

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 11)

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 FEBBRAIO 1995

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

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ROBERTO CALDEROLI

INDICE

	PAG.		PAG.
Seguito dell'audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sulle linee programmatiche del Governo nel settore sanitario:		Mussolini Alessandra (gruppo alleanza nazionale)	211
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	209, 211 215, 220, 221	Olivieri Gaetano (gruppo alleanza nazionale)	221
Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale)	216	Rinaldi Alfonsina (gruppo progressisti-federativo)	220
Guzzanti Elio, <i>Ministro della sanità</i> ..	209, 211 215, 216, 217, 220	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	211, 221
La Cerra Pasquale (gruppo progressisti-federativo)	221	Scoca Maretta (gruppo CCD)	217
		Sulla pubblicità dei lavori:	
		Calderoli Roberto, <i>Presidente</i>	209

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Seguito dell'audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sulle linee programmatiche del Governo nel settore sanitario.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sulle linee programmatiche del Governo nel settore sanitario.

Invito il ministro della sanità a rispondere alle osservazioni e alle richieste di chiarimento che sono state formulate da diversi colleghi nella seduta di mercoledì 1° febbraio scorso.

ELIO GUZZANTI, *Ministro della sanità*. Vi ringrazio per la possibilità che mi viene offerta di approfondire gli argomenti affrontati da diversi commissari nel corso dei loro interventi.

Nel dare le risposte non seguirò necessariamente l'ordine cronologico degli interventi, in quanto talvolta dovrò, per ragioni logiche, accorpare alcuni degli argomenti trattati dai commissari. L'onorevole Mussolini si era anzitutto soffermata sulla questione dei direttori generali; un tema, questo, che ritengo sia preferibile affron-

tare formalmente in sede di discussione della risoluzione che al riguardo è stata presentata.

La prima osservazione o proposta fatta dall'onorevole Mussolini — ma anche da altri suoi colleghi — è che in futuro questo Governo lasci molto più spazio alle iniziative dei parlamentari, ed in particolare alle proposte di legge. Su questo sono senz'altro d'accordo anche se penso che si dovrà ricercare il modo più opportuno per affrontare determinate situazioni dinanzi alle quali mi sono venuto a trovare. Per esempio, il decreto-legge n. 722, attualmente all'esame del Senato, contiene delle norme che stanno già determinando alcuni effetti e che dovranno essere reiterate. Si tratta di norme che giudico eccessive sotto la veste di un decreto-legge, e che meriterebbero una trattazione a parte. Abbiamo poi un disegno di legge, all'esame della Camera, che riguarda molti altri argomenti. Aggiungo che gli uffici del mio ministero mi spingono a presentare al Consiglio dei ministri un decreto-legge, pur sapendo che vi è l'esigenza di limitare al massimo il ricorso alla decretazione d'urgenza.

Intendo qui sottolineare come il disegno di legge contenente la riforma è il frutto di una serie di aggiustamenti e di modifiche apportati dalla legge finanziaria, che rendono talvolta indispensabile disciplinare via via alcuni aspetti.

Il principio che tutto debba procedere sulla base di disegni di legge, e quindi che l'iniziativa parlamentare costituisca un punto fondamentale, è insito nella vostra autorità e nella vostra potestà, oltre a rispondere a criteri logici.

Assicuro comunque la mia totale disponibilità e quella del Ministero della sanità a fornire alla Commissione tutta

la documentazione che riterrà opportuno richiedere ed acquisire.

L'onorevole Mussolini si è poi soffermata sulla legge-quadro in tema di trapianti d'organo. Ricordo che della determinazione del momento della morte si occupa già una nuova normativa che considero assai significativa. Ricordo altresì che era stato emanato un decreto, poi decaduto, concernente l'organizzazione di questa materia (peraltro già oggetto di un'apposita legge del 1975 e del relativo regolamento attuativo del 1977), la consulta tecnico-scientifica presso l'Istituto superiore di sanità, il registro dei trapianti e il coordinamento nazionale. Come ho appena detto, questo decreto-legge (che ha dato origine al decreto ministeriale) è poi decaduto, ciò nonostante la consulta tecnico-scientifica si è insediata nella primavera del 1994. Fino ad oggi essa si è riunita cinque volte ed ha raccolto una serie di elementi; tuttavia manca un coordinamento a livello nazionale, che non è semplice da conseguire in quanto, secondo l'intesa tra lo Stato e le regioni, bisognerebbe cercare di mettere d'accordo i raggruppamenti interregionali esistenti (quello comprendente il Piemonte e l'Emilia-Romagna e quello centro-meridionale). In realtà il discorso è molto complesso e pone una serie di questioni che, come al solito, toccano non solo l'organizzazione ma anche gli uomini, la storia, quello che c'è dietro, quello che c'è prima. Si tratta dunque di aspetti di estrema delicatezza sui quali ritengo necessario intervenire con un'apposita legge-quadro.

In ogni caso, penso che l'onorevole Mussolini ed altri colleghi possano senz'altro iniziare a predisporre una loro proposta di legge — quadro; per quanto mi riguarda — lo ripeto — assicuro la mia completa disponibilità a fornire loro tutti gli elementi e i dati che si stanno raccogliendo (l'Istituto superiore di sanità ha già raccolto una ricca documentazione). Mi auguro che in questo modo il problema in oggetto possa essere avviato davvero a soluzione.

L'onorevole Mussolini ha accennato poi alla questione concernente l'inseminazione

artificiale. In proposito, poiché la stampa non sempre riesce ad esprimere un pensiero compiuto data la complessità dell'argomento, ripeto a voi, che conoscete questa materia, cosa ho già avuto modo di dichiarare nei giorni scorsi. Abbiamo il problema della liceità e dell'ammissibilità di determinati trattamenti (nel caso specifico stiamo parlando della procreazione medico-assistita). Un problema che definirei di natura bioetica. Per tale motivo la Presidenza del Consiglio dei ministri ha istituito a suo tempo — ed ha poi rinnovato — un Comitato nazionale per la bioetica. Direi che esso per l'altezza del luogo dove è stato collocato, per la composizione pluridisciplinare e per le tematiche trattate (non sto qui a discutere sulle polemiche concernenti l'attuale composizione, in quanto è una questione su cui ognuno ha le proprie idee), può essere considerato un alto consesso, i cui pareri, espressi da persone esperte e colte, avranno sicuramente interesse per la comunità scientifica, per la pubblica opinione e direi anche per il Parlamento.

Non è detto che quello che dicono sia da accettare totalmente, però forniscono comunque un contributo. Il problema fondamentale è il Parlamento, il quale dovrà dare, su questa materia, indicazioni legislative.

Avete parlato di alcune « irrinunciabili » minime per garantire alcune cose e di altre più complesse. In proposito, desidero ricordare che, nel 1994, l'onorevole Garavaglia mi ha affidato il coordinamento di una commissione costituita in gran parte da esperti dell'ambito della fertilità-infertilità maschile e femminile e da un piccolo gruppo di giuristi, persone provviste anche di una cultura bioetica. La commissione ha lavorato per un anno producendo un documento di regolamentazione tecnico-organizzativa dei servizi, non potendo e non dovendo entrare nel merito di ciò che si può fare e di ciò che non si può fare (perché non era di sua competenza). In tale documento è specificato che tutti coloro che attualmente svolgono attività (pubblici e privati) devono autodichiararsi, altrimenti non avranno l'autorizza-

zione, che è subordinata alla valutazione di una serie di elementi definiti da una consulta tecnico-scientifica che risiede presso il Ministero della sanità e che comprende esperti pubblici e privati del settore, rappresentanti delle regioni e rappresentanti del ministero. Sono inoltre indicate linee guida continue per effettuare monitorizzazioni ed è previsto un registro unico nazionale, presso l'Istituto superiore di sanità, in cui convergono tutti i dati, si vedono i risultati e si valutano le tecniche utilizzate. A questo punto, dovrebbe finire l'intervento selvaggio da parte di persone di cui sono dubbie la qualificazione professionale e le competenze anche sul piano tecnico (come vedete, sono due cose completamente separate).

Vi domando se, disponendo di un documento così analitico predisposto da tecnici, io debba, come credo, proporre alla conferenza Stato-regioni — perché il livello organizzativo dei servizi è responsabilità e prerogativa regionale — tale documento sotto forma di atto di indirizzo e coordinamento e quindi uscire con una normativa che, come sapete, avrebbe un valore fortemente indicativo anche di natura amministrativa e non provocherebbe sanzioni penali, ma conterebbe una serie di dati di ordine deontologico (relativi al segreto professionale, al divieto di pubblicità, all'esposizione dei dati esclusivamente in sede scientifica) sui temi da affrontare, d'accordo con la FNOM, che si è trovata di fronte a problemi per lei irrisolvibili.

Non vi chiedo di rispondermi in questo momento, ma vi prego di fornirmi qualche indicazione prima della conclusione della seduta. Personalmente sento questo come un dovere, però voi potreste pensarla diversamente. Ribadisco che tutto l'aspetto bioetico del lecito e del non lecito non può appartenere alla commissione che ho coordinato, ma credo che sia doveroso intervenire su tutto ciò che si può disciplinare e regolamentare. È poco? Lo so, ma se tutto il resto tardasse sei settimane, sei mesi o sei anni, non potremmo assumercene la responsabilità.

L'onorevole Mussolini ha anche parlato dell'interruzione volontaria della gravi-

danza. A mio avviso vi è una stretta connessione con quanto è stato detto prima, perché stiamo tentando di dare un significato — molti di voi lo hanno detto — alla prevenzione e una parte fondamentale della prevenzione è nell'ambito della tutela materna infantile. Abbiamo lo strumento del piano sanitario nazionale, progetto obiettivo, e abbiamo un documento sui consultori, predisposto nel 1987 dal comitato progetto obiettivo materno infantile, che io stesso ho coordinato, approvato da tutti: si tratta di un documento consultorio sotto forma di prevenzione attiva, che ha come obiettivo la popolazione.

ALESSANDRA MUSSOLINI. Vorrei dire una cosa importante sulla prevenzione, perché ci troviamo di fronte ad uno scandalo: dal 1° gennaio 1995 le donne in gravidanza pagano tutto!

ELIO GUZZANTI, *Ministro della sanità*. Lo so, ho letto la sua interrogazione e cercherò di darle una copia dell'appunto che ho preparato. Il decreto di aggiornamento del protocollo 84 è già presso il Consiglio superiore di sanità e dovrebbe essere approvato in tempi rapidissimi. L'ho già sollecitato e lo farò di nuovo. Vi sono novanta giorni? Ebbene, cercherò di farli « bruciare ». Naturalmente sono stati aggiornati i parametri, essendo trascorsi dieci anni. Posso, comunque, garantirle che sta « correndo ».

ANTONIO SAIA. Vi sono un ordine del giorno approvato dall'Assemblea che impegna il Governo ed un nostro emendamento...

PRESIDENTE. Credo che tutti gli argomenti richiamati dai colleghi nel corso della precedente seduta abbiano enorme importanza, però se su ciascuno apriamo un dibattito il ministro avrà bisogno di una settimana per rispondere!

ELIO GUZZANTI, *Ministro della sanità*. La questione di cui stiamo parlando è molto importante. Su di essa, tra l'altro, vi è una risoluzione che ha impegnato il precedente ministro e sulla quale devo rife-

rirvi. La mia proposta è la seguente: rendere prioritario, d'accordo con le regioni, il problema della prevenzione nel settore materno-infantile, soprattutto puntando sui consultori e sugli ambulatori ostetrici ginecologici degli ospedali, perché i processi si legano l'uno all'altro; ancora una volta non possiamo correre dietro frammenti di prevenzione, perché essa coinvolge la complessiva tutela sociale e medica della maternità, la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale (HIV ed altre malattie causanti sterilità attraverso processi infettivi), eccetera.

Come è logico, la prevenzione è fatta non a spicchi ma a banda larga, quindi per agire sui servizi in modo intelligente dobbiamo chiedere alle regioni di dare ai consultori una fisionomia organizzativa diversa da quella attuale e di trovare una maggiore integrazione con i servizi ospedalieri, perché la nota dolente di tutti i servizi territoriali è la mancanza assoluta di un'organizzazione, che chi vuole può definire gerarchica, ma che io chiamerei di gerarchia funzionale, per cui si sa chi dispone e chi esegue. Credo che questo, d'accordo con le regioni, si possa fare; i documenti ci sono e nel momento in cui dovrò riferire a voi su tale punto in ordine alla risoluzione, vi fornirò anche una maggiore documentazione. Avete avuto dal ministro Costa la relazione preliminare sull'interruzione volontaria della gravidanza per il 1993, dove veniva richiamata la grande importanza dei consultori; essa evidenziava come nelle regioni, nelle quali questi organi funzionano, si è avuta una notevole riduzione dei tassi di abortività. Anch'io intendo affrontare questo aspetto quando dovrò dare una risposta al problema.

Sempre l'onorevole Mussolini ha posto la questione dei residui manicomiali, che merita un discorso a parte, ed anche altri colleghi hanno fatto riferimento al problema generale delle malattie mentali. Ritengo che su questo punto la Commissione dovrebbe avviare un dibattito; dichiaro fin d'ora la mia disponibilità a discuterne insieme in audizioni periodiche.

Voglio ribadire che per le malattie mentali e per la tutela della salute sarebbe opportuno avviare un discorso a parte, nel momento in cui la Commissione lo riterrà più opportuno. Dobbiamo affrontare in modo risoluto la questione della prevenzione, della malattia in fase acuta, della riabilitazione e, purtroppo, dei processi di cronicità; su questi tre temi ci dobbiamo confrontare con chiarezza, perché credo che sia finito il tempo delle parole in libertà e sia arrivato il momento di dare risposte alle famiglie, per risolvere seriamente questo problema. Non possiamo negare che esistono gravissime condizioni di disagio per i malati e le loro famiglie, che in nessun modo possiamo ignorare. Dobbiamo valutare in che modo quello che chiamiamo — speriamo non più in futuro — residuo manicomiali vada considerato cronicità, perché vi sono nuove cronicità cui dobbiamo far fronte, valutando insieme qual è lo spazio politico ed anche tecnico che dobbiamo dare.

Infine, l'onorevole Mussolini, ha fatto cenno alla classe medica ed al contratto di lavoro. Su questo punto vorrei essere chiaro, perché l'attuale contratto di lavoro contiene una singolarità per una serie di motivazioni che appartengono alla storia recente. Allo stato attuale delle cose, della contrattazione del pubblico impiego se ne occupa l'agenzia AREN; insieme ai suoi rappresentanti, dall'altra parte siedono tre rappresentanti delle regioni e formalmente non sono presenti quelli del Ministero della sanità. A mio avviso questa è una situazione assolutamente schizofrenica che forse ha le sue origini in qualche fatto recente, che posso anche immaginare, ma che non ha alcun senso. Mi chiedo per quale motivo si chieda di organizzare aziende e di modificarne l'assetto quando poi il contratto del personale dipendente, che determina la vita delle aziende, potrebbe essere svolto in maniera totalmente diversa dalle finalità.

Ritengo che quella del contratto sia un'occasione formidabile per rivedere il ruolo, le responsabilità e l'impiego del personale medico e paramedico, nonché per individuare nuovi spazi di fantasia e meno

rigide modalità di lavoro, per legare il lavoro del personale dipendente alla struttura ospedaliera, prevedendo contratti a tempo parziale, con orari limitati, e ciò per poterci rapportare ai veri obiettivi che abbiamo di fronte.

Se qualcuno esercita (e spero che si arri-ri a ciò) una grande attività di *surgery* avremo un nuovo modello di organizzazione dell'attività chirurgica che potrebbe richiedere impiego di personale soltanto in determinati giorni e in alcune fasce orarie. Questa modalità non può essere inserita mantenendo lo stesso schema di contratto; posso dire che il ministro Treu mi ha assicurato che la sanità è vivamente presente nei suoi impegni; posso affermare questo perché il ministro è persona competente e amica. Voglio farvi notare questa singolarità del contratto di lavoro, perché bisognerà muoversi con un certo garbo; dobbiamo tuttavia farlo, perché la situazione è paradossale.

Anche l'onorevole Colombini ha posto il problema dei direttori generali, di cui parleremo più avanti.

Sul tariffario e la qualità sono state avanzate obiezioni che io stesso avevo sollevato; mi riferisco all'applicazione delle tariffe che, come ho detto e ripeto oggi, sembra una innocente operazione di cambiamento di finanziamento. Non è così. È un cambiamento — lo ribadisco — rivoluzionario, che cambia le regole del gioco, l'organizzazione e che può mettere, se non regolato nei modi giusti, in difficoltà tutto il sistema, mentre il principio è giusto, fondamentale e corretto. Esso riporta ordine organizzativo e finanziario nel sistema, ma bisogna saperlo gestire.

La vostra intelligente iniziativa si è concretizzata in un intervento graduale nel triennio che ci servirà per migliorare la situazione, perché attraverso l'introduzione delle tariffe si potrà riorganizzare il sistema. Più volte il Parlamento, attraverso varie leggi, ha indicato che, per esempio, accanto ai posti letto per acuti, sempre in diminuzione, vi sia una quota di posti letto per la riabilitazione a lunga degenza. Di tutto questo in Italia vi è pochissima traccia, mentre è un fatto fondamentale legato

alla civiltà dell'organizzazione, soprattutto in presenza di due situazioni (ictus e fratture degli arti inferiori in soggetti anziani).

Gli ospedali non possono tenere ricoverate persone per quaranta giorni in un reparto per acuti, mescolando malati di diverse esigenze cliniche ed assistenziali. Occorre una separazione e l'applicazione dei DRG e delle tariffe porterà inevitabilmente a questo, come è successo nei paesi dove essa è stata applicata, con un grande vantaggio per le persone, per l'organizzazione ed anche per i finanziamenti.

Queste iniziative bisogna attuarle ed io sto predisponendo le linee guida per l'applicazione delle tariffe, che voglio discutere con gli assessori regionali alla sanità, peraltro convocati fra due giorni a Roma.

Non posso mai dimenticare chi è il titolare dell'assistenza e dell'organizzazione della sanità in Italia; poi, eventualmente, su un problema o su una zona vi possono essere problemi, dubbi e riserve, ma abbiamo un quadro di riferimento istituzionale che deve essere rispettato, perché io rispetto le persone e le istituzioni. Quindi, è con loro che esaminerò questo aspetto specifico, che francamente mi sembra difficile, e vi riferirò.

Giustamente l'onorevole Colombini ha sostenuto che il rischio è che per massimizzare l'efficienza si sacrifichi la qualità, e questo è proprio quello che dobbiamo evitare attraverso una serie di meccanismi e di controlli interni ed esterni. Soprattutto mi auguro, e mi muoverò in questo senso, che vengano rapidamente istituiti negli ospedali i dipartimenti, all'interno dei quali si svolgano funzioni che per brevità chiamerò di *audit* medico, di valutazione dell'esperienza clinica e dei risultati ottenuti. In altre parole significa rendersi conto di quello che facciamo per rendere conto agli altri, perché la trasparenza ormai è a tutto campo, e non riguarda semplicemente gli aspetti di competenza della magistratura in presenza di dolo o di reati di natura penale. Vi sono anche aspetti di natura etica e morale che in qualche modo devono essere disciplinati.

Sul consiglio dei sanitari, di cui abbiamo parlato, vorrei avviare una riflessione con la Commissione, perché la formula adottata non mi soddisfa per niente, essendo una formula miniparlamentare, minielettiva e creatrice di tensioni; nessun primario si sente rappresentato da un altro primario, e non si vede per quale motivo una persona debba delegare ad altri determinate questioni. A mio avviso sarebbe più semplice tornare all'applicazione della legge n. 132 del 1968 che prevedeva la partecipazione di tutti i dirigenti di secondo livello, più una quota rappresentativa dei dirigenti di primo livello. In questo caso si avrà una vera formula, perché tutti coloro i quali sono responsabili, come dirigenti di secondo livello, hanno diritto di partecipazione. Non mi sembra valida l'obiezione della pleora, perché ho diretto il consiglio centrale di sanità degli ospedali riuniti, che constava di 250 persone, e per tre anni ha funzionato bene, essendo tra l'altro organizzato in commissioni e in udienze plenarie. Ritengo preferibile far partecipare le persone che farle mugugnare nei corridoi; credo inoltre che sia meglio cercare di individuare una nuova formula per il consiglio di sanità, anche se oggi c'è quella, e quella manderemo avanti.

L'onorevole Saia ha insistito molto sulla questione delle tariffe, sostenendo che non mette in discussione il principio (come me), però vorrebbe essere tranquillizzato sugli effetti. Certo, tutti dobbiamo essere tranquillizzati, con riferimento in particolare ad un certo emendamento presentato all'ultimo minuto in assemblea, che non si capisce come metta in rapporto pubblico e privato.

Credo di averlo già detto, ma voglio ripeterlo e chiarirlo a tutti: non è che dal 1° gennaio 1995 si è in qualche modo aperta la caccia alla dirigenza, perché stiamo cercando di far rispettare, in tutta Italia, i cosiddetti livelli uniformi di assistenza, i quali sono diretti a garantire ai cittadini equità di accesso ai servizi basici nelle sei categorie in cui si articolano i livelli. Occorrerà allora una grandissima saggezza ed una perfetta armonia tra e nelle regioni

affinché le tariffe, il cui problema si pone oggi solo nel caso del ricovero, non costituiscano un motivo di assorbimento totale di risorse per il settore del ricovero ospedaliero. Occorre in sostanza evitare che, se tale settore oggi assorbe in qualche modo il 53-54 per cento della spesa totale, non arrivi ad assorbire l'80-90 per cento, perché ciò comporterebbe la paralisi degli altri settori.

Le posso garantire che mi impegnerò a far sì che il problema sia gestito nel modo più equilibrato possibile perché — l'ho detto e lo ripeto — la riforma è stata fatta per porre al centro del sistema il cittadino. La competizione si giustifica solo se ne trae vantaggio il cittadino; ecco allora che dobbiamo fare in modo che le strutture siano poste nelle condizioni di competere ad armi pari perché solo allora vedremo — come si dice — chi è il migliore. Ovviamente, però, tutto ciò non potrà prescindere dalla definizione di precisi paletti circa la non invasione di campo in altri ambiti, altrimenti si determinerebbe la fine di ogni prevenzione.

A proposito della seconda parte del suo intervento, onorevole Conti, dove parlava proprio di una prevenzione seria, rilevo che della riorganizzazione del Ministero della sanità, che ho trovato in stato avanzato, condivido tutto tranne il provvedimento che ha accorpato in un unico dipartimento la prevenzione e i farmaci, che sono invece da separare nettamente. I farmaci, infatti, hanno una cultura, una disciplina, uno sconfinamento industriale, un interesse europeo di altra natura, perché per esempio da gennaio di quest'anno a Londra funziona l'EMEA, l'agenzia per i farmaci, con tutta una serie di problemi che potrebbe gratificarci o affondarci. La prevenzione è tutt'altra cosa, e si articola fundamentalmente in individuale, collettiva e ambientale delle malattie infettive e non infettive. Separerò nettamente questi due ambiti proprio per rispondere all'esigenza — che lei ha manifestato ma che è anche mia e di tutti noi medici — di fare una buona sanità pubblica con la prevenzione.

Del consiglio dei sanitari ha parlato anche lei, onorevole Conti, ma ha giustamente aggiunto che è importante tener conto anche dell'opinione dei gruppi di utenti e delle associazioni dei malati. A tale proposito preciso che sarà un obbligo procedere in tal senso. Innanzitutto perché c'è un articolo del decreto legislativo che dà grande spazio a tutto questo e poi perché si tratta di un'esigenza ormai normale ed ordinaria. Forse perché vengo da una lunga esperienza nella commissione AIDS, è quotidiana la mia abitudine a trattare con il volontariato e con le persone interessate. Tengo a precisare al riguardo che il ruolo che i cittadini svolgono in qualità di pungolatori delle coscienze, di stimolatori ed in qualche caso di — lo dico tra virgolette — « provocatori », in realtà produce importanti risultati di ritorno. Questa collaborazione va quindi portata avanti, come accade ad esempio per le associazioni di bambini con la fibrosi cistica o di bambini cardiopatici.

L'onorevole Conti ha parlato poi dei criteri di idoneità dei direttori sanitari. Vorrei chiarire che sui direttori sanitari c'è il grave problema, che molti di voi hanno sollevato, dovuto alla carenza di persone con idoneità o che sono in condizioni diverse da quelle prescritte dalla legge; eppure si pone l'esigenza di rendere rapidamente attive le aziende. Da parte del ministero al riguardo è stata predisposta una norma che deroga, almeno per il primo periodo, ad una serie di disposizioni proprio per poter attivare queste benedette aziende e per dar modo al direttore generale di scegliere i suoi collaboratori. Accadrà che ci saranno contenti e scontenti, però dobbiamo decidere se vogliamo andare avanti in una direzione o paralizzare tutto.

Comunque, la norma è già pronta. Se volete, tenuto conto della complessità della materia, ve la posso mandare in tempi brevissimi: voi la esaminate e me la restituite con le vostre osservazioni.

L'elenco dei criteri per gli ospedali specializzati è stato pubblicato e lo avrete sicuramente visto. Vi prego di considerare che questa è materia in cui sperare nel

consenso del 100 per cento degli operatori è impossibile. Dobbiamo gestire il gestibile nel modo più razionale possibile.

La questione del servizio di guardia medica è stata affrontata in molti interventi. Collegando osservazioni tratte da molti dei vostri interventi ricavo la richiesta di predisporre una legge-quadro sull'emergenza, all'interno della quale va inserito il problema del servizio della guardia medica. Il decreto del Presidente della Repubblica del marzo 1992 prevede alcuni adempimenti ed alcune iniziative, di cui sto raccogliendo la documentazione, circa il servizio d'allarme collegato al numero telefonico 118, circa la codificazione delle chiamate e così via, però manca una legge-quadro che disciplini una serie di altre cose. Infatti quel decreto si riferiva ad un documento tecnico del Consiglio superiore di sanità che di per sé non ha che un valore genericamente indicativo; dovremmo invece stabilire insieme che cosa è un pronto soccorso, se è ammesso pensare che vi siano posti di pronto soccorso che operano dodici ore ed altri ventiquattr'ore, e allora se tra di essi vi devono essere delle differenze, se i dipartimenti di emergenza devono essere di primo o di secondo livello, come devono essere quelli di primo e come quelli di secondo nonché come si collega tutto questo con la guardia medica. La guardia medica la facciamo sparire o la manteniamo in vita? In questo secondo caso la colleghiamo con i servizi dell'emergenza? Mi sembra di ricordare che questa sia anche materia di una risoluzione.

PRESIDENTE. Abbiamo per l'appunto due risoluzioni all'ordine del giorno sull'argomento.

ELIO GUZZANTI, Ministro della sanità. Quindi sul punto torneremo più analiticamente, in modo da avere da voi indicazioni sulla direzione verso cui tendere.

Sempre dall'onorevole Conti è stata sollevata la questione degli aiuti ospedalieri facenti funzione di primario da molti anni, con il rischio che se non viene emanata una norma transitoria vi possano essere i cosiddetti trasferimenti dagli ospe-

dali. Non so se su tale questione voi abbiate elaborato qualcosa o abbiate proposte da avanzare; so che il problema esiste.

VINCENZO BASILE. C'è una mia proposta di legge al riguardo.

ELIO GUZZANTI, *Ministro della sanità*. C'è già, quindi, un'indicazione.

Il rinnovo delle convenzioni appartiene invece senz'altro all'iniziativa del ministero. Credo però che il discorso sulla guardia medica debba essere accelerato perché se si arriva al rinnovo delle convenzioni con la medicina generale, stante l'ipotesi che la guardia medica scompaia e tutte le attività confluiscono in un unico calderone, è evidente che il rinnovo delle convenzioni avverrà in un certo modo; se invece si pensa che la guardia medica debba sopravvivere nel sistema dell'emergenza che voi configurate, allora la convenzione dovrà avvenire in un modo diverso. Poiché ritengo che il problema delle convenzioni non possa protrarsi per troppo tempo, risulta evidente che occorre arrivare, in tempi stretti, ad una posizione definita sulla guardia medica e sulla questione emergenza.

Anche l'onorevole Giannotti ha posto l'accento sulla questione emergenza-urgenza e ha parlato di un'apposita legge — quadro che possa consentire alle regioni di provvedere in materia; si è poi soffermato sull'importante ruolo che potrebbe svolgere il volontariato, ricordando che su questo specifico argomento è stata presentata una risoluzione della quale ci si dovrà occupare.

Della questione dei direttori generali hanno parlato in molti, tra cui anche l'onorevole Rinaldi che si è soffermato, tra l'altro, sul sistema tariffario. In tema di accrediti ritengo necessario fare chiarezza. Per quanto mi riguarda cercherò di ottenere tale risultato all'interno del mio ministero anche al fine di appurare quale sia il significato dell'accreditamento.

Ricordo che è stato elaborato un documento che preludeva all'atto di indirizzo e coordinamento previsto sui requisiti mi-

nimi delle strutture sanitarie, che però le regioni non hanno approvato. Sul punto credo che le regioni abbiano ragione perché questo è forse il momento di fare chiarezza proprio sul significato dell'accreditamento. Quest'ultimo contiene in sé elementi strutturali, organizzativi, funzionali, di controllo e di qualità. Ed è all'interno di tutto ciò che si dovranno stabilire regole che si differenzino per tipologia di struttura e di interventi. Ma per arrivare a ciò occorrerà un po' di tempo. In altri termini, ciò che dovremo fare è quella che molti hanno chiamato la griglia. In questo momento, mancando una griglia, il rischio che si corre è che passi tutto...

VINCENZO BASILE. Nel provvedimento collegato alla finanziaria esiste una disposizione sui primi accreditamenti che devono essere effettuati nei confronti dei soggetti attualmente convenzionati.

ELIO GUZZANTI, *Ministro della sanità*. È una legge che trovo un po' singolare in quanto ha omogeneizzato il concetto di accreditamento con quello di convenzione, concetti assolutamente diversi tra loro.

L'onorevole Rinaldi ha poi ricordato che le risorse sono quelle che tutti conosciamo e che sul pregresso il discorso è ancora aperto.

Nei prossimi giorni avrò modo di incontrare il presidente coordinatore delle regioni e gli assessori: cercherò di capire quale sia la strada percorribile, e fino a che punto, per porre mano ad alcune cose pregresse. Francamente voi conoscete il quadro della situazione meglio di me e pertanto siete consapevoli che non vi sono disponibilità e spazi per grandi interventi. Occorrerà dunque essere attenti e compiere ragionamenti obiettivi al fine di mettere le aziende, che dal 1995 devono separare in modo netto il passato dal presente e dal futuro, nelle condizioni di operare in un modo — come ho detto prima — molto più snello e flessibile. Non so se ciò sarà possibile. Posso comunque dirvi che sto per istituire una commissione che dovrà fornire, nell'arco di tre mesi, elementi di chiarezza; diversamente le aziende pubbli-

che verranno veramente a trovarsi in condizioni di difficoltà.

È qui il caso di ricordare che il 70 per cento delle più importanti strutture d'Italia sono pubbliche; non possiamo pertanto rinunciare ad un enorme patrimonio di cultura, di mezzi e di uomini mentre si sta dicendo che coloro che dobbiamo servire sono i cittadini. Non stiamo facendo un servizio teso a tutelare i soggetti privati o i soggetti pubblici, bensì un servizio volto a tutelare i cittadini! È questo un impegno forte che in parte si lega al problema delle risorse, in merito al quale però, non sono in grado di dire quale sarà il nostro spazio di manovra, anche perché il problema rientra nella competenza di altri ministeri quali il tesoro e il bilancio.

L'onorevole Rinaldi ha infine posto l'accento sulla questione della valorizzazione del personale e sulle nuove possibilità di responsabilizzazione, temi ai quali peraltro ho già fatto cenno.

L'onorevole Palumbo ha richiamato l'attenzione sulla questione dei *manager* in Sicilia, una questione correlata a quella dei direttori generali. Sul punto voglio anticipare che la legge regionale prevede la scadenza del 1° aprile di quest'anno. L'onorevole Palumbo ha poi toccato la questione della procreazione medico-assistita sulla quale ritengo che ci si sia, almeno per il momento, soffermati abbastanza.

L'onorevole Scoca, manifestando peraltro una posizione alquanto vicina alla mia, ha sottolineato l'esigenza di procedere subito alla regolamentazione e alla autorizzazione. È quanto dicevo poc'anzi! L'onorevole Scoca ha aggiunto poi di aver presentato una proposta perché possano essere fatte almeno alcune cose di principio etico, morale...

MARETTA SCOCA. Minime!

ELIO GUZZANTI, *Ministro della sanità*. Non lo volevo dire, perché quando usiamo questo termine sembra quasi che ci mettiamo... sottoterra. Lascio comunque tale aspetto alla vostra capacità di iniziativa e di realizzazione.

L'onorevole Provera si è soffermato sul problema della prevenzione dei tumori. Sul punto debbo dire che per il triennio 1995-1997 ci sono delle somme accantonate. Premesso che nei prossimi giorni avrò modo di incontrare la commissione nazionale di oncologia, debbo rilevare che si tratta di somme non rilevanti. Se verranno elaborati programmi intelligenti in tema di prevenzione dei tumori, è possibile predisporre degli interventi consorziando i fondi pubblici con quelli raccolti a seguito di diverse iniziative. Insomma non è vero che tutto dipende sempre dai soldi, spesso infatti dipende anche dalle iniziative e dalla loro conglutinazione razionale. In ogni caso si tratta di un impegno su cui vi riferirò non appena avrò incontrato quella commissione.

L'onorevole Provera ha anche parlato della questione dei trapianti d'organo, della quale ci siamo già occupati. Quanto al problema della individuazione delle frequenze radio riservate all'emergenza, anch'io ritengo che si tratti ancora di un problema di difficile soluzione; di esso mi sto comunque occupando.

L'onorevole Polenta ha richiamato l'attenzione su un punto che ho già avuto modo di sottolineare all'inizio, quello concernente la necessità di dare maggiore spazio all'attività parlamentare. In proposito ho già detto di essere a vostra totale disposizione.

Con riferimento all'esigenza di favorire la programmazione nazionale, come ben sapete si pone il problema del riordino degli ospedali. A tale riguardo occorre tener conto dell'esigenza di condurre a termine (ma i tempi a mio avviso non saranno brevissimi) la griglia di accreditamento. Da ciò discende l'esigenza di riorganizzare la rete dei servizi ospedalieri (la cui competenza è, secondo la legge, delle regioni). Tali obiettivi vanno raggiunti in considerazione del fatto che per la fine del 1996 verranno a scadenza la legge n. 132 del 1968 ed i decreti delegati, che bene o male avevano dato un'ossatura di carattere giuridico e organizzativo. Diversamente ci verremmo a trovare in un vuoto pauroso per cui non si saprà più se un reparto si

chiamerà divisione, sezione o unità operativa. Ci potrebbe essere qualcuno che arrivi addirittura a pensare di chiamare il primario dirigente di secondo livello! La mia opinione, al riguardo, è che il dirigente di secondo livello è una classificazione amministrativa e finanziaria e che il primario lo si dovrà continuare a chiamare come prima. In ogni caso si tratta di aspetti che dovranno essere chiariti.

L'onorevole Polenta ha poi parlato dell'articolo 20 della legge finanziaria. In proposito vi informo che sto predisponendo una norma diretta ad estendere a tutte le regioni le misure già previste per quelle alluvionate, al fine di velocizzare la loro capacità di spesa.

Attualmente sono stati già investiti 2.500 miliardi, ma per il primo triennio ci sono ancora oltre 7 mila miliardi da investire. Questo discorso va fatto chiaramente perché vi sono risorse pubbliche che allo stato sono immobilizzate e che potrebbero invece rappresentare una sorta di volano per tutta una serie di iniziative, comprese quelle relative ai lavori pubblici. In realtà, vanno attivate perché ve ne è la possibilità. Certo, le regioni devono rivedere i piani d'origine, perché siamo nel 1995 e vi sono nuove regole, ma provvederanno rapidamente.

L'onorevole Lodolo D'Oria si è soffermato principalmente sull'aspetto riguardante i direttori generali, sul quale torneremo dopo.

L'onorevole Massidda ha parlato dell'accreditamento, a proposito del quale vi ho già detto come intendo lavorare, ed ha giustamente richiamato l'esigenza di avere norme sulla pubblicità e sull'informazione, nel momento in cui parliamo di competizione e di mercato sanitario, pur avendo io chiarito, in questa ed in altre sedi, che si tratta di un mercato particolare che deve essere regolato ed in cui le regole devono essere chiarissime ed etiche per tutti. Infatti, in un mercato intervengono subito le tecniche di *marketing*, quindi possono esservi atteggiamenti di sleale competitività (concorrenza commerciale): questo è un problema che va immediatamente po-

sto ed affrontato, perché potrebbe essere dirompente.

Sui ticket sanitari finora non ho avuto alcuna indicazione, per cui se sono reticente è solo perché non se ne è mai parlato. Quando sarà il momento, se sarà opportuno e necessario, ne parlerò con voi.

L'onorevole Hüllweck, dopo essersi soffermato sulla rete di pronto soccorso, ha detto che il Ministero della sanità potrebbe essere una cerniera fra dipendenza e convenzione. Credo di sì, ma vi ho già parlato dei limiti in cui il ministero opera nei riguardi dei contratti. Cercherò, comunque, di attivarmi.

Quello della contrattualità è un aspetto importante. Conto di riprendere rapidamente le iniziative con la FNOM.

L'onorevole Zocchi ha posto una serie di questioni; vorrei riprenderne una per porla a voi: mi riferisco alla nomina della nuova CUF. Si tratta di un atto dovuto perché previsto da leggi dello Stato dalle quali si evince chiaramente il numero dei componenti e la loro area culturale di appartenenza; è inoltre indicato che sette componenti sono nominati dalla conferenza Stato-regioni e cinque dal ministro della sanità. La conferenza Stato-regioni mi ha inviato una nota ed io ho creduto di puntualizzare che essa deve essere nominativa e deve contenere un *curriculum*. Ho anche detto che è opportuno che ciascuna delle persone nominate riempia — come faranno i componenti nominati dal ministero — un modello nel quale devono essere dichiarati gli interessamenti personali e dei rispettivi istituti nell'ambito dell'attività farmaceutica. Questa è una norma generale seguita in tutto il mondo. Invece, non è vero che non va inclusa nella CUF una persona che in quanto esperta è anche consulente. A mio parere non è questa la logica, anche se ritengo che si debba conoscere esattamente la posizione della persona. Ecco allora che se si tratta di un soggetto molto bravo, ma ve ne sono altri molto bravi, nel momento in cui si discute su un certo argomento, egli viene invitato a non partecipare alla discussione e alla votazione; se si tratta di un esperto di particolare valore, lo si prega di partecipare

alla discussione ma sicuramente non alla votazione. Tutti, comunque, sapranno che la persona può aver detto delle cose con un minimo di inclinazione mentale, magari involontaria, verso determinate cose. Credo che questo sia il massimo che si possa ottenere. Queste regole io le ho fatte applicare alla Commissione AIDS un anno fa e, personalmente, ritengo sia un modo serio per non privarsi della competenza delle persone brave. D'altronde, dovremo fornire esperti all'Europa e all'EMEA e allora dovremo disporre di persone brave, che sono quasi sempre quelle richieste dagli altri. Per questo occorre trovare un giusto equilibrio.

Allora vi dico: la CUF si fa; i sette componenti delle regioni appartengono alle loro scelte, i cinque nomi del ministero cercheremo di direzionarli. Ho già sentito in proposito i sindacati, la Farmindustria ed i consumatori nelle loro diverse rappresentanze; a questo punto cercherò di trovare una formula mista regioni-ministero, il più possibile equilibrata, basata sul criterio della massima trasparenza e che garantisca una condotta della CUF che eviti critiche quali quelle che le sono state rivolte. Le cose vanno fatte in un determinato modo e devono essere chiariti i motivi che sono alla base di certe scelte.

L'onorevole Bogi ha sottolineato la carenza di direttori sanitari. La norma transitoria, della quale abbiamo fatto cenno prima, fa riferimento, in assenza di una legge sanitaria, all'attenzione che bisogna porre sui privati che potrebbero inserirsi senza regole. A mio parere, ciò non dovrebbe accadere.

L'onorevole La Cerra, oltre che dei direttori generali, del direttore sanitario, dell'azienda sanitaria e delle caratteristiche che dovrebbero avere, ha parlato di una legge organica della bioetica.

L'onorevole Lumia ha sottolineato gli aspetti della prevenzione e della riabilitazione, che io ritengo un punto importantissimo sul quale preparerò una relazione che - se lo riterrete - vi esporrò. Sul volontariato siamo tutti d'accordo.

L'onorevole Barbieri ha sostenuto che forse le leggi n. 502 e 517 meriterebbero

un aggiornamento. Ha anche sottolineato il problema della disoccupazione dei giovani medici.

L'onorevole Tanzarella mi ha rivolto una domanda molto delicata. Devo dire che mentre per gli immigrati disoccupati sono riuscito *in extremis* - primo atto come ministro della sanità - a far approvare il decreto che ha risolto una situazione che costituiva una vera spina sotto gli aspetti morale e della sanità pubblica, per quanto riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però, prescindendo per un momento dalla funzione di ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica, inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni.

A proposito della legge n. 210 del 1992 sul danno biologico, vi invierò una breve relazione sullo stato di evoluzione delle cose e sugli intoppi incontrati nella sua attuazione.

All'onorevole Giacco desidero dire che parleremo degli handicappati nell'ambito della riabilitazione. Egli ha indicato alcune storture dell'organizzazione ospedaliera italiana: se dovessi fare i conti - che più volte ho fatto come persona che da circa quarant'anni si occupa di ricerca sui servizi sanitari - sul funzionamento degli ospedali italiani, forse dovrei fare osservazioni fuori verbale, perché nella migliore delle ipotesi, rispetto alla peggiore delle ipotesi relativa agli ospedali occidentali, l'ospedale italiano lavora mediamente in un anno sei settimane di meno. Questa è

la verità. Nella migliore delle ipotesi, con un orario di lavoro dalle 8 alle 14, per sei giorni alla settimana, rispetto ad un ospedale occidentale che lavora il classico *nine to five* quello italiano registra sempre sei settimane di differenza per anno. Ditemi voi quale grande organizzazione industriale potrebbe competere in queste condizioni. Poiché tutto questo è dovuto ad un motivo, dobbiamo intervenire sui contratti e sugli orari: non si può lavorare in ospedale soltanto la mattina! È inutile che parliamo delle liste di attesa e delle persone che dirottano gli ammalati fuori degli ospedali se non creiamo le condizioni per rendere gli ospedali italiani uguali a quelli occidentali, che lavorano dalle 8 alle 17. In questo caso molte cose cambierebbero (e cambieranno); so bene che questa non è la quadratura del cerchio e che non tutto si risolverà, ma forse con uno sforzo maggiore di interesse e di razionalizzazione si potrà ottenere qualche risultato in più. Intanto le settimane potrebbero essere ridotte da sei a tre: certo è che non possiamo rimanere inermi.

Il problema del pronto soccorso è sempre lo stesso. L'onorevole Blanco mi chiede, giustamente, di intervenire su quelli che ho denominato livelli uniformi di assistenza per una omogeneizzazione del territorio nazionale; si tratta di una specie di zona franca di Sicilia che, sinceramente, non potrei concepire per il rispetto che ho per quella regione (che è anche la terra dei miei avi) e per il desiderio che la sanità funzioni bene anche in quella parte del paese. Parlerò pertanto con l'assessore, sperando di non essere sbeffeggiato, perché mi è stato detto che accade anche questo.

Per quanto riguarda la questione dell'ospedale appartenente alla USL 52 di Sarno, posta dall'onorevole Rizzo, non so rispondere perché non conosco questa realtà locale.

L'onorevole Tarantelli ha posto il problema della prevenzione sul tema dell'aborto, sul quale credo di aver già risposto.

Sul problema delle malattie mentali, posto dall'onorevole Devetag, sono stato

ampiamente incompleto; del resto, le questioni sollevate sono tantissime, ma a richiesta posso fornire documenti ed altre risposte di chiarimento. A tal fine è sufficiente farmi pervenire, attraverso il presidente, la richiesta perché io provveda a fornire puntualmente una risposta, come ho già detto a proposito della disposizione normativa sui direttori sanitari.

Voglio ribadire di essere a vostra disposizione in qualunque momento, anche per incontri periodici.

PRESIDENTE. Desidero innanzitutto scusarmi con il ministro per lo scarso livello di attenzione prestato dalla Commissione in quest'ultima fase dell'audizione; si sono create coppie di colleghi che hanno parlato per un'ora ed è inconcepibile che questioni diverse dalle proprie, poste da alcuni deputati, siano ritenute prive di interesse.

I temi sollevati verranno affrontati in ufficio di presidenza dove, sulla base del calendario dei lavori, saranno stabiliti i criteri di priorità, le modalità concrete e non generali, da osservare, visto che sugli stessi argomenti sono state presentate anche delle proposte di legge. Personalmente ritengo che debbano essere intraprese talune iniziative, perché le norme non vengono rispettate, come constatiamo, anche per i regolamenti.

ALFONSINA RINALDI. Il ministro ha fatto riferimento al lavoro svolto da una commissione, presso il dicastero, sui problemi della inseminazione artificiale, sostenendo che al termine di tale lavoro avrebbe anche gradito conoscere le nostre opinioni. Chiedo al ministro se è possibile ricevere copia dei documenti disponibili.

ELIO GUZZANTI, Ministro della sanità. Provvederò domani stesso.

PRESIDENTE. Prima di consentire un breve intervento dell'onorevole Saia, informo i colleghi che non possiamo riaprire la discussione, non perché non vi siano motivi, ma perché dobbiamo utilizzare al meglio la presenza del ministro.

ANTONIO SAIA. Vorrei rivolgere una domanda al ministro, il quale può rispondere anche successivamente, su un problema che sta sollevando grandissimo interesse in tutto il paese.

PRESIDENTE. Vorrei ricordarle che il regolamento prevede lo strumento ideale dell'interrogazione per rivolgere domande al Governo.

ANTONIO SAIA. Desidero rivolgere questa domanda al ministro in presenza dei colleghi.

Nell'ultima legge finanziaria, è stato inserito, per la prima volta, il concetto che il disoccupato ha diritto all'esenzione, concetto sul quale si è registrata, in tutto il paese, un'interpretazione distorta; il mio gruppo pertanto intende affrontare il problema fino in fondo, presentando un'interpellanza.

Il suo predecessore ha tenuto una riunione con i presidenti delle regioni nella quale ha diramato una circolare in cui ha chiarito che per disoccupato si intende il capofamiglia che ha perso l'occupazione e risulta iscritto nelle liste di collocamento. Invece, la legge finanziaria, approvata dal Parlamento e promulgata dal Presidente della Repubblica, recita testualmente: « Sono esenti, a condizione che appartengano a un nucleo familiare con un reddito complessivo di 16 milioni, aumentato di 6 milioni per il coniuge, e di un milione per ogni figlio, i disoccupati ». A mio parere l'interpretazione corretta è che nei nuclei familiari, il cui reddito sia inferiore ai 16 milioni, tutti i componenti disoccupati, che

non hanno quindi un lavoro, hanno diritto all'esenzione.

Chiedo, cortesemente, signor ministro, un indirizzo chiaro in questa materia, che sia valido in tutto il territorio nazionale, altrimenti si apriranno contrastanti vertenze, anche per la grave situazione di ingiustizia che si è verificata.

PRESIDENTE. Uno strumento utilizzato anche in passato, che va al di là dell'interrogazione, è quello di indirizzare una lettera al ministro per segnalare tutti questi problemi.

PASQUALE LA CERRA. Vorrei sapere dal ministro quale veste assumerà la norma sulle direzioni sanitarie; mi sembra di capire che si tratterà, vista l'urgenza, di un decreto-legge.

PRESIDENTE. La riceveremo domani.

GAETANO OLIVIERI. Vorrei sapere dal ministro se a questo proposito sono stati ascoltati i rappresentanti dell'AN-MDO, che è l'unica associazione di categoria dei medici delle direzioni sanitarie.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per aver partecipato all'audizione.

La seduta termina alle 16,20.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 21,30.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO