circa la sanità. Non è così. È che tutte le norme e tutti i principi relativi alla sanità sono già stati stabiliti nel tempo (e voi li avete già trattati). L'inizio del 1995 deve quindi vedere l'attuazione di una serie di normative già esistenti.

Tali normative le conoscete quanto e più di me, però vorrei sottolineare che noi non siamo di fronte solamente ad una riforma del servizio sanitario nazionale. Quanto si va ad attuare è di fatto una radicale trasformazione del sistema, in linea con quanto sta avvenendo in tutto il mondo occidentale tenuto conto del principio che il cittadino deve essere al centro di tutti gli interventi dei servizi pubblici (in questo caso del servizio sanitario), mentre questi, quasi dappertutto, si sono orientati nel tempo più a servire se stessi che non i cittadini (forse questa può essere intesa come un'esagerazione, ma con essa si vogliono sottolineare le insoddisfazioni che si sono accumulate al riguardo). Vi è quindi l'esigenza che si stabiliscano nuovi criteri di responsabilizzazione e di partecipazione per poter fornire ai cittadini prestazioni più efficaci, più efficienti, e quindi anche di qualità, attraverso nuove regole.

Le nuove regole le conoscete. Questi sono i principi cui si ispirano: il principio delle aziende sanitarie, siano esse gli ospedali resi autonomi siano esse le aziende USL con i relativi presidi ospedalieri; il principio del direttore generale responsabile gestionale e affiancato da due suoi collaboratori scelti rispettivamente per la parte amministrativa e per la parte sanitaria; recentemente, il principio delle tariffe, che, per la parte ospedaliera, sono state anticipate al 1° gennaio 1995.

Ebbene, si potrebbe pensare che il problema è solo quello di valutare se la nuova modalità di finanziamento sia applicabile

e in che modo, nonché le difficoltà possibili (perché ne avremo). Ma il problema non è questo. Il principio delle tariffe, infatti, non fa altro che esprimere un nuovo modo di intendere l'organizzazione ospedaliera, laddove i medici saranno chiamati in prima persona ad essere rivalorizzati nel loro ruolo fondamentale, che è clinico ma, ad un certo livello, anche gestionale. Questa forte responsabilizzazione dei medici rappresenterà un elemento di equilibrio rispetto alla direzione generale e ai suoi collaboratori. Sarà interesse delle aziende che le due parti vadano tra di loro d'accordo e che abbiano, nel bene e nel male, buoni rapporti.

La prima cosa da fare era allora quella di provvedere alla ricomposizione nel territorio nazionale del disegno delle USL. Voi sapete che la legge n. 833 ne indicava un numero elevato rispetto a quello previsto con la nuova organizzazione. Si passa infatti da 659 USL a 227 (salvo alcuni piccoli aggiustamenti, che si stanno apportando). Vi sono poi 54 aziende ospedaliere. Questo principio trova attuazione nelle leggi regionali. Fanno eccezione la Sicilia e la Sardegna, alle quali lo statuto speciale concede margini di tempo maggiori (più brevi per la Sardegna, leggermente più lunghi per la Sicilia). Ad ogni modo si può dire che entro breve tempo tutto sarà a regime. Contemporaneamente si dovrà provvedere alle nomine dei direttori generali, che in larga parte sono già avvenute. Certo, ci sono aspetti sui quali dovremo intervenire. Vedremo poi insieme come farlo, tenendo conto che non si vuole ricorrere alla decretazione d'urgenza ma anche che vi sono situazioni che necessitano di interventi urgenti.

Dovremo valutare insieme la possibilità di lavorare, come sarebbe logico, soltanto su disegni di legge, che dovrebbero naturalmente procedere speditamente, oppure ricorrere alla decretazione d'urgenza. Ad esempio, se non si nomina il direttore sanitario, non si riesce a costituire la triade dell'azienda. Ma la nomina del direttore sanitario nelle condizioni attuali è difficile, dal momento che ci sono una serie di persone che non hanno potuto conseguire l'i-

doneità perché da tempo non si tengono esami. Si potrebbe allora applicare una norma transitoria, che va però prevista; altrimenti l'azienda non è perfetta. Questo, per fare solo un esempio.

Per quanto riguarda le tariffe, sapete che esse sono di pertinenza regionale. Ebbene, alcune regioni hanno provveduto al riguardo, ma nel frattempo il Ministero della sanità ha stabilito le proprie tariffe, così come prevede la legge. Tali tariffe sono considerate in qualche modo tariffe provvisorie. Le regioni potranno applicarle fin quando non stabiliranno le proprie.

Ora si deve però cominciare a parlare anche in dettaglio. Stiamo preparando le linee guida per spiegare come le tariffe andranno applicate nelle singole regioni. Le linee guida sono pressoché pronte. Io vorrei però riservarmi di sentire gli assessori regionali, che sono gli uomini sul campo e i responsabili diretti. Non dimentico mai, infatti, che la nostra attuale organizzazione è fondamentalmente regionale, un'organizzazione in cui ogni regione è quindi dotata di una certa autonomia. Credo però che tutti avvertano il bisogno che questa autonomia sia ricondotta ad un disegno generale che consenta di ottenere i cosiddetti livelli uniformi di assistenza, che sono stati a suo tempo definiti proprio perché i cittadini italiani si vedano assicurate, dovunque essi vivano, prestazioni caratterizzate da un certo grado di omogeneità. L'incontro con gli assessori servirà dunque a chiarire una serie di punti.

Ho apprezzato moltissimo il nuovo sistema di finanziamento; e so che è stato il vostro lavoro che ha permesso di prevedere nella legge finanziaria l'attuazione graduale del nuovo sistema tariffario: esso parte sostanzialmente dal 1° gennaio ma andrà gradualmente a regime entro un triennio. Ritengo dunque molto importante il vostro lavoro.

La scelta che è stata operata ha anche, per così dire, una radice storica. Noi abbiamo infatti mutuato il nuovo sistema dal sistema *medicare* degli Stati Uniti. Ebbene, il sistema *medicare* negli Stati Uniti è stato attuato nell'arco di un triennio: la sua attuazione è iniziata nel 1983 ed è andata a

regime due anni dopo. Credo sia logico seguire queste modalità, come voi avete chiesto e come la legge adesso prevede.

Si tratta di un sistema che, come ho già detto, è rivoluzionario e richiede quindi una diversa organizzazione. Sbaglierebbe chi ritenesse che stiamo solo cambiando un sistema di tariffe. Voi che siete in larga parte medici sapete bene che qui stiamo rivoluzionando l'universo ospedaliero, passando da una concezione che dura da secoli, cioè quella dell'indice di occupazione, che ha sempre rappresentato la gloria delle amministrazioni, ad un nuovo criterio, quello dell'indice di rotazione, che prende in considerazione il numero di malati che girano su uno stesso letto in un anno. Perché questo non diventi però l'indice della rotazione girevole, onde cioè evitare che gli ammalati entrino ed escano dalle strutture in modo artificioso e qualche volta dannoso, perché non ci sia la scrematura dei malati voluti e di quelli non desiderati, perché comunque il nuovo sistema dispieghi tutti i suoi effetti positivi e nessuno dei possibili effetti negativi dobbiamo lavorare insieme affinché la trasformazione si svolga gradualmente e utilmente, con grande vantaggio per la comunità nazionale. Non c'è dubbio, infatti, che questo nuovo sistema mette ordine anche sul piano finanziario, passando dalla metodica utilizzata finora, che si può definire a corpo (esso prende in considerazione elementi un po' grossolani e non precisi come ad esempio la giornata di degenza), ad un sistema a misura, che raggruppa i malati per gruppi diagnostici e patologie equivalenti per consumo di risorse nel raggruppamento diagnostico stesso (salvo i casi eccezionali).

Questo cambiamento, che è molto importante, si deve accompagnare a tutta una serie di nuove attività dei medici. Debbo però dire, oggettivamente, che non è questo lo scenario che ci si presenta; infatti — quelli di voi che sono meno giovani lo ricordano bene, come lo ricordo io — negli anni che vanno dal 1968 al 1978 negli ospedali si erano costituiti i consigli sanitari e la partecipazione dei medici alla decisione e alla gestione era importante.

Dopo il 1978 le cose sono cambiate e, sostanzialmente, i medici si sono limitati alla loro attività clinica, certo molto importante, mentre dal punto di vista gestionale non hanno più avuto alcuna voce in capitolo. Oggi è invece indispensabile muoversi in tale direzione.

Mi limito a questi aspetti, che riguardano solo una piccola parte della sanità. Vi ho parlato infatti solo delle aziende e delle tariffe che riguardano il settore ospedaliero, per dirvi quante idee abbiamo da scambiare, quante proposte potrete farmi e quante osservazioni potranno emergere. A questo punto mi fermo, per ascoltare — credo sia più opportuno — la vostra opinione.

PRESIDENTE. La ringrazio, signor ministro, e desidero esprimere la mia personale soddisfazione per aver ascoltato una persona competente. Sarà sorprendente l'esser sorpresi — scusatemi il bisticcio di parole — ma fino ad oggi, pur avendo ascoltato molti ministri, non mi era mai successo.

Tenuto conto del numero dei commissari presenti, avverto fin d'ora i colleghi che chiederò loro di limitarsi ad interventi di cinque minuti.

ALESSANDRA MUSSOLINI. Signor presidente, impiegherò soltanto tre dei cinque minuti che lei mi ha concesso. Ringrazio il ministro per la sua concisione; e d'altronde anche il mio intervento sarà molto stringato, perché credo che si debba anche essere realisti: questo è un Governo che ha tempi molto brevi.

Il ministro ha tracciato le linee per quanto riguarda le USL e le aziende sanitarie. In Italia non molto tempo fa vi è stato quello che può definirsi il vero e proprio scandalo della lottizzazione (peraltro era prevedibile). Mi riferisco segnatamente alle finte nomine dei direttori generali.

Vorrei affrontare soltanto un argomento di carattere generale. Vorremmo — è una mia personale valutazione — che in un futuro questo Governo lasciasse molto più spazio all'iniziativa parlamentare e ai progetti di legge dei singoli parlamentari,

limitandosi nell'emanazione dei decreti-legge.

Tra i molti problemi esistenti, ricordo, in particolare, l'esigenza di una legge-quadro sui trapianti d'organo. Ritengo però che in questo momento la Commissione affari sociali debba dare in particolare un segnale urgente in ordine alla questione dell'inseminazione artificiale. Ho sentito che si vorrebbe un decreto, ma credo che occorranza, prima di tutto, un'audizione — che auspico (mi rivolgo al presidente) possa aver luogo al più presto — del comitato di bioetica e la creazione di un tavolo composto dai rappresentanti di quel comitato, da taluni membri del Parlamento, visto che in questa Commissione siamo quasi tutti medici, oltre che dai rappresentanti del Governo. Ciò al fine di varare al più presto una legge ordinaria volta a regolare, e con severità, la questione dell'inseminazione artificiale.

Un po' polemicamente vorrei lasciare la classe medica fuori dal tavolo che si occuperà della stesura della legge. Infatti in questi ultimi anni, in attesa della normativa, i medici stanno a volte svolgendo la propria attività — se me lo consentite — senza molti scrupoli. In un secondo momento, poi, in fase di redazione del testo normativo, potremo invitare taluni rappresentanti della classe medica per un ampio confronto.

Vorrei conoscere l'opinione del ministro anche in ordine ad un'altra questione di grande rilevanza. La nostra Commissione ha approvato un documento a mio avviso molto importante sull'interruzione volontaria della gravidanza, che è stato firmato dai rappresentanti di tutti i gruppi. Mi auguro che il ministro voglia attuare le nostre indicazioni in ordine ai consultori ed al controllo dell'interruzione volontaria di gravidanza.

A parte i mille altri problemi, che pure vi sono nel mondo della sanità — mi riferisco, ad esempio, al perenne residuo manicomiale ed all'inesistenza di una legge-quadro sulla psichiatria —, queste sono, a mio giudizio, le urgenze.

Si è parlato anche di responsabilità della classe medica. Rilevo però che il con-

tratto di lavoro per tale categoria deve essere ancora attuato e credo che il primo ministro che taglierà dalla busta paga dei medici la ritenuta GESCAL diventerà un imperatore per l'eternità...

Questo è il mio pensiero su alcune questioni in materia sanitaria: mi auguro che il ministro, nel breve tempo a disposizione del Governo, possa risolverne qualcuna.

PRESIDENTE. Onorevole Mussolini, come lei sa, purtroppo la materia dell'inseminazione artificiale è di competenza non solo della nostra ma anche di altra Commissione parlamentare. E tutto quello che riguarda competenze congiunte crea problemi quasi insormontabili, che vanno risolti con il regolamento della Camera.

EDRO COLOMBINI. Vorrei riallacciarmi ad un paio di argomenti già affrontati dal ministro che sono per noi fondamentali. Mi riferisco, innanzi tutto, alla nomina dei direttori generali delle USL, argomento estremamente delicato.

Questa Commissione ha modificato i criteri di nomina a tali cariche, eliminando gli elenchi, le graduatorie, i concorsi e tutte le manifestazioni truffaldine mediante le quali fino ad oggi si sono assegnate poltrone senza attenersi al criterio di responsabilità. Invece di individuare la persona più adeguata a ricoprire un certo ruolo, si è fatto ricorso ad *escamotages* chiarissimi e notissimi a quanti esercitano la professione medica al fine di raggiungere certi risultati.

Questa Commissione — credo all'unanimità e, comunque, a prescindere da maggioranza ed opposizione — ha ritenuto che, finalmente, l'applicazione del criterio di responsabilità avrebbe potuto portare gli amministratori locali a scegliere gli uomini più adatti a svolgere determinate mansioni.

Avevamo addirittura indicato nel presidente della regione il personaggio preposto a tale scelta, e ciò al fine di individuare finalmente un responsabile (visto che nel nostro paese non ve ne sono). Ci è stato detto che ciò sarebbe incostituzionale e che non si può entrare nel merito delle

scelte che spettano alle regioni, alle quali è stata alla fine lasciata la responsabilità di indicare la persona che avrebbe dovuto operare quelle scelte. Tutto ciò è avvenuto nella maniera che ognuno conosce: in Lombardia, tramite una registrazione, si è potuto sapere quanto era avvenuto; ma in altre regioni sappiamo essere accaduto altrettanto (vi sono denunce e ricorsi ai TAR). Tutto ciò naturalmente va contro il principio di responsabilità che il Parlamento voleva finalmente adottare.

La prima richiesta che mi sento di avanzare al ministro è quella di intervenire in tal senso, essendo previsto che tra un anno l'operato di questi signori possa essere verificato. Come al solito infatti si dice che tale verifica non vi potrà essere, perché saranno presentati ricorsi al TAR e si tenteranno tutti gli *escamotages* possibili: quelli che hanno male operato potranno concedere benefici a destra e a manca per evitare che qualcuno agisca contro di loro ed anzi per tentare di avere un avallo al proprio operato.

Questa sarebbe una buona occasione per il Governo, benché di breve durata, di intervenire con grande saggezza e determinazione per fare in modo che soltanto coloro i quali hanno operato nell'interesse del cittadino — il quale, come ha giustamente detto il ministro, deve essere al centro del sistema sanitario — possano andare avanti, mentre quanti hanno ottenuto certi posti senza capacità possano essere rimossi, eliminando le pastoie burocratiche che permetterebbero loro di ricoprire quelle cariche per l'eternità.

Per ciò che riguarda il tariffario, noi siamo stati tra i promotori di proposte attinenti alla questione delle prestazioni ed anzi abbiamo presentato emendamenti alla legge finanziaria che consentiranno nell'arco di questo triennio di ottenere tali prestazioni. Ci auguriamo pertanto, a prescindere dai discorsi fatti, che mi sembra il ministro abbia recepito perfettamente, che quello della qualità diventi un concetto primario. So che in tutto il mondo è stato molto difficile stabilire in cosa consista il concetto di qualità e che ancora oggi sussistano molti dubbi circa il modo di

identificarlo, però, a prescindere dal criterio della rotazione dei posti letto e dalla questione attinente alle degenze medie, la qualità dei risultati deve essere a tutti i costi perseguita. Mi auguro pertanto che l'obiettivo finale sia quello del raggiungimento di un livello qualitativo molto buono, senza tralasciare gli aspetti quantitativo e della formazione.

Un'ultima questione che vorrei segnalare alla sua attenzione è quella del consiglio dei sanitari, di cui parla anche la legge n. 517 del 1993. Secondo il mio parere e credo anche secondo il parere di parecchi commissari, il medico deve tornare al centro della sanità. È indispensabile infatti che la sanità sia governata dai medici, così come è indispensabile che i medici che non svolgono bene la loro professione ed il loro ruolo vengano allontanati. Ciò è fuori discussione. È fondamentale però che esista un consiglio dei sanitari formato da sanitari e non da altri — perché diversamente sarebbe altra cosa — che possa realmente occuparsi della qualità medico-sanitaria ed anche amministrativa di un certo ospedale. In tal modo queste aziende potranno funzionare bene. È inutile, infatti, continuare a discutere della parte economica della sanità se si disconosce che coloro che possono offrire un servizio sanitario al risparmio e nel migliore dei modi, utilizzando le metodologie più idonee, sono esclusivamente i medici. Coloro che possono incrementare l'attività dell'ospedale in modo da raggiungere il miglior rapporto costo-beneficio, che è il dato che consentirà alla sanità di funzionare meglio, sono i sanitari stessi.

Un'ultima considerazione riguarda la medicina di base di cui non abbiamo parlato. Sarà infatti opportuno riorganizzare la medicina territoriale altrimenti non risolveremo mai i problemi delle aziende ospedaliere. Sono questioni che partono da una base differente e sulle quali non desidero dilungarmi in questa occasione perché probabilmente ci vorrebbe una seduta apposita per affrontarle. Voglio soltanto far presente che reputo indispensabile prestare attenzione anche a tale problema.

ANTONIO SAIA. Saluto anch'io il nuovo ministro, lo ringrazio per la sua lucida esposizione e soprattutto per aver posto al centro della sua analisi un paio di questioni che reputo fondamentali. Come hanno già detto i colleghi che sono intervenuti prima di me, i problemi da affrontare sono numerosi e spero che essi vengano affrontati uno per volta; peraltro sono convinto che verranno trattati con la massima serietà sia dal ministro sia da questa Commissione.

Vorrei soffermarmi su alcuni problemi posti dal ministro. Vorrei segnalare, in primo luogo, un rischio che ravviso nella riforma varata. Se ci renderemo conto di tale rischio, forse troveremo anche il modo di evitarlo e di fare in modo che la riforma si trasformi in qualcosa di buono. Molti guardano con favore la modifica che consente di effettuare il pagamento secondo tariffa per determinate prestazioni sia presso le strutture pubbliche sia presso quelle private. Si ritiene, infatti, che in tal modo sia le strutture pubbliche sia quelle private saranno costrette ad agire meglio e a fornire rapidamente risultati al fine di consentire all'azienda ospedaliera pubblica o privata di trarne un utile. Ciò espone però il servizio sanitario a dei rischi inevitabili, peraltro aggravati dal fatto che nella legge finanziaria è stato introdotto all'ultimo momento un emendamento che elimina ogni controllo sulla possibilità che il cittadino usufruisca indifferentemente di strutture pubbliche o di strutture private.

Non vogliamo mettere in discussione il fatto che il cittadino possa liberamente scegliere dove curarsi, ma vogliamo mettere in discussione il fatto che manchi un filtro che consenta di tenere sotto controllo quello che succede. È evidente, infatti, che laddove vi sarà un interesse diretto e specifico a consentire che la prestazione venga erogata in tempi brevi e con il minor dispendio di energie possibili si potrà avere un'assistenza rapida e quindi un notevole *turn over* di pazienti; nei casi in cui, invece, non vi sarà un interesse diretto e ci si dovrà scontrare con strutture obsolete, potranno verificarsi ritardi, con conseguente riduzione del *turn over* e per-

tanto con introiti ridotti per le aziende ospedaliere pubbliche.

Vi è un altro rischio che è necessario tener presente: vi è infatti la possibilità che chi ha un interesse diretto scelga i pazienti e le patologie di cui occuparsi, mentre chi deve tener conto dell'interesse pubblico, che necessariamente ha carattere generale, non può muoversi nello stesso senso. È chiaro a tutti che sarà conveniente ed utile per la struttura privata curare patologie che non richiedono un notevole impiego di mezzi e di personale ed evitare invece di occuparsi di patologie più complesse, la cui cura richiede un notevole dispendio di risorse, che rimarranno sempre a carico delle strutture pubbliche. Sono considerazioni da fare anche alla luce dell'emendamento cui ho già fatto riferimento, che non era stato discusso in Commissione e che è comparso all'ultimo momento in Assemblea. Esso consente al cittadino di rivolgersi alle strutture private senza autorizzazione da parte di alcuno. Signor ministro, vi è il rischio di tornare alla situazione di venti o venticinque anni fa quando un'appendicectomia o una tonsillectomia non si rifiutavano ad alcuno perché vi era un interesse specifico a fare questo tipo di interventi. In tal modo si impoverirebbe inevitabilmente il sistema sanitario nazionale nel suo complesso senza peraltro rendere un servizio ai cittadini.

Ho fiducia nella persona del ministro per la sua storia e sono sicuro quindi del fatto che affronterà tali questioni con serietà. Temo la brevità dei tempi a nostra disposizione, però la nostra forza politica è a disposizione in questa Commissione e in tutte le altre sedi per verificare quali rimedi, quali filtri e quali reti occorra predisporre per evitare che si verifichino gli inconvenienti da me segnalati.

Si è parlato anche del fatto di rendere efficienti le aziende ospedaliere e le USL. Per conseguire tale risultato ritengo utile decongestionare gli ospedali e rendere efficiente la medicina territoriale, fondamentale per rispondere alle esigenze di prevenzione. Penso che nessuno più di lei, signor ministro, abbia a cuore il settore

della prevenzione. In questi anni ci si è mossi per fare della prevenzione un punto cardine, anche se la riforma sanitaria sotto questo aspetto è fallita. È necessario pertanto muoversi in tal senso.

Signor ministro, per poter fare della prevenzione seria occorre cambiare il meccanismo per cui quotidianamente, a seconda della situazione finanziaria in cui versa il paese — crisi economica e via dicendo — si risponde sempre alle esigenze di salute della gente aumentando il livello di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, gravando molto spesso anche su coloro che non hanno possibilità di sostenere simili esborsi. Ebbene, lei sa benissimo e comprende perfettamente, signor ministro, che non è questo il modo di fare prevenzione. Fare prevenzione significa andare a ricercare la malattia, laddove il cittadino non sa della possibilità di ammalarsi. Occorre spingere il cittadino a controllarsi e a curarsi; le donne a prevenire le malattie del seno e dell'utero e i lavoratori a prevenire le malattie da lavoro. Un'impostazione di tal genere non si realizza inasprendo i *tickets*, ma cercando di far pagare la sanità a monte, cioè attraverso la contribuzione fiscale e rendendo accessibile ed il più possibile gratuita la fruizione dei servizi sanitari, soprattutto di quelli rivolti alla prevenzione.

Signor ministro, mi auguro che voglia dare una risposta ai problemi sollevati nella direzione che ho testé indicato. Esprimo tale auspicio anche perché conosco la sua storia professionale e so, quindi, quanto lei sia sensibile a tali problemi.

In conclusione, vorrei dire che non credo che soltanto i sanitari, i medici — è la professione che svolgo — possano essere determinanti a comprendere le esigenze della sanità. Pur ritenendo opportuni i consigli dei sanitari, che debbono esprimere il proprio parere tecnico sul modo in cui far funzionare le strutture sanitarie, credo si debba tener conto dell'opinione dei comitati degli utenti e delle numerose associazioni di malati, che in questi anni si sono molto spesso fatti carico — in forma volontaria — dei problemi, approfondendoli e segnalandoli correttamente. Ricordo

che la Commissione ha avuto modo di ascoltare le opinioni dei rappresentanti dei soggetti in dialisi, di quelli in attesa di trapianto, dei familiari dei leucemici e via dicendo, constatando che tali categorie possono offrirci un notevole contributo. A mio parere va quindi utilizzato questo patrimonio di esperienza e di conoscenza che, assieme ai consigli dei sanitari, potrebbe far funzionare meglio il sistema.

ONORIO CARLESIMO. Il collega ha parlato...

PRESIDENTE. Il collega ha parlato per nove minuti. Invito coloro che interverranno successivamente ad una maggiore concisione.

ONORIO CARLESIMO. Signor presidente, rinuncio al mio intervento per economia di tempo.

PRESIDENTE. La ringrazio, come sempre dà dimostrazione di generosità.

GIULIO CONTI. Vorrei far rilevare — intervengo a nome di alleanza nazionale — che il problema che ci pone e prevedevamo ci avrebbe posto la realizzazione delle aziende ospedaliere e delle aziende USL si sta verificando in tutta la sua pericolosità, palesando sia una carenza legislativa sia un fenomeno di clientelismo regionale permanente. Lei ci ha detto che le aziende sono state quasi tutte fatte e designate e che sono stati nominati quasi tutti i direttori generali; non ci ha però detto che sette regioni, alla data del 10 gennaio 1995, non avevano provveduto alla nomina dei direttori generali. Non ci ha neppure detto che i TAR della Puglia e della Lombardia hanno bloccato le nomine dei direttori generali, per manifeste situazioni di scandalo.

A tale proposito, vorrei ricordare al presidente della Commissione che, oltre a rallegrarsi per la competenza dei nuovi gestori del governo della sanità in Italia, sarebbe opportuno fare pure un breve cenno allo scandalo vergognoso della nomina dei direttori generali della Lombardia. A tale proposito, vorrei evidenziare alcuni dubbi

- che avevamo sia quando i rappresentanti del nostro partito erano al Governo sia durante la discussione delle leggi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 - circa il criterio di nomina dei direttori generali e ricordare i tentativi fatti - anche in questa sede - per mutare tale criterio attraverso una nuova legge. Le rivolgo quindi un invito a procedere in tal senso - essendo lei un ministro tecnico, è l'unico a poterlo fare nella situazione politica attuale - esprimendole i nostri dubbi circa il criterio delle tariffe legate alle prestazioni (ne parlava poc'anzi l'onorevole Saia, che ha ricordato che un tempo la tonsillite e l'appendicite portavano inevitabilmente all'operazione). A nostro parere, per ovviare a ciò, dovrebbe essere rafforzato il servizio ispettivo centrale, che non deve più essere tenuto a dormire o essere truccato come è avvenuto fino ad oggi (a tale riguardo, ricordo l'ultimo caso delle ispezioni in Lombardia).

Credo che lei debba affrontare questo problema per evitare che, nelle aziende già realizzate o in quelle che lo saranno, in mancanza di controlli, possano verificarsi i mali paventati dall'onorevole Saia. Questo pericolo esiste, come sanno perfettamente i medici che hanno lavorato in ospedale!

È opportuno stabilire un criterio. È evidente, ad esempio, che se la prestazione sarà conveniente, tutti gli operatori cercheranno di operare il malato di tumore. Occorre quindi un controllo serio e rigido da parte del Ministero, che garantisca la certezza della qualità e l'onestà dei medici.

Mi soffermerò ora su un'altra questione. Questa sera ho sentito con piacere parlare anche del problema dei direttori sanitari. I criteri di idoneità per tale categoria dovevano essere stabiliti il 19 gennaio dal Consiglio superiore di sanità. Non so se ciò sia stato fatto e se sia avvenuto in accordo con la categoria; sono invece al corrente del fatto che in tutte le regioni d'Italia è diffusamente in atto il tentativo clientelare di nominare direttori sanitari soggetti inidonei, quali ex primari, in pensione o facenti funzione di direttore sanitario, privi della competenza necessaria

ma in possesso della tessera giusta al momento giusto! È un problema molto serio che ritengo il ministro dovrebbe affrontare assieme ai rappresentanti della categoria.

Un altro compito di cui dovrà occuparsi, signor ministro - lo farà senz'altro perché ciò è previsto dalla legge finanziaria alla quale ha fatto riferimento - è quello di stilare l'elenco degli ospedali specializzati. Ricordo che nella legge finanziaria ciò è stato previsto affinché gli ospedali specializzati con meno di 120 posti letto non venissero posti in discussione da nessuna regione. Si tratta, a mio avviso, di un discorso molto serio, essendo necessario ovviare, con l'intervento del ministero, al fenomeno delle clientele regionali. La questione dovrebbe essere affrontata con gli assessori regionali per evitare aprioristiche divaricazioni.

Desidero poi far riferimento alla questione del servizio di guardia medica. Ricordo che le leggi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 avevano previsto la fine di tale servizio al 31 dicembre 1994, mentre, come era ovvio, esso ha continuato a funzionare. Ebbene, in questo caso, l'assurda situazione determinatasi, rende necessario il ricorso ad un decreto-legge, perché, se aspettassimo l'approvazione di un progetto di legge - che peraltro il nostro partito ha predisposto - essa perdurerebbe in assenza di norme. Figuriamoci inoltre cosa potrebbero fare le regioni in un caso del genere, visto quanto hanno fatto fino ad oggi (benché la legge imponesse il contrario). Sarebbe quindi opportuno pensare, in un primo momento, ad una proroga del servizio, prevedendo poi un sistema di intervento sul territorio, di urgenza e di emergenza, da attuare con legge nazionale. Mi rendo tuttavia conto che quest'ultimo obiettivo richiede un certo periodo di tempo; pertanto quella da me proposta è soltanto una programmazione di intenti.

Un altro problema - affrontato ma non risolto a livello ministeriale - oggetto di numerosi contatti con i rappresentanti delle forze politiche qui presenti, è quello della sanatoria (che potrebbe anche essere oggetto di un decreto-legge, previo svolgimento delle opportune audizioni in Com-

missione) della condizione degli aiuti ospedalieri facenti funzioni di primario da molti anni. Ritengo che questa sia un'autentica vergogna anche perché in alcune regioni si sta già avviando un discorso clientelare attraverso la mobilità, prendendo il primario di un piccolo ospedale che viene chiuso e nominandolo primario in un reparto ospedaliero nel quale il facente funzioni ha svolto tale compito per dieci-dodici anni! Si tratta evidentemente di una delle vergogne alle quali siamo abituati, ma che dovrebbe essere risolta per dare certezza a chi ha svolto un certo lavoro, senza prenderlo in giro e senza far credere che tutti questi problemi verranno risolti o affrontati attraverso una serie infinita di ricorsi alla magistratura!

Vorrei ora affrontare la questione delle convenzioni, sulla quale si è già soffermato il collega Colombini. Il rinnovo della convenzione concernente la medicina di base è fondamentale per consentire ai medici di contribuire alla soluzione del problema dell'affollamento degli ospedali. Analogo ragionamento vale per gli specialisti ambulatoriali esterni ed interni.

Ritengo infine sia giunto il momento per il Governo di discutere ed approvare il rinnovo del contratto dei medici e dei paramedici ospedalieri; altrimenti si farebbero dichiarazioni di buona volontà, ma dal punto di vista funzionale ci troveremo di fronte a scioperi invece che al lancio delle aziende ospedaliere. È un discorso di fondo di natura politica ma anche di carattere programmatico che non possiamo superare nascondendolo.

PRESIDENTE. Proprio perché qualcun altro potrebbe tornare sull'argomento, ricordo che martedì della prossima settimana il ministro risponderà alle interrogazioni vertenti sulle nomine nelle USL; in quella sede vi sarà la possibilità di affrontare l'argomento in modo più particolareggiato.

VASCO GIANNOTTI. Vorrei toccare un punto al quale in parte ha ora accennato l'onorevole Conti.

Lei, signor ministro, ha parlato di gestione di una difficile trasformazione. Seppure nei limiti del programma di Governo, penso che almeno su alcune questioni il Governo e il Parlamento possano collaborare — nell'ambito delle rispettive autonomie — all'individuazione di determinate linee di fondo che consentano alla gestione di raggiungere quella saldatura tra servizio e diritto del cittadino della quale lei ha parlato.

A me sembra che un punto, seppure sperimentale, di grandissima importanza potrebbe essere rappresentato dalla questione dell'organizzazione in tutto il territorio nazionale di un servizio di emergenza-urgenza. Ciò anche per evitare a lei di trovarsi — come è già accaduto al ministro Costa e ad altri ministri — nella necessità di compiere quei drammatici viaggi di carattere ispettivo — ricordiamo quelli dell'estate — per rispondere ad eventi che in realtà accadono tutti i giorni.

Lei ha giustamente fatto riferimento ad uniformi livelli di assistenza: sa perfettamente che uno dei muri contro i quali si infrange la nostra volontà è rappresentato proprio dalla risposta che il cittadino riceve quando si rivolge, ad esempio, alla struttura ospedaliera, a fronte di una necessità urgente di intervento. Mi sembra quindi — le faccio una domanda e pongo un problema — che forse sul tema dell'emergenza-urgenza si potrebbe lavorare ad una legge quadro che in qualche modo tenda ad orientare le regioni verso un intervento uniforme teso a risolvere uno dei nodi a mio avviso più complicati e difficili.

Questo peraltro potrebbe essere il terreno adatto ad una sperimentazione — naturalmente regolamentata — del rapporto tra intervento pubblico e volontariato. Se in alcune regioni come la Toscana il servizio di emergenza-urgenza funziona, ciò lo si deve — come lei sa benissimo — al fatto che è affidato ad associazioni di volontariato le quali hanno dimostrato che molto può essere fatto nell'ambito di un rapporto normato tra le stesse e le istituzioni sanitarie.

**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
ALESSANDRA MUSSOLINI**

VASCO GIANNOTTI. Credo che in questo ambito possa essere risolto il problema della guardia medica. Sono d'accordo con il collega Conti: purtroppo la legge n. 502 del 1992 — come alcuni di noi sostennero senza risultato — si è occupata dei livelli più alti, fino agli aiuti, mentre per tutto il resto permane la giungla. Il sottosegretario Condorelli viene da una regione nella quale questo drammatico problema — che poi riguarda l'occupazione di migliaia di giovani medici — si pone con forza.

Penso che la questione della guardia medica o dei sostituti di guardia medica — nell'ambito più complessivo della disoccupazione dei giovani medici — possa essere affrontata in un quadro di normazione del servizio di emergenza-urgenza.

Voglio informarla di una mia iniziativa: ho presentato sul problema della guardia medica una risoluzione; se lo ritiene opportuno, la discussione di quest'ultima potrebbe essere l'occasione per raccogliere contributi e darle la possibilità di intervenire con decreto — dopo aver ascoltato la Commissione —, sempre nell'ambito di un discorso più complessivo di organizzazione del servizio di emergenza-urgenza. Potrebbe essere un ottimo inizio per lei perché consentirebbe di intervenire sul funzionamento del sistema e di dare una risposta molto concreta ad un drammatico bisogno del cittadino che molte volte ha dato luogo ai fatti che tutti conosciamo.

ALFONSINA RINALDI. Il collega Colombini ha sollevato nel suo intervento il problema della nomina dei direttori generali delle USL. Anch'io ho lavorato alla legge attualmente in vigore e voglio ricordarle che di fronte ad una stesura dell'allora ministro Costa e ad una presa di posizione successiva della Commissione, si svolse una discussione molto approfondita, al termine della quale si giunse al testo della legge medesima.

Vi fu un lavoro collettivo molto interessante che registrò posizioni diverse nella maggioranza e che ci fece approdare ad

un risultato che ancora oggi giudico molto serio, ruotando attorno al criterio della responsabilità: chi risponde e a chi.

Oggi ci troviamo in sede di attuazione; il presidente ricordava che martedì prossimo discuteremo specificamente questo tema. Vorrei dire al collega Colombini che già c'è stato un intervento ispettivo del ministro Costa: sarebbe interessante — non mi rivolgo a lei, signor ministro, ma ai colleghi della Commissione — valutare se sia opportuno che la Commissione stessa, dopo aver approvato una legge, eserciti una propria funzione ispettiva verificando come tale legge sia stata attuata in tutta Italia e quali risultati positivi o negativi abbia prodotto. Credo che sarebbe un modo serio per lavorare tutti insieme, lasciando da parte le polemiche ed i campi di indagine che non sono nostri, in uno spirito che rinnovi il dato politico che ci unificò, rappresentato dalla volontà di inserire il criterio della responsabilità.

Per quanto riguarda il merito delle cose dette dal ministro, ho trovato molto interessante la griglia che ci ha ricordato concernente il riordino del servizio sanitario. Vorrei porle una sola domanda: lei ha giustamente sottolineato l'importanza dell'introduzione del sistema tariffario, considerato una sorta di rivoluzione rispetto all'attuale organizzazione sanitaria, cosa su cui concordo. Inoltre, lei ha evidenziato l'esigenza di sentire le regioni in merito alle linee guida. Durante il dibattito sulla legge finanziaria, che ha introdotto il sistema tariffario nei tempi che anche lei ha ricordato, si è svolta una discussione (che ricordo solo per un attimo per chiederle che cosa ne pensi) sul sistema degli accrediti.

È certamente importantissima l'introduzione del sistema tariffario — da verificare — ma a mio avviso è altrettanto importante disporre di una griglia a livello nazionale contenente alcuni principi di fondo che stabiliscano come possano avvenire a livello regionale gli accrediti. Ciò al fine di costruire un sistema a rete, pubblico o privato, nel quale gli elementi di programmazione circa gli obiettivi-salute vengano guidati e sorretti, in uno spirito di

apertura verso il privato, da parte del sistema pubblico, al quale spetta la competenza primaria.

Secondo la mia valutazione, in assenza di alcune linee-guida per gli accrediti, corriamo il rischio — affidandoci al solo sistema tariffario — di depotenziare notevolmente un sistema a rete la cui creazione dovrebbe risultare efficace in rapporto agli obiettivi da conseguire nel paese.

Altra questione riguarda le risorse. Concordo circa l'importanza di prestare attenzione sulle regole per il riordino del sistema sanitario, ma accanto ad esse va certamente preso in considerazione il problema delle risorse. Fra i quattro obiettivi di questo Governo si colloca quello di una manovra finanziaria-*bis*: ebbene, pur riconoscendo le difficoltà di bilancio ed i problemi del deficit — che ovviamente ci riguardano tutti —, mi auguro che su questo fronte si possano aprire prospettive positive.

Il ministro saprà certamente quanto sia complicata la situazione del debito pregresso. Ora, se le nuove regole devono evitare che si determini un ulteriore carico di deficit nel sistema sanitario, chiaramente deve essere superato e risolto il problema del pregresso, che continua a produrre oneri passivi: sarebbe una importante operazione di sanatoria ai fini della trasparenza e dell'efficienza che vogliamo promuovere mediante il sistema dell'aziendalizzazione.

Alle questioni dell'efficienza e dell'efficacia, alle quali lei ha fatto riferimento, va collegato il capitolo degli investimenti. A titolo esemplificativo cito solo un caso, che mi interessa in particolar modo: se non sarà ripristinata la possibilità di utilizzare la seconda *tranche* degli investimenti già stanziati, corriamo il rischio che siano bloccate (dopo l'avvenuta approvazione a livello centrale e regionale!) tutte le risorse destinate alla riqualificazione della sanità per quelle regioni che con maggiore tempestività avevano fatto fronte agli adempimenti previsti ed avevano completamente utilizzato la prima parte degli investimenti finanziati con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Si prefigura, così, un

blocco delle attività di innovazione della struttura sanitaria diffuse sul territorio. Si tratta, a mio parere, di una priorità assoluta; ma mi interesserebbe ragionare anche in ordine al problema nel suo complesso, per ascoltare le valutazioni del Governo.

Un'ultima notazione. È fondamentale la valorizzazione del personale, delle risorse umane: non c'è dubbio. Del resto, lei vi ha fatto esplicito riferimento. In proposito un'importante questione riguarda i rinnovi contrattuali. Valorizzare il personale e richiedere una modifica del suo ruolo, offrendo nuove possibilità nell'ambito di un sistema di responsabilizzazione, di rispondenza ai bisogni, di riconoscimento dei risultati (o, eventualmente, in assenza di riscontri positivi, di « non riconoscimento » dei risultati), rende necessario — sia pure da parte di un Governo probabilmente destinato ad avere breve durata — prendere atto che da quattro anni i contratti non sono rinnovati. Gli stanziamenti previsti nella legge finanziaria per l'agenzia a cui compete questa funzione sono assai carenti in rapporto alla possibilità di creare i reali presupposti per un rinnovo contrattuale.

PRESIDENTE. Ricordo a tutti i colleghi il limite di tempo di cinque minuti, per consentire al ministro di svolgere la sua replica.

GIUSEPPE PALUMBO. Signor ministro, signor sottosegretario, non mi soffermerò sui problemi riguardanti le aziende, già trattati da numerosi colleghi. Vorrei soltanto che il ministro sollecitasse nuovamente il competente assessore della regione siciliana a nominare i *manager* (o direttori delle aziende). In Sicilia la questione è ancora in alto mare, poiché la commissione istituita per l'analisi dei titoli dei concorrenti non ha ancora pubblicato l'elenco.

Come tecnico del campo (e ci troviamo di fronte ad un Governo di tecnici...) e come membro della commissione nazionale di bioetica, vorrei aggiungere qualche considerazione sul problema delle fecon-

dazioni assistite, al quale ha già fatto cenno l'onorevole Mussolini. Ritengo che il Parlamento non possa più attendere di legiferare sulla materia: già questo orientamento è emerso durante la prima riunione della commissione nazionale di bioetica, la quale inviterà le Camere a legiferare al più presto.

A mio avviso limitarsi a regolamentare il settore dei laboratori — prevedendo *standard* minimi, livelli garantiti di efficienza e di qualificazione professionale per gli operatori — non è sufficiente. Non possono essere più ignorate una serie di questioni — di ordine civile, morale e legale — che restano irrisolte. L'onorevole Scoca ha già presentato una proposta di legge di modifica dell'articolo 235 del codice civile, sul disconoscimento di paternità per i bambini nati dopo la fecondazione assistita con seme eterologo. Credo che il Governo debba, insieme con noi, farsi carico di legiferare al più presto su un terreno così delicato. Occorre porre fine allo sconcio al quale assistiamo giornalmente attraverso la stampa ed i mezzi di comunicazione, per evitare che l'Italia resti l'ultimo paese in Europa dal punto di vista della disciplina del settore.

MARETTA SCOCA. In tema di procreazione assistita vorrei riallacciarmi a quanto detto dalla vicepresidente Mussolini e dall'onorevole Palumbo.

Mi rendo conto che si tratta di una problematica molto vasta, che coinvolge aspetti di varia natura (etici, morali, medici, umani, sociali). La precedente commissione di bioetica ha reso note le proprie conclusioni, ma occorre sottolineare che si tratta di linee assolutamente eterogenee, con posizioni discordanti: all'accettazione di alcuni principi da parte di determinati membri ha corrisposto la dissociazione di altri componenti della commissione. Sono stati presentati, poi, sia una serie di progetti di legge organici (come quello dell'onorevole Giovanna Melandri) sia il documento noto come relazione Santosuoso.

In attesa che tutta la materia possa essere affrontata in maniera sistematica, ri-

tengo opportuno cominciare a prendere in considerazione i singoli problemi sui quali non può non registrarsi l'accordo di tutti. Uno di essi è già stato ricordato dall'onorevole Palumbo: non può essere consentito il disconoscimento di paternità da parte di quei mariti che invocano l'*impotentia generandi* dopo aver consentito alla moglie la fecondazione con il seme di un altro uomo; una misura di questo tipo può essere adottata immediatamente.

Occorre, inoltre, procedere subito alla regolamentazione ed autorizzazione dei centri ove possono essere praticate le tecniche di procreazione assistita. Non si può demandare ai singoli medici o ai singoli pazienti ed utenti l'individuazione dei comportamenti corretti da assicurare nell'ambito di una problematica così complessa, le cui conseguenze vanno ad incidere sulla salute non soltanto della donna ma anche del bambino (oggi, infatti, non esiste alcuna garanzia contro la possibilità che i gameti maschili utilizzati possano dare origine a forme di *handicap*). In ordine alla conservazione degli embrioni, poi, non esistono regole precise circa i limiti di tempo e le metodologie: i centri a cui è affidata questa pratica devono essere controllati, perché occorre evitare episodi che non hanno giustificazione in un paese civile e che, invece, dalle notizie pubblicate giornalmente sulla stampa risulta che continuano a verificarsi. L'accento va posto, quindi, sulla necessità di regolamentare i centri e di sottoporre le attività del settore a precise autorizzazioni. Oggi perfino le gelaterie devono conformarsi a norme piuttosto severe: mi pare più che evidente la necessità di adottare regole precise per un settore così delicato.

PRESIDENTE. Colleghi, stiamo facendo presente al ministro che l'argomento della procreazione artificiale ci sembra molto importante; tuttavia dal brusio pare che non sia così. È opportuno un po' di rispetto per la collega ed il tema trattato.

MARETTA SCOCA. La ringrazio, presidente; in ogni caso ho concluso.

È vero che occorre affrontare l'argomento nel suo insieme, ma qualora la sua trattazione dovesse essere eccessivamente lunga e difficile, si potrebbe intanto cominciare da elementi basilari, sui quali certamente vi è l'assenso di tutti.

FIORIELLO PROVERA. Cercherò di essere molto breve proprio perché mi interessa la risposta del ministro.

Come collega gli rivolgo gli auguri: è certamente difficile trovare la giusta terapia per la sanità, credo quindi che siano opportuni, forse necessari gli auguri di tutti.

Per vent'anni ho svolto la professione medica; penso, dunque, di aver individuato i due maggiori problemi del settore: la burocrazia e la politica; ritengo sia una diagnosi largamente condivisibile. Questi due elementi fondamentali hanno portato ad intendere la sanità come sistema di potere clientelare anziché come servizio, come peraltro prevede la Costituzione.

Ho fatto questa premessa perché durante i lavori della Commissione abbiamo ritenuto che la managerialità possa essere una soluzione ed abbiamo agito in questa direzione ad esempio a proposito delle nomine dei *general managers* delle USL. I criteri suggeriti e poi approvati sanciscono la nomina del *general manager* della USL da parte del presidente della giunta regionale: abbiamo infatti riconosciuto l'ipocrisia dei falsi concorsi, che potevano costituire il pretesto per nominare una determinata persona rifiutando però la responsabilità della nomina stessa.

Un'altra regola introdotta (la verifica dopo un anno) permette di garantire al cittadino la trasparenza della nomina effettuata e del servizio prestato. Anche con la revisione dei criteri relativi alle candidature, per consentire il più possibile l'accesso alle nomine a candidati provenienti da settori privati, si è inteso assicurare la massima trasparenza.

Mi sembra, perciò, una strumentalizzazione politica quella relativa alle nomine della regione Lombardia, che non condividiamo e che gli ispettori inviati dal ministro Costa non hanno condiviso, accer-

tando la trasparenza delle nomine stesse. In ogni caso la legge è lì per garantire che, qualora sia stato fatto qualcosa di poco trasparente, si risponda politicamente delle scelte compiute.

Sono intervenuto sull'argomento semplicemente perché altri lo hanno fatto prima di me. Tratto adesso i problemi che intendo sottoporre all'attenzione del ministro. Il primo è secondo me fondamentale per una medicina moderna: mi riferisco alla prevenzione. Non si tratta di niente di nuovo, voglio però sottolineare che mi sembra vi siano particolari carenze (l'ho verificato di persona) nel campo della prevenzione dei tumori; mi riferisco al nord Italia, zona in cui vivo. Probabilmente uguali o maggiori lacune si riscontrano in tutto il paese, ma, ripeto, ho potuto constatare di persona le carenze esistenti in Lombardia, regione in cui risiedo. Non è stato fatto abbastanza; spesso non è stato fatto niente o il poco fatto è stato realizzato dai privati, da organizzazioni di volontariato.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

FIORIELLO PROVERA. Sollecito l'attenzione del ministro anche sul problema del trapianto di organi; purtroppo anche in questo campo siamo all'ultimo posto in Europa. Si adottano provvedimenti perché spinti dall'opinione pubblica o da fatti clamorosi che si leggono sui giornali; una sanità intelligente dovrebbe invece prevenire e facilitare la donazione, per evitare tragedie come quelle che abbiamo sotto gli occhi.

Un ultimo suggerimento: non esistono le frequenze radio riservate all'emergenza. L'iter del relativo provvedimento è quasi completato, ma si fatica a vararlo. Ci troviamo quindi nella seguente condizione: vi è una frequenza radio riservata alle forze di polizia e ai vigili del fuoco, ma non una frequenza radio per l'emergenza sanitaria, che comporta pericolo di vita.

Auguro di nuovo buon lavoro al ministro, perché credo ne abbia bisogno.

PAOLO POLENTA. Anch'io rivolgo al ministro e al sottosegretario un saluto e l'augurio di buon lavoro.

Il mio intervento sarà breve; sono poche le cose che si possono dire e mi sembra che innanzitutto si debba sottolineare una questione di metodo. Spero (mi pare l'abbia già detto all'inizio della discussione la collega Mussolini) che il Governo tecnico consenta all'iniziativa parlamentare di godere di uno spazio maggiore di quello avuto nei mesi scorsi, quando siamo stati impegnati soltanto nell'esame dei decreti-legge. Peraltro spesso si è trattato di provvedimenti onnicomprensivi, discutibili anche dal punto di vista tecnico (mi auguro che in futuro tali problemi siano superati), che ricomprendevano un'infinità di argomenti tra loro diversi.

Non mi sono scandalizzato per il fatto che nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente Dini solo tre righe (se non vado errato) erano dedicate alla sanità. È stato infatti esattamente indicato ciò che occorre fare: applicare norme già predisposte. Il complesso della recente normativa in materia sanitaria (leggi nn. 502 e 517 ed il provvedimento collegato all'ultima legge finanziaria, sul quale ho molto da ridire) ha delineato un diverso meccanismo di funzionamento del servizio sanitario nazionale, che deve essere attuato. In parte tale attuazione è in corso (ridisegno delle USL, nomina dei direttori generali), ma molti altri adempimenti previsti dai provvedimenti richiamati impegneranno, credo, il Governo, al di là della sua durata, più o meno lunga.

In merito all'applicazione delle norme, intendo sottolineare in particolare due aspetti, in parte già richiamati da colleghi che mi hanno preceduto. Innanzi tutto è opportuna una migliore verifica del rapporto tra i poteri dello Stato e quelli delle regioni in materia sanitaria. Abbiamo criticato e ci siamo opposti (per la verità con scarso risultato) ad alcuni articoli del provvedimento collegato alla legge finanziaria, che sostanzialmente hanno ipotizzato un nuovo accentramento di funzioni in capo al potere centrale in settori in cui invece dovrebbe essere lasciato spazio alla

programmazione regionale. Faccio riferimento al riordino degli ospedali, alla nomina del personale, alle questioni relative a beni e servizi; non voglio dilungarmi su questi aspetti, ma una volta per tutte si devono definire sia il limite di intervento dello Stato sia le reali funzioni delle regioni, le quali costituzionalmente — tutti lo sappiamo — hanno responsabilità primaria in materia sanitaria.

Mi rifaccio ad un intervento precedente circa il problema finanziario. Abbiamo tutti condiviso l'avvio di un meccanismo diverso di finanziamento del servizio sanitario nazionale, che responsabilizza maggiormente gli operatori (penso al settore tecnico e a quello gestionale). Tuttavia esiste un deficit pregresso i cui effetti destano forti perplessità; infatti esso rappresenta una palla al piede anche per la nuova fase di gestione della sanità. Occorre dunque riflettere su tale questione giacché il deficit pregresso è piuttosto considerevole.

Bisogna inoltre fare il punto sull'attuazione dell'articolo 20 della legge finanziaria 1988. Mi riferisco al famoso piano decennale di investimenti che ha dato risultati molto limitati rispetto alle aspettative manifestate nel momento in cui quell'articolo venne approvato.

Su tali due aspetti (deficit della gestione e applicazione dell'articolo 20) bisognerebbe dunque operare una verifica per vedere cosa si sia fatto e quanto si possa fare. Inoltre occorre conoscere gli orientamenti del Governo in questa nuova fase, al fine di dare soluzione a tali due questioni che — ripeto — sono fondamentali; altrimenti rischiamo di avviare il nuovo sistema sanitario in presenza di grossissimi problemi tali da compromettere quegli aspetti positivi che pure riteniamo esso comporti.

Vorrei brevemente ricordare altri due punti. Il primo riguarda il collegato alla legge finanziaria, che il Parlamento ha approvato recentemente, là dove affronta la normativa concernente il sistema farmaceutico, sul quale questa sera non vi è stata — né poteva esservi — un'ampia discussione. Tuttavia è un aspetto che oc-

corre riprendere, poiché vengono ipotizzati nuovi meccanismi di finanziamento del servizio farmaceutico a decorrere dal 1° gennaio 1996 — fortunatamente, dico io, dal momento che vi è stato uno slittamento nei tempi — che ci lasciano alquanto perplessi soprattutto se non si individuano forme adeguate al momento non previste dalla legge.

L'ultimo punto di cui intendo occuparmi — ripreso, tra l'altro, da alcuni colleghi che mi hanno preceduto — riguarda la questione della bioetica e dell'inseminazione artificiale. È un argomento che non possiamo eludere; per quanto riguarda il gruppo cui appartengo, domani verrà presentata una proposta di legge organica, quindi non limitata a singoli aspetti particolari, concernente tutta la materia. Riteniamo che su questo tema, anche se la competenza — come ricordava il presidente — investe una pluralità di Commissioni, debba incentrarsi la nostra attenzione nei prossimi mesi, a prescindere del tempo che avremo a disposizione.

VITTORIO LODOLO D'ORIA. Signor ministro, signor sottosegretario, mi spiace dover tornare nuovamente sul tema delle lottizzazioni delle USL. Credo, tuttavia, che questa sia la sede propria per denunciare quanto è avvenuto, considerato che tale aspetto non è stato ancora sufficientemente sottolineato.

Al di là del fenomeno lottizzatorio — e condivido l'affermazione dell'onorevole Provera, il quale ha detto che vi è stata fin troppa trasparenza grazie al telefono viva-voce — ribadisco che vi è un altro aspetto che mi preoccupa maggiormente. Mi riferisco al fatto che la Commissione ed il Parlamento avevano dato l'indicazione di riformulare i criteri per la selezione dei direttori generali. Ebbene, ciò non si è verificato. In particolare in Lombardia abbiamo notato che non è stato nominato nessun direttore generale al di sopra dei 65 anni, giacché coloro che poi hanno operato tali scelte avevano dichiarato che avrebbero seguito tale criterio comunque e quantunque. Questo significa disattendere ciò che è stato deciso dal Parlamento, il

quale non deve né può accettare tale situazione. Infatti i criteri sono stati riformulati e la regione doveva rispettarli senza ridefinirli: questo è il punto fondamentale.

Tengo poi a precisare alcuni dati quali emergono dalla nota ministeriale inviata nel giugno scorso alla nostra Commissione. Leggo testualmente dalla nota: « Le capacità manageriali possono essere accertate esclusivamente attraverso una valutazione degli aspetti personali che non sono oggettivabili ma verificabili attraverso colloqui diretti e test anche psicologici ».

In Lombardia si è verificato che non tutti hanno sostenuto i colloqui; anzi la minor parte: solo 200 su quasi mille presentatori della domanda. Inoltre, nessuno è stato sottoposto ai famosi test psicologici.

Un ulteriore passo importante della nota ministeriale è il seguente: « sarà pertanto necessario modificare i criteri selettivi per ampliare il possibile apporto di professionalità e di esperienze esterne alle USL ed alle regioni, in particolare del settore privato. La commissione dovrà rielaborare i criteri selettivi privilegiando gli appartenenti a categorie diverse dal personale delle USL ».

Ancora una volta dai risultati si evince che nella stragrande maggioranza dei casi si è tenuto conto dell'esperienza pregressa nella pubblica amministrazione ed anche nelle USL, dunque penalizzando il privato, il quale è stato inoltre penalizzato — come ben sappiamo — con l'adozione del criterio relativo all'età.

Nonostante ciò, nonostante la commissione ministeriale, il ministro non ha bloccato le nomine. E a questo punto ne vediamo i frutti: lottizzazione, mancato rispetto dell'operato del Parlamento (si va decisamente contro le decisioni parlamentari e ciò è gravemente rilevante) e, come effetto, paralisi sanitaria. Infatti tutti sappiamo che i ricorsi al TAR hanno comportato una sospensiva, per l'acquisizione di ulteriori elementi, fino agli ultimi giorni di febbraio.

Esiste poi un'altra questione, sottolineata da persone sicuramente più autorevoli di chi vi parla: il dover ricorrere nuo-

vamente alla magistratura, rimettendo nelle mani di quest'ultima un ennesimo problema.

A questo punto, poiché ritengo di essere nella sede più appropriata, richiedo — e non sono l'unico a farlo, considerato che sia alleanza nazionale, sia il PDS, sia rifondazione comunista per la regione Lombardia hanno avanzato la richiesta di azzerare le nomine — un intervento del ministro. Infatti le chiedo, signor ministro, con quale autorità potrebbero operare i direttori generali, pur ammettendo che siano tutti all'altezza del compito — e non è questo il caso —, di fronte al personale sanitario. Dico questo perché le sole modalità di nomina dei direttori generali non solo li delegittimano ampiamente ma ancor più li screditano di fronte al personale che essi dovrebbero dirigere. Tutto ciò va a scapito del sistema sanitario, cioè degli utenti.

Ritengo che la presente sia un'ottima occasione per ufficializzare la richiesta affinché il ministro — che ne ha il potere — azzeri le nomine delle USL lombarde e proceda ad un commissariamento delle stesse. Quindi, pur condividendo quanto richiesto dall'onorevole Rinaldi (cioè l'istituzione di una commissione ispettiva) ritengo che non si possa perdere ulteriore tempo, considerato che proprio per far fronte alle inderogabili necessità, con estrema responsabilità tutti abbiamo consentito che le nomine venissero effettuate da giunte regionali uscenti. Ciò per non paralizzare la sanità. Oggi, però, a paralizzare la sanità sono stati la lottizzazione e il TAR e la magistratura, signor ministro, deve intervenire celermente. Ecco perché non possiamo perdere ulteriore tempo.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor ministro, mi associo a tutti i colleghi nell'augurare a lei, e naturalmente al professor Condorelli, un buon lavoro.

Per contenere il mio intervento non mi dilungherò su quanto già detto da altri colleghi; sento però il dovere di portare alcuni chiarimenti. In primo luogo, qualche collega che mi ha preceduto ha fatto presenti alcuni timori circa il sistema di ac-

creditamento delle strutture sanitarie. In proposito, sento il dovere di ricordare la posizione del movimento che rappresento, quella cioè che i criteri di concessione dell'accreditamento debbano essere i medesimi per tutti, quindi prestabiliti da una Commissione parlamentare competente e dallo stesso ministro. Dunque, l'esempio dell'appendicectomia portato in questa sede e, quindi, il problema di far carico solo alle strutture pubbliche dei grandi interventi, con oneri per quanto riguarda la strumentazione diagnostica ed altro, non credo sia fondato, in quanto qualsiasi accreditamento deve essere concesso non per i piccoli interventi, ma per una chirurgia generale. Ciò presuppone anche un'attrezzatura adeguata a coprire tutta la patologia connessa. Di conseguenza, qualsiasi struttura accreditata dovrà dotarsi della strumentazione per la terapia intensiva e per la diagnostica strumentale, nonché naturalmente di *équipe* mediche e paramediche adeguate.

Crediamo che l'ottimizzazione dei servizi e la valorizzazione dell'esistente, grazie anche all'attività manageriale che auspichiamo di realizzare con l'individuazione delle persone adatte, ci faranno superare tutti questi timori. Si avrà cioè una giusta e doverosa concorrenzialità tra un servizio pubblico ed uno « privato » — uso il termine tra virgolette perché lo ritengo anche improprio — proprio perché sarà la possibilità (che auspichiamo tutti) per qualsiasi cittadino di scegliere dove farsi curare e da chi, valutando esclusivamente la qualità dei servizi, senza essere obbligato dalla burocrazia — come è avvenuto finora — a rivolgersi a questo o a quell'altro ospedale.

Voglio portare alla sua attenzione, signor ministro, anche un altro problema, ossia il fatto che una gestione manageriale nella struttura pubblica richiederà nuove norme sulla pubblicità e sull'informazione in campo sanitario, perché naturalmente intorno a tale questione nasceranno nuove problematiche.

Un altro aspetto che volevo sottolineare consiste nel fatto che attualmente manca del tutto una linea nazionale unitaria. Per

esempio, assistiamo ad un'interpretazione delle norme legate alla legge finanziaria o ad altre scelte che vengono portate avanti da ciascuna regione in maniera disordinata. Ci troviamo cioè di fronte a venti regioni che sono quasi altrettanti Stati. È quindi opportuno trovare in tempi brevissimi una linea unitaria nazionale, per esempio nel campo dell'informazione: ad oggi, infatti, i cittadini non conoscono esattamente i limiti, le prerogative e le modifiche che in materia sanitaria ha introdotto la legge finanziaria.

In conclusione, per non dilungarmi sull'argomento, mi associo anch'io a quanto affermato da alcuni colleghi circa l'inasprimento dei *ticket* sanitari. In qualità di operatore del campo, credo che un inasprimento dei *ticket* sanitari, con tutti i limiti introdotti dalla recente legge finanziaria, creerebbe tra i cittadini gravissimi problemi. In particolare, concordo con la considerazione che si andrebbe a colpire soprattutto quell'azione di prevenzione che riteniamo fondamentale per il futuro della nostra nazione.

ENRICO HÜLLWECK. Signor ministro, se come parlamentare vedo in lei il ministro, come rappresentante della FNOM-CEO e del mondo sindacale e medico, vedo in lei anche un esperto dell'area. Mi consenta quindi di dire che riconosco in lei un ministro tecnico di area, di grande esperienza, e ciò mi pone due quesiti. Il primo è una richiesta che le rivolgo con molta semplicità: credo di interpretare il desiderio di tutti i commissari nel chiederle — data appunto la valenza sua, del suo sottosegretario e del dicastero — di consentire a quanti di noi sono portatori di aspetti positivi importanti un rapporto di maggiore vicinanza e una collaborazione molto più stretta di quella che si è avuta in passato, con ministri di forte espressione politica e meno tecnica.

L'altro aspetto è il seguente: ho confrontato la sua dichiarazione preliminare con quella del suo predecessore Costa, il quale disse che, in attesa di una revisione globale della normativa e dell'aspetto legi-

slativo della sanità, avremmo affrontato gli aspetti più urgenti della sanità.

Lei, in maniera molto pertinente con il suo ruolo di ministro di un Governo che si presenta come tecnico — almeno così credo di avere inteso — ha affermato: « Cercherò di collegare la normativa sanitaria oggi esistente con il dettato della legge finanziaria, calandomi nella realtà del mondo sanitario ». Mi consenta di far rilevare che lei può permettersi — e dovrebbe permettersi — un passaggio ancora più ambizioso, riconoscendo nella normativa legislativa oggi vigente eccessive lacune e aspetti non chiariti, per consentirci solo un raccordo. Lei, però, può — e ha tutti gli strumenti per farlo — intervenire nelle lacune della normativa, proponendo risoluzioni che sarebbero importanti.

Come aspetto emblematico, riprendo il problema dell'urgenza-emergenza, anche se è già stato richiamato — mi pare — dai colleghi Conti e Giannotti — e non solo per sottolinearne l'importanza, ma anche per ricordare che in questo problema, oltre alla necessità di normare la rete del pronto soccorso, il meccanismo dell'emergenza (numero telefonico 118 ed altro), si colloca la figura emblematica del medico di guardia medica. Il problema sta nel fatto che — come ricordava Conti — questo assetto non solo era a termine, mentre permane tutt'ora, ma è anche rappresentativo della confusione esistente nell'affrontare la sanità italiana dal punto di vista legislativo. Ciò in quanto il mondo sanitario è diviso in due grandi comparti, quello della dipendenza e quello della medicina a convenzione, che rispondono in sostanza a ministeri diversi. Infatti, chi ha esperienza di contrattualità può chiaramente documentare che la funzione pubblica ed il Ministero della sanità agiscono spesso in questi due settori con il criterio secondo il quale la mano destra non deve sapere cosa fa la sinistra.

Le ricordo allora, signor ministro — ma lei lo sa meglio di me — che, per esempio, non è stato chiarito quale figura medica debba farsi carico dell'assistenza delle emergenze e delle urgenze sul territorio nelle ore notturne e festive. Di conse-

guenza, la guardia medica copre il 62 per cento dell'arco orario settimanale per la fascia pediatrica e qualcosa di meno per quella dell'età adulta. Un arco di tempo eccessivo per poterci definire soddisfatti e garantiti.

Questo dimostra la necessità da parte del Ministero della sanità non solo di recuperare un ruolo più importante nel momento contrattuale, attraverso un invito ad accelerare i contratti di lavoro — e questo è un invito che tutto il settore lavorativo della sanità le chiede — ma anche di diventare una cerniera, anzi un punto di controllo dei due momenti contrattuali, ricercando un aspetto unificante delle due aree dell'assistenza sanitaria. Altrimenti, ci troveremo ancora di fronte a schizofrenie assistenziali.

Non solo, ma se il Ministero della sanità si adopererà in modo da recuperare un suo ruolo predominante in questo senso, potrà anche darci una risposta sul meccanismo attualmente ancora confuso di una contrattualità che punta ad essere delegificante e che, attraverso questo sistema, tenta di risolvere aspetti del rapporto giuridico delle figure sanitarie, senza però fornire risposte concrete.

Ricordo i « palleggiamenti » tra Schietroma, Altissimo, Donat Cattin, Gaspari, Pomicino e De Lorenzo che hanno fatto sì che si stipulassero contratti con velleità legiferanti e leggi che non hanno dato risposta.

Allora io le chiedo di adoperarsi per una contrattualità rapida e decisa che chiarisca una volta per tutte quale sia la competenza economica e quale la competenza normativa e legiferante, se vogliamo, della contrattualità; in questo modo il Ministero della sanità potrà poi intervenire dal punto di vista legislativo andando a colmare tutte le lacune esistenti in termini di stato giuridico, di meccanismi di accesso ed anche — mi si consenta — in termini di organizzazione della professione.

Al riguardo io credo che lei abbia avuto già un contatto con l'onorevole Poggiolini (se non erro, sabato) per quanto riguarda le problematiche di quella che è considerata la « malattia » della FNOM; le ricordo

che è necessario che il Ministero della sanità prenda in mano la situazione della FNOM come organismo di rappresentanza e di strutturazione della professione medica. E le ricordo anche che il contesto giuridico recita spesso un riferimento alla federazione regionale dell'ordine dei medici, oggi inesistente. È agli atti del Parlamento una proposta di legge, che reca anche la mia firma, per una rapida istituzione di questo organismo al quale tutte le leggi cominciano a riferirsi, ma che di fatto non esiste. Pertanto, io le chiedo di intervenire non solo sull'ordine in sé, non solo sulle proposte e sulle prospettive di un suo riordinamento legislativo, ma anche sulla parte regionale degli ordini.

Dal momento che ho preso la parola, approfitto per trattare brevemente di alcune figure delle costituite o costituende unità sanitarie locali. In passato l'articolo 3 della legge n. 517 faceva in qualche modo riferimento alla problematica dell'aspettativa e dell'incompatibilità dei direttori amministrativi. Oggi non mi pare che sia venuta una risposta certa in questo campo; tuttavia, da voci che mi giungono, sembrerebbe che il direttore generale del Ministero della sanità sia già *in fieri* per dare una risposta restrittiva a proposito dei problemi di incompatibilità e di aspettativa. Le domando se, nel momento in cui le USL soffrono di alcune difficoltà di partenza — sia per la nuova problematica sia per il fatto che alcune figure sono state scelte anche da organismi regionali che tra breve saranno cambiati —, non sarebbe opportuno avere una visione un po' più ampia e tollerante in termini di accettazione di compatibilità e di aspettativa per queste figure.

LUIGI ZOCCHI. Signor ministro, voglio essere sintetico al massimo. Sono d'accordo su alcune delle sue dichiarazioni, ed in particolare laddove lei sostiene la necessità di ridare competenza anche gestionale alla classe medica.

Vorrei segnalarle che per la Lombardia, con questo « pasticciaccio » delle nomine USL, vi è la necessità di un suo intervento rapido con i mezzi che lei riterrà

più opportuni; le unità sanitarie locali di questa regione non possono più restare in una situazione di incertezza anche perché vi sono addirittura ospedali che non hanno più forniture per piccoli disguidi burocratici.

Pertanto direi che è necessario attuare il decreto-legge al quale lei accennava per rendere possibile la nomina dei direttori sanitari; ritengo inoltre opportuno un intervento affinché i direttori generali o quelli nominati eventualmente dai commissari possano operare rapidamente per evitare il blocco di tutte le attività. Le segnalo che a Varese, nell'ospedale più importante della provincia, per alcuni interventi, anche banali, e per esami che richiedono tecnica strumentale (mammografie, tac, scintigrafie ossee) si aspettano fino a quattro-cinque mesi. È assolutamente inaccettabile!

Vorrei poi che lei ci dicesse qualcosa anche a proposito della assistenza farmaceutica e, in particolare, della nuova composizione della CUF: se è già stata nominata o se sta per esserlo. Visto che il settore farmaceutico ha sofferto in modo particolare dei tagli operati dalle ultime leggi finanziarie, i cittadini sono stati costretti ad acquistare farmaci che, soprattutto per gli anziani, non erano indispensabili per la sopravvivenza ma erano comunque utili per una migliore qualità della vita.

Vorrei inoltre segnalarle che l'ultimo comunicato ministeriale, forse diramato dal suo predecessore, ha apportato ulteriori modifiche all'autocertificazione che i cittadini dovrebbero apporre alle ricette qualora rientrassero in fasce di reddito inferiori a quelle previste dalla legge finanziaria; in più vorrei sottolineare che il completamento della ricetta con documenti anagrafici rende l'operazione umiliante per i cittadini oltre ad essere economicamente irrilevante. Credo pertanto che in questo settore vi sia la necessità di un intervento ministeriale che semplifichi un po' la questione, coinvolgendo eventualmente anche la categoria dei farmacisti che saranno senz'altro disponibili.

La regione Lombardia, poi, mi risulta stia cercando di appaltare ad enti esterni un servizio di raccolta dati sulle prescrizioni farmaceutiche con costi aggiuntivi dell'ordine di qualche decina di miliardi, in contrasto con quanto previsto dall'articolo 23 della Convenzione farmaceutica che porrebbe a carico dei farmacisti e delle loro associazioni di categoria la rilevazione e il trasferimento di questi dati al Ministero.

Vorrei quindi che a tal proposito il Ministero procedesse ad un accertamento per verificare se in un settore, i cui fondi sono così limitati, non vi siano ulteriori sprechi a livello periferico.

GIORGIO BOGI. Signor ministro, è evidente che le caratteristiche del Governo le impongono, almeno nel periodo iniziale, l'applicazione della normativa vigente; pertanto, appare eccessivo chiederle di modificare l'esistente, almeno in questo periodo iniziale del suo Governo. Poi vedremo quale sarà il suo reale destino e la sua durata, così da riformulare semmai dei propositi.

Una eccezione, però, a questa situazione mi sembra evidente: la carenza dei direttori sanitari obbliga, secondo me, ad una norma transitoria che corregga le disposizioni attuali. Credo che il punto nodale sia, ad oggi, l'obbligo dei cinque anni di incarico, che effettivamente impediscono a persone di una certa qualificazione di accedere all'incarico di direttore sanitario. Inoltre, la carenza della copertura effettiva e competente di questo incarico pone notevoli problemi al funzionamento delle unità sanitarie locali.

Per restare nei limiti giustamente imposti dal presidente, vorrei sviluppare un altro ragionamento riferendomi alla cauta applicazione della normativa vigente. Uno dei problemi sorti nel corso della discussione del provvedimento collegato alla legge finanziaria è stato quello dell'ingresso di erogatori privati nel complesso del mercato sanitario. Credo che un errore di interpretazione ad oggi sottovaluti ciò che è successo. Il provvedimento collegato ha in realtà modificato il disposto di cui

alle leggi n. 502 e n. 517 in ordine alla logica integrativa del servizio nell'ingresso di erogatori privati. Tale modificazione, in presenza di una limitata disponibilità di risorse finanziarie, a fronte dell'obiettivo del servizio dei livelli uniformi di assistenza e dell'obbligo di rete sanitaria di copertura delle esigenze ed in considerazione dell'altro obbligo di parità di bilancio delle strutture pubbliche, può comportare che le disponibilità di bilancio creino buchi nella rete sanitaria.

In realtà i privati hanno vincoli radicalmente diversi dall'operatore pubblico mentre hanno possibilità, proprio per questo, di scelta nelle modalità di offerta delle prestazioni. Rispetto ai vincoli di cui parlavo, in specie quelli di bilancio e di disponibilità finanziaria, è possibile che una concorrenza non integrata, come accennavo, alle leggi n. 502 e n. 517, crei obiettive difficoltà alle strutture pubbliche in ordine al pareggio di bilancio. Ci troviamo di fronte al venir meno della copertura rispetto all'eventuale domanda di prestazione. Il mercato sanitario è di fronte a questi problemi; a mio avviso non si può introdurre il mercato sanitario senza regole definite che proteggano la concezione di rete di copertura sanitaria. Se non la fa il pubblico, la faccia pure il privato con dei vincoli, ma in ordine alla sicura esistenza della rete sanitaria i vincoli sono indispensabili. Il meccanismo di accreditamento, che fa riferimento ai soli requisiti igienico-sanitari, è sicuramente insufficiente da questo punto di vista. La normativa, però, è questa e desidero solo consigliarle attenzione e cautela di applicazione.

Un secondo elemento che costituisce un limite del mercato sanitario è il fatto che a nessun cittadino può essere negata la prestazione, neppure, ovviamente, quella farmacologica, ritenuta scientificamente idonea ed utile. Il disposto di classificazione dei farmaci fa venir meno questa norma; a mio avviso, infatti, fa spendere di più e venir meno tale orientamento. L'altro estremo che occorrerà dunque precisare ed affrontare con cautela è quello dell'effettiva modalità di classificazione dei far-

maci, che fino ad ora era stata operata sulla logica della loro effettiva e documentata utilità scientifica; tale orientamento, secondo me, nelle modalità proposte e poi, per così dire differite, è invece sostanzialmente negato. Ritengo siano questi i due elementi fondamentali in ordine all'ingresso della sanità sul mercato. In assenza di essi il disordine che si può creare potrebbe davvero rendere obbligatoria una modificazione urgente dell'attuale normativa.

PASQUALE LA CERRA. Signor ministro, signor sottosegretario, auguri per il vostro lavoro.

Tralascio l'argomento dei direttori generali anche perché mi pare che il presidente abbia annunciato per martedì una seduta dedicata alla risposta alle interrogazioni in materia. Non posso però non rilevare che tale questione continua ad essere per alcuni commissari oggetto di speculazione di parte; mi riferisco alla critica di quanto è avvenuto nella regione Lombardia. Posso affermare che il problema esiste ed è reale. In altre regioni d'Italia è certamente avvenuto qualcosa di simile, se non peggio, a quanto si è verificato in Lombardia (forse è avvenuto in modo scoperto in Lombardia quanto in altre regioni è accaduto in modo coperto). Il problema dunque esiste e ne parleremo martedì.

Desidero parlare dei direttori sanitari differenziando la questione con riferimento alle aziende ospedaliere ed a quelle sanitarie locali. Il presidente ed i commissari ricorderanno come prima dell'approvazione della legge finanziaria, in occasione dell'esame di un decreto-legge, fui promotore di un emendamento, poi ritenuto inammissibile, volto ad estendere la possibilità ad altre figure apicali delle unità sanitarie locali dell'accesso al conferimento dell'incarico di direttore sanitario in prima applicazione della legge n. 517 del 1993. Ritengo però che gli incarichi nelle due direzioni debbano essere considerati in modo profondamente separato. È infatti necessario che per la direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera sia confermata l'esplicita richiesta dell'idoneità na-

zionale a direzione tecnica dei presidi ospedalieri. Anzi, a mio modo di vedere, deve essere ristretto ancora di più il campo affinché questi direttori sanitari possano essere reperiti tra quanti hanno espletato la funzione di direzione sanitaria nei grandi ospedali, per lo meno di tanti posti letto quanti sono quelli dell'azienda ospedaliera della quale si debba nominare il direttore sanitario.

Diversamente dovrebbe invece essere per il direttore sanitario dell'azienda sanitaria. Aver preteso per questa funzione la specificità di una delle tre idoneità nazionali, quella di igiene pubblica, quella di direzione ospedaliera o quella di organizzazione dei servizi sanitari di base ha fatto certamente sì che fosse abbastanza ristretto il numero di persone entro cui poter scegliere il professionista cui affidare il compito. Ritengo pertanto che nella norma transitoria che il ministro ha affermato di dover introdurre con urgenza — e bene farà — debbano e possano essere utilizzate per questa funzione le figure apicali dell'unità sanitaria locale, anche di diversa specialità o con diversa idoneità nazionale. Soprattutto quelle figure apicali che nel frattempo hanno anche svolto la funzione di coordinatore sanitario, a prescindere dalla specificità dell'idoneità nazionale, o quelle figure che sono sprovviste di idoneità nazionale ma che per esempio rivestono da diversi anni la funzione apicale di dirigenti dei servizi di igiene pubblica (mi riferisco agli ex ufficiali sanitari delle città medio-grandi). Allo stesso modo, in prima applicazione, si potrebbe a mio avviso tralasciare il limite dei 65 anni di età. Probabilmente per questa funzione potrebbe essere utilizzata la funzione apicale tra i 65 e i 70 anni. Una legge ha infatti autorizzato la permanenza in servizio di posizioni primarie fino a 70 anni.

Per quanto riguarda poi la questione delle direzioni generali e, nel complesso, dell'applicazione della legge di riordino del servizio sanitario, ritengo auspicabile che la Commissione autorizzi la costituzione di una commissione ispettiva per sorvegliare l'applicazione della legge n. 517.

In merito al vasto problema della bioetica, mi associo ai colleghi che hanno sollecitato un'audizione della Commissione. Nel frattempo, iniziando un percorso legislativo parlamentare per la formulazione di una legge organica su tutta la delicata materia della bioetica, ritengo indispensabile l'emanazione di provvedimenti urgenti sul tema specifico della procreazione medicalmente assistita.

È ugualmente urgente attuare un provvedimento di modifica dell'articolo 235 del codice civile. È stata presentata già da giugno, oltre alla proposta di legge della collega Scoca, anche quella a firma dell'onorevole Mazzuca e mia. La nostra proposta di legge consiste di un articolo unico che vieta il disconoscimento della paternità o della maternità per i figli per i quali sia stata autorizzata l'inseminazione artificiale eterologa.

Infine, a proposito della nomina dei componenti della commissione nazionale di bioetica e a proposito di alcune polemiche sorte per la sostituzione di alcuni membri, ritengo, data la delicatezza della materia e l'importanza, da diversi punti di vista, di questa Commissione, che le nomine, anziché al Governo e quindi ad un'istituzione limitata nel tempo (prevedibilmente molto più limitata del Parlamento), dovrebbero essere affidate al Parlamento. Sarebbe più opportuno — ripeto — che alle nomine provvedessero le Camere anziché il Presidente del Consiglio su proposta del ministro della sanità.

GIUSEPPE LUMIA. Ministro, sottosegretario, conoscete bene il settore e sapete che ci troviamo in una fase delicatissima di passaggio. Tutti puntiamo la nostra attenzione e accendiamo i fari sul sistema di cura e spesso non brilla neanche una piccola luce, neanche una piccola fiammella sul sistema di prevenzione e su quello di riabilitazione. Non parlo qui dei fili che dovrebbero legare questi tre campi perché si tratta di settori (soprattutto i due che ho citato da ultimi) molto deboli. I fili in realtà sono spezzati. Dobbiamo quindi lavorare bene e tentare di collegarli.

Le faccio subito una richiesta. Sarebbe molto utile che lei avviasse un monitorag-

gio sul sistema di prevenzione e su quello di riabilitazione in modo che, venendo in Commissione, lei possa fornirci elementi reali e sostanziali per verificare come positivamente si sia lavorato in alcune regioni e per aprire una riflessione seria e organica. Occorre anche in questo campo puntare i riflettori e cominciare a produrre fatti concreti anche per la prevenzione e la riabilitazione.

Per quanto riguarda poi il rapporto tra la medicina e il territorio, vorrei sottolineare l'importanza della cura a casa. Il curare a casa è un elemento altissimo di promozione del diritto alla salute ma è anche, nello stesso tempo, un principio di efficacia notevole nel rapporto costi-benefici. Vorrei richiamare la sua attenzione su questo punto. Può al riguardo confrontarsi con noi anche con riferimento alla necessità di eventuali interventi legislativi?

Le sottopongo ora un altro problema molto importante. Sono stato in passato responsabile di un'associazione di volontariato. Noi esprimevamo fortissime critiche sulla legge n. 502. Un punto ci stava però a cuore: l'articolo 14, che riguardava la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini. Al riguardo dobbiamo prestare tutta l'attenzione. Al centro del sistema sanitario non dobbiamo collocare né i medici né altri operatori ma i cittadini. Ebbene, lì eravamo in presenza, per così dire, di un piccolo vagito, di un piccolo passo che si stava per compiere. Ma questo aspetto è stato poi del tutto tralasciato. Mentre era in carica il Governo Ciampi, la commissione presso l'osservatorio nazionale del volontariato (un organismo situato presso la Presidenza del Consiglio, e precisamente, allora, presso il ministero degli affari sociali) sviluppò un documento molto interessante e concreto fissando dei criteri e fornendo delle indicazioni per avviare una sperimentazione. Non eravamo quindi di fronte a principi illuministici o all'annuncio di interventi globali ma all'inizio di una sperimentazione. Furono fissati — ripeto — alcuni criteri. L'allora ministro degli affari sociali avviò il percorso. Il relativo progetto è depositato presso il Ministero della sanità. La prego di andarlo

a scovare (chissà sotto quale pila di documenti! Chissà in quale ufficio!) e di tirarlo fuori per analizzarlo e valutarlo. Se è necessario, possiamo anche apportare delle correzioni, ma cominciamo ad utilizzarlo!

Qui si pone il problema del rapporto con il volontariato. Guai a pensare al volontariato in termini sostitutivi e di supplenza. Semmai il volontariato svolge una funzione di integrazione, di stimolo, di anticipazione. Sulla base del documento che ho citato si tratta allora di capire, con riferimento all'articolo 14 della legge n. 502, come si deve intervenire sugli indicatori di qualità. Questo è un punto molto importante se si intendono avviare efficacemente e realmente le aziende USL e le aziende ospedali. Ed è importante anche per quanto riguarda complessivamente l'intervento sul territorio. È un criterio valido a cui far riferimento per verificare gli interventi che via via realizziamo. Anche al riguardo si richiede una verifica del ruolo dei cittadini e della possibilità per il volontariato di dare il suo contributo nel settore dell'emergenza e dell'urgenza.

Poco fa qualche collega sottolineava che nel sistema delle frequenze radio c'è un caos indescrivibile che spesso penalizza chi da tanti e tanti anni lavora con intelligenza e con serietà in questo settore. Non c'è — ripeto — nessuna logica di sostituzione o di supplenza. Il ruolo del volontariato è di integrazione, sperimentazione e anticipazione.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE VASCO GIANNOTTI

GIUSEPPE LUMIA. Anche su questo punto le chiedo di fare una verifica e di confrontarsi con tali strutture (possiamo farlo anche attraverso questa Commissione). Si potrebbe così fare un passo in avanti. Attraverso la risistemazione dei medici di base e attraverso una realtà territoriale molto forte, utilizzando anche le risorse dei medici di guardia e le strutture del volontariato, potremmo realmente fare grandi progressi.

Vorrei fare un'ultima osservazione. Da tanto tempo si parla di un progetto obiettivo approvato dal Parlamento che riguarda soprattutto gli ammalati cronici non autosufficienti. Anche in proposito vi sono stati tanti annunci e pochi fatti, tante buone intenzioni e pochi atti concreti. Si può intervenire immediatamente. Non c'è bisogno di anni di preparazione perché si sono fatti passi in avanti notevolissimi. Si aspetta ora una verifica degli ostacoli che hanno impedito l'avvio reale di questo cammino.

A differenza di altri colleghi, io ritengo che lei possa durare il tempo necessario per portare a termine una fase di transizione, seppure minima, nel campo della sanità. Oltre agli aspetti economici ed istituzionali, anche questo settore vive una fase di transizione e non può essere lasciato allo sbando e all'improvvisazione. Lei ha tutti gli strumenti per muoversi e la collaborazione per potere, anche se in un tempo breve, agire bene.

GIUSEPPE BARBIERI. Signor ministro, all'inizio di questa legislatura, in questa Commissione, in questa stessa aula, chiesi al ministro Costa se si sentisse di cambiare, di dare un volto nuovo alla sanità, convinto come sono che sia la legge n. 502 sia quella n. 517 non rispondano, oggi come oggi, alla sanità che noi vogliamo, una sanità nuova, innovativa, efficiente, funzionale, insomma tutto quello che ci potrebbe essere di meglio in una società progredita quale dovrebbe essere la nostra. Egli mi disse chiaramente che non se la sentiva e così le cose rimasero invariate. Dopo otto mesi — è inutile che lo ricordi — il Governo è caduto e dunque siamo rimasti nel pantano.

Devo purtroppo fare un rilievo in relazione ai primi interventi svolti: essi sono interventi politici. Però suggerisco ai commissari, che sono quasi tutti medici, di approfittare del fatto che nell'attuale Governo il ministro ed il sottosegretario sono due valentissimi colleghi, due persone che possono davvero, se non offrire una sanità diversa, almeno dare un impulso nuovo in questo campo veramente disastroso.

Ho sotto gli occhi alcuni appunti per l'ufficio di presidenza. Sono almeno 100-150 i progetti di legge ed allora mi domando — quanto durerà l'attuale Governo? Tre mesi, sei mesi, un anno? — quanto sarà possibile esaminare in Commissione: temo neppure una pagina.

Rivolgo un consiglio al ministro ed al sottosegretario: in questo bailamme che è la sanità scegliete due-tre temi che possano davvero aiutare la gente ad essere curata meglio.

Farei ancora un cenno particolare, che sottopongo alla vostra sensibilità di uomini e di medici, al problema della disoccupazione. Vi sono giovani medici di trentatrentacinque anni che vedono ancora lontanissimo il giorno in cui potranno cominciare a guadagnare.

SERGIO TANZARELLA. Ministro, desidero rivolgerle soltanto due domande. Ho appreso del provvedimento del Governo in ordine al rinnovo delle garanzie offerte agli immigrati iscritti al collocamento. Le chiedo in quale misura si senta di impegnarsi affinché da decreti provvisori si possa passare ad una legge che offre certezze.

In secondo luogo, le chiedo quanto ritiene che il Governo si possa impegnare in relazione alla prevenzione ed alla cura — mi riferisco almeno alla medicina di base — degli immigrati irregolari, dei profughi e di quanti chiedono asilo. Attualmente queste categorie risultano assolutamente prive di tale assistenza, in particolare da quando una circolare dell'ex ministro Costa ha ribadito la responsabilità civile e penale di quanti assistono queste persone, che non hanno diritto di godere del servizio sanitario nazionale.

Tale situazione di incertezza e di vuoto favorisce abusi e reati, anche gravissimi. Gliene segnalo soltanto uno recentissimo, in ordine al quale presenterò anche un'interrogazione (ma è uno solo dei tanti casi). Oltre cento immigrati irregolari sono stati sottoposti a loro insaputa dal presidente della Croce rossa di Caserta al test dell'AIDS.

GIULIO CONTI. In altri paesi è obbligatorio!

SERGIO TANZARELLA. Ma noi siamo in Italia.

PRESIDENTE. Il ministro sa che ne abbiamo discusso.

SERGIO TANZARELLA. In secondo luogo, vorrei rilevare che questa Commissione si è impegnata a rivedere la legge n. 210 del 1992 sul danno biologico. È stata presentata una risoluzione in Commissione riguardante l'accelerazione dei tempi dell'iter burocratico e soprattutto la rapida costituzione di commissioni specifiche per il funzionamento della legge.

Sono problemi che ritengo il ministro conosca perfettamente, ma su di essi vorrei che il Governo si assumesse un impegno, in ordine non solo all'esame della risoluzione, ma anche alla revisione della legge.

PRESIDENTE. Il ministro chiede di poter prendere visione della risoluzione.

LUIGI GIACCO. Signor ministro, anch'io auguro a lei ed al sottosegretario buon lavoro. Vorrei sottoporle una questione che riguarda una parte dei cittadini, soprattutto i disabili e gli handicappati. Infatti in Italia ancora si dibatte ampiamente circa le competenze sociali e sanitarie e ciò va a discapito di tali cittadini.

Mi auguro che il ministro della sanità, anche d'accordo con il collega per la famiglia e la solidarietà sociale, voglia fare chiarezza in ordine all'integrazione di questi interventi, per evitare che cittadini non autosufficienti e comunque affetti da *handicap* particolari non possano usufruire dei servizi necessari alla riabilitazione.

Bisognerebbe poi chiarire tale concetto in tutte le sue sfumature, dalla riabilitazione a termine (che prevede la guarigione) alla riabilitazione volta a mantenere capacità precedentemente acquisite. Occorre cioè indicare quali debbano essere gli *standard* di prestazione dei servizi, sia a livello pubblico che privato.

Credo che ciò sia estremamente importante per evitare che si creino discriminazioni tra i cittadini. Per esempio, per poter usufruire di determinati servizi occorre che vi sia l'autorizzazione da parte della USL di residenza in ordine alla retta di ricovero. In alcune situazioni, stanti le difficoltà economiche, le impegnative vengono negate ed il malato si ritrova penalizzato.

Chiedo pertanto al Governo se sia possibile intervenire per fare chiarezza in ordine al concetto di riabilitazione, agli *standard* di prestazione ed al diritto ad usufruire di tali prestazioni.

GIUSEPPE DALLARA. Signor ministro, professor Condorelli, vi ringrazio per la vostra presenza. Come avete ampiamente avuto modo di ascoltare, la sanità è ammalata. Avete ascoltato in questa sede esclusivamente delle critiche, infatti non avete sentito ancora un elogio diretto alla sanità pubblica italiana.

Quello della sanità è un libro immenso che peserà su di lei, signor ministro, così come è sempre pesato sulle spalle dei suoi predecessori. La sanità è ammalata ed è un ammalato grave. Chiamiamo quindi al suo capezzale un tecnico, meglio ancora se si tratta di un tecnico medico.

Vi rivolgo il mio saluto perché conosco la vostra fama e successivamente capirete perché sono a conoscenza della vostra fama di tecnici.

Pare che molti colleghi abbiano scoperto oggi lo scandalo della lottizzazione delle USL, mentre è un fenomeno che si verifica da sempre. La regione Lombardia ha commesso l'« errore » di consentire che si sentisse quanto si diceva nel momento in cui si spartiva un patrimonio che appartiene ai cittadini, in particolare agli ammalati, però un simile comportamento è stato tenuto dappertutto, è stato tenuto in sordina in Liguria così come in molte altre zone. Dicendo questo non voglio disculpare la regione Lombardia che condanno maggiormente perché tali comportamenti sono stati tenuti da coloro che dicevano di essere diversi, da persone appartenenti a un gruppo di cui facevo parte fino a poco tempo fa. Quindi condanno

maggiormente coloro che affermavano di essere diversi.

Come dicevo, i problemi della sanità potrebbero essere racchiusi in un libro enorme, infatti ci sarebbe da parlare di tali questioni per ore ed ore, forse addirittura per dei giorni. Capisco che il compito che vi siete assunti non è facile, perché fare il ministro della sanità oggi in Italia è uno dei compiti più difficili.

In primo luogo, per quanto concerne i direttori sanitari delle aziende ospedaliere, vorrei dire che è necessario intervenire con urgenza perché vi sono aziende ospedaliere che stanno entrando in crisi.

In secondo luogo, per quanto attiene all'indice di rotazione di cui lei ha parlato, signor ministro, vorrei far presente che siamo d'accordo sul fatto che esso riduce i costi ed attiva il servizio a vantaggio dei cittadini ammalati, quindi dei cittadini in quel momento più deboli; vorrei però che mi si spiegasse perché l'ammalato ricoverato in ospedale di venerdì, a parte l'intervista fatta dal medico allo scopo di riempire la scheda, fino a lunedì non venga visitato né si dia inizio ad una terapia. È come se anche per la malattia si santificasse la festa nei giorni di sabato e di domenica!

Qualcuno ha accennato al problema dei giovani medici. Vorrei citare a tale proposito una frase del professor Parodi — comprenderete, quindi, perché la vostra fama mi è nota — il quale sostiene sempre che in Italia vi è un medico ogni 115 abitanti. Mi chiedo allora come mai la sanità in Italia non funzioni con un così elevato indice di medici che fa sì che i giovani medici siano disoccupati e alla ricerca di lavoro. A tale riguardo mi viene in mente in questo momento un'idea: perché un medico giovane, prima che gli venga data la possibilità di esercitare la libera professione, non viene obbligatoriamente impiegato in ospedale per due anni, ovviamente pagato, al fine di fornire i servizi medici necessari nei settori in cui vi è carenza di medici?

Signor ministro, lei ha detto che il cittadino deve essere al centro del servizio sanitario. Ritengo che tale affermazione

andasse fatta quando è stata approvata la legge n. 833, di riforma del servizio sanitario. Oggi la sanità è una piramide in cima alla quale vi sono i politici, poi vi sono gli amministratori, quindi i funzionari ed in ultimo i medici e gli ammalati. Ebbene, è necessario rovesciare questa piramide ponendo in cima l'ammalato, poi il medico, quindi il funzionario, infine l'amministratore e cacciando via i politici dalla gestione delle USL.

I servizi di pronto soccorso vanno analizzati e ristrutturati: questo è il primo obiettivo di una buona amministrazione della sanità pubblica. Per quanto riguarda le guardie mediche e le ambulanze, spero si arrivi ad avere un medico su ogni ambulanza che sia in grado di visitare il paziente e di indirizzarlo immediatamente nel centro idoneo mediante la ricerca automatica telefonica. Infatti, vi sono ammalati e infortunati che girano l'Italia alla ricerca di un posto in ospedale.

Tralascio altre questioni perché abbiamo poco tempo a disposizione.

Si è parlato del problema pubblico-privato. La legge n. 502 ci indica una direzione, quella della libera scelta. Questa ci consente di adeguare le strutture pubbliche a quelle private. Il giorno in cui le strutture pubbliche renderanno, per determinate patologie, il medesimo servizio che viene fornito dalla struttura privata, allora tutti si orienteranno verso una sola direzione: la struttura pubblica perché questa, se ben amministrata e ben diretta, offrirà maggiori garanzie della struttura privata. Però fino a che non si realizzerà tale condizione, il privato svolgerà un ruolo di integrazione rispetto al servizio sanitario nazionale di cui fa parte.

Tralascio la questione dei farmaci perché ne ripareremo in un'altra occasione. Vi ringrazio e vi auguro ancora buon lavoro al di là del voto che vi abbiamo dato o non dato in Parlamento.

ANGELO BLANCO. Signor ministro, ritengo che uno degli obiettivi più ambiziosi del Governo sia quello di conseguire l'omogeneizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia. Questa può avvenire in un'unica

direzione in quanto bisognerebbe intervenire innalzando il livello dei servizi resi procedendo dal basso verso l'alto e non dall'alto verso il basso.

Le regioni in Italia spendono duemila miliardi l'anno per l'assistenza sanitaria erogata all'estero e debbo dire con rammarico che la Sicilia, regione da cui provengo, è al primo posto in tale classifica. La causa di tale fenomeno non è da rinvenire nella presenza o meno di finanziamenti pubblici, quanto in un tipo di assistenza clientelare forsennata che per molti anni è stata praticata in Sicilia.

Signor ministro, la vorrei avvertire che quando si arriva in Sicilia il ministro della sanità viene sistematicamente sbeffeggiato dall'assessore regionale alla sanità — ciò si è verificato sia con Donat-Cattin che con Costa — perché si ritiene che la sanità in Sicilia sia una questione esclusivamente siciliana, in particolare una questione che interessa esclusivamente l'assessore regionale alla sanità. Ritengo non si tratti semplicemente di un fatto sanitario quanto di un fatto penale.

Fatta questa premessa, signor ministro, gradirei sapere da lei se intenda esercitare le sue funzioni di ministro in tutt'Italia, quindi anche nelle regioni a statuto speciale come la Sicilia, oppure se, come al solito, avremo un ministro della sanità della Repubblica italiana che non interviene in regioni a statuto speciale.

Vorrei conoscere inoltre la posizione del Governo e in particolare del ministro di fronte alla problematica dell'omogeneizzazione dei servizi, perché ritengo che il sud in generale e la Sicilia in particolare rispetto a una scala di valori, di strutture, di personale e di qualificazione dei servizi sanitari si trovi a un livello molto inferiore al minimo accettabile.

ANTONIO RIZZO. Signor ministro, signor sottosegretario, vorrei innanzi tutto associarmi agli auguri già formulati dai miei colleghi, aggiungendo quello che possiate svolgere il miglior lavoro possibile!

Concordo con i colleghi precedentemente intervenuti in merito a tutte le pro-

blematiche inerenti la sanità, che sono tantissime.

Vorrei soltanto soffermarmi su due punti. Il primo riguarda il sistema ospedaliero. Sappiamo benissimo che tale sistema è il più oneroso tra quelli esistenti; infatti, con l'articolo 3 del provvedimento collegato alla legge finanziaria del 1994 — più precisamente con il capo uno che recava « disposizioni in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera » — si prevedeva che le regioni avrebbero dovuto provvedere entro sessanta giorni dall'emanazione della legge alla disattivazione o alla riconversione degli ospedali che entro il 30 giugno 1994 non avessero disposto di un minimo di 120 posti letto.

Perché dico questo, signor ministro? Soprattutto per sapere da lei se sarà possibile intervenire presso l'assessore alla sanità della regione Campania il quale, con una scelta politica non accettabile, ha espresso pubblicamente l'intenzione di chiudere l'ospedale della USL 52 di Sarno. Sottolineo che tale ospedale presenta tutti i requisiti possibili per evitarne la chiusura. Esso dispone, infatti, di 240 posti letto; vi sono circa 9 mila ricoveri all'anno. Non solo, ma è un ospedale al quale fanno capo tutte le zone limitrofe del Napoletano, del Beneventano, del Casertano e via dicendo. Mi pare che l'assessore alla sanità abbia addotto a motivo dell'assunzione di tale provvedimento questioni di ordine economico. Non credo, però, si tratti di un fatto economico poiché la regione Campania aveva stabilito — con la legge n. 2 dell'11 gennaio 1994 — il finanziamento del costruendo ospedale; si tratta di un ospedale in costruzione da circa 12 anni! Basterebbero 5 o 6 miliardi, già stanziati, per ultimare tale struttura. Una misura di questo genere consentirebbe a Sarno di entrare a pieno titolo nel PSA previsto nel mese di gennaio.

Mi soffermerò ora sul secondo punto. Se si vuole affrontare il discorso sanitario dal punto di vista economico, vorrei chiederle, signor ministro, se non sia possibile incentivare nel modo maggiore possibile la medicina sul territorio. Le pongo tale quesito perché tutti sappiamo benissimo che

una migliore medicina di base sul territorio, la guardia medica e gli specialisti USL, farebbero da filtro ai ricoveri ospedalieri, riducendo in maniera consistente i costi e le spese dell'ospedale.

CAROLE JANE BEEBE TARANTELLI. Volevo riprendere un argomento trattato dall'onorevole Mussolini circa la risoluzione presentata — come ogni anno — dalla Commissione sul rapporto del Ministero della sanità in merito all'attuazione della legge n. 194 sulla interruzione volontaria della gravidanza. Volevo informare il ministro del fatto che in questa Commissione eravamo tutti d'accordo sulla necessità di attuare una prevenzione seria e a livello scientifico. Dalla lettura dei documenti dell'Istituto superiore della sanità e del rapporto del ministro abbiamo potuto constatare l'esistenza di uno spazio consistente per l'attuazione di una prevenzione, che sia una informazione sulla fisiologia della riproduzione. Taluni studi scientifici hanno dimostrato il fatto che le donne italiane non sono al corrente di ciò che dovrebbero sapere per un uso efficace dei metodi contraccettivi. Con quella risoluzione abbiamo impegnato il Governo ad attivarsi per l'attuazione di una prevenzione mirata e a riferire alla Commissione entro sei mesi.

Ulteriori studi — mi pare sempre dell'Istituto superiore della sanità — in materia stimano che il tasso di ricorso all'aborto, che già si è ridotto notevolmente e che continua ogni anno a scendere, potrebbe essere dimezzato in cinque anni attraverso questo tipo di prevenzione.

Sottolineo che in materia sono stati predisposti programmi seri; il Ministero dovrà soltanto facilitarne l'attuazione!

Volevo soltanto fare tale precisazione perché ritengo che non sia necessario che tutti affrontino le medesime questioni.

FLAVIO DEVETAG. Esprimo anch'io il mio augurio di buon lavoro sia al ministro sia al sottosegretario. Devo dire di aver molto apprezzato l'intervento del ministro sia per la sua brevità sia e soprattutto per la scelta degli obiettivi.

Vorrei porre alcune questioni seguendo quelli che sono i criteri di valutazione delle malattie, partendo, cioè, dalla prevenzione per arrivare alla cura ed alla riabilitazione.

Per quanto riguarda la prevenzione, credo che stiamo trascurando un problema importante come quello delle malattie tropicali che si stanno diffondendo sia per la facilità delle comunicazioni sia per l'emigrazione in Italia. Sarebbe pertanto opportuno sensibilizzare i medici al fatto che le malattie tropicali sono più frequenti di quanto in realtà non appare. Mi ricordo che quando ero studente in medicina tali malattie venivano trascurate o non si studiavano affatto!

Per quanto riguarda invece la terapia, sappiamo che l'incidenza del costo della sanità è legata agli ospedali. Credo pertanto che una sanità seria dovrebbe prevedere una deospedalizzazione, fare degli « ospedali a domicilio » e favorire, quindi, una riorganizzazione territoriale della medicina. In molti paesi stranieri il paziente entra in ospedale il lunedì e ne esce il venerdì; e gli viene poi indicata una terapia che può tranquillamente seguire nel proprio domicilio.

Svolgendo anche la professione di neuropsichiatra, vorrei sottolineare il problema delle malattie mentali e soprattutto le problematiche legate alla fase acuta. Vorrei inoltre sottolineare il fatto che parliamo sempre male del manicomio, senza pensare ad un aumento dei posti letto e delle strutture di intervento residenziale. Non solo, ma le malattie mentali determinano delle problematiche in fase cronica, soprattutto ai familiari dei pazienti che devono seguirle.

Vorrei fare un breve *flash* sulla questione dei trapianti. A tale riguardo, sappiamo che in Italia il numero dei donatori risulta estremamente limitato e che si presenta quindi la necessità per chi ne ha bisogno di recarsi all'estero per poter avere una speranza di sopravvivenza. Mi chiedo se sia possibile a tale riguardo dar vita ad una sorta di coordinamento nazionale anche per favorire o facilitare i trapianti all'estero.

Affronto infine la questione della riabilitazione. A tale riguardo, vorrei sottolineare il fatto che nel nostro paese mentre si stanno investendo numerosi finanziamenti per le attività di prevenzione, non si fa altrettanto per la riabilitazione. Quest'ultima è a mio avviso un'attività altrettanto importante, anche perché consente di evitare ricoveri prolungati ed impropri. Non solo, ma il costo sociale di una mancata riabilitazione è molto elevato perché io, che sono anche un neurologo, mi rendo conto del fatto che se una emiplegia non si risolve, l'ammalato è costretto a restare a letto; se, invece, si attua un'attività di riabilitazione, il costo sociale di un emiparetico che si muove in casa è completamente diverso. Non solo, ma quest'ultimo, potrà sperare anche di potersi reinserire nel mondo del lavoro.

Oltre ad una riabilitazione fisica sarebbe a mio avviso importante anche una riabilitazione del malato mentale. Sarebbe infatti importante se quest'ultimo potesse inserirsi nel proprio ambiente lavorativo e nel proprio ambiente sociale. Ciò consentirebbe, tra l'altro, una notevole riduzione del costo economico di tale malato.

PRESIDENTE. Avendo alcuni colleghi sollevato alla presidenza problemi relativi a riunioni di gruppo e, conseguentemente, alla necessità di pervenire con urgenza ad una conclusione del dibattito, siamo avvenuti ad un accordo con il ministro, che io ringrazio.

Il ministro — anche per avere la possibilità di valutare la grande mole di domande e di sollecitazioni che gli sono state

rivolte — si è dichiarato disponibile a tornare in Commissione martedì alle 16 per rispondere alle interrogazioni presentate sulla questione della nomina dei direttori generali e per replicare al dibattito che si è svolto oggi.

ELIO GUZZANTI, *Ministro della sanità*. Desidero però ringraziarvi fin da ora perché tutti i vostri interventi dimostrano che per molto tempo e con grande profondità vi siete addentrati in argomenti importanti anche discutendo risoluzioni.

Malgrado la difficoltà di rispondervi, perché i temi sono molti e complessi, trovo tutto ciò impegnativo e stimolante: sono sicuro che questo lavoro periodico di confronto con voi, al quale mi impegno, sarà in qualche modo volto al miglioramento, almeno sotto l'aspetto degli indirizzi. Vedremo poi quale sarà il tempo necessario; ma non tutto è legato al tempo: spesso si gettano semi che poi riescono a fiorire e a camminare sulle gambe di quelli che verranno dopo, come è giusto che sia (*Applausi*).

PRESIDENTE. La ringrazio di nuovo, signor ministro.

La seduta termina alle 18,50.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 23.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO