

## COMMISSIONE XII

## AFFARI SOCIALI

(n. 14)

## SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 MAGGIO 1995

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento della Camera)***AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SANITÀ, PROFESSOR ELIO GUZZANTI, SULL'ATTUAZIONE DELLA RISOLUZIONE TANZARELLA N. 7-00149 RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE N. 210 DEL 1992**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **ROBERTO CALDEROLI**

## INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sull'attuazione della risoluzione Tanzarella n. 7-00149 relativa all'applicazione della legge n. 210 del 1992:</b>		Condorelli Mario, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i> .....	251, 255, 256
Calderoli Roberto, <i>Presidente</i> .	251, 254, 255, 256	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti) .....	253
Basile Vincenzo (gruppo alleanza nazionale) .....	253	Tanzarella Sergio (gruppo progressisti-federativo) .....	253, 255
Caccavari Rocco Francesco (gruppo progressisti-federativo) .....	254	Valpiana Tiziana (gruppo rifondazione comunista-progressisti) .....	255, 256

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 14,30.**

**Audizione del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sull'attuazione della risoluzione Tanzarella n. 7-00149 relativa all'applicazione della legge n. 210 del 1992.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 3, del regolamento, del ministro della sanità, professor Elio Guzzanti, sull'attuazione della risoluzione Tanzarella n. 7-00149 relativa all'applicazione della legge n. 210 del 1992.

Cedo subito la parola al sottosegretario Condorelli, in sostituzione del ministro.

MARIO CONDORELLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il problema di assicurare la migliore attuazione, con procedure snelle e accelerate, della legge 25 febbraio 1992, n. 210 sugli indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, si è da tempo imposto, per il profilo di competenza, all'attenzione del Ministero della sanità, che — non a caso — proprio con tali obiettivi ha inteso costituire, nel novembre del 1993, presso i propri competenti servizi di medicina sociale, un ufficio speciale espressamente deputato ai relativi adempimenti. A quella data, dopo un anno ed otto mesi dall'entrata in vigore della legge n. 210, la non facile situazione del settore poteva così sintetizzarsi: 3412 pratiche pervenute; 1922 pratiche esaminate e memorizzate; 1697 pratiche inviate alle commissioni medico-ospedaliere; 1240 soggetti chiamati a visita dalle commissioni me-

dico-ospedaliere; 727 verbali delle commissioni medico-ospedaliere pervenuti; 283 notifiche di giudizi delle commissioni medico-ospedaliere agli interessati; 2 ricorsi; zero pratiche definite.

Dopo l'inizio della sua attività l'ufficio speciale ha progressivamente perseguito il perfezionamento dei propri lavori, pur dovendosi considerare che le procedure inerenti alla trattazione delle domande di indennizzo sono tassativamente disciplinate dalla stessa legge n. 210 e dalla lettera circolare esplicativa del Ministero della sanità del 10 aprile 1992, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale*, serie generale, del 22 giugno 1992, n. 145.

Questo significa che i cosiddetti tempi lunghi costituiscono in realtà, molto spesso, dei tempi tecnici inevitabilmente legati al carattere assai complesso ed articolato delle pratiche da esaminare ed al loro elevatissimo numero.

È noto, poi, che il giudizio tecnico-sanitario sulla sussistenza dei requisiti per ottenere l'indennizzo è demandato dalla legge alle commissioni medico-ospedaliere, i cui tempi di definizione dei relativi verbali oscillano da un minimo di cinque-sei mesi ad un massimo di un anno. D'altra parte l'ufficio, pur assicurando la più scrupolosa applicazione della legge, non ha lesinato il proprio impegno nella ricerca di soluzioni migliorative, tanto che tutte le modifiche procedurali finora apportate sono scaturite da sue iniziative ed hanno permesso di risolvere notevoli problemi interpretativi, a tutto vantaggio degli interessati.

I dati dell'attività svolta dall'ufficio speciale, riferiti alla situazione riscontrabile alla data del 29 aprile 1994, possono così sintetizzarsi: 9020 pratiche pervenute ed

in corso di esame al 28 febbraio 1995; 3389 pratiche istruite in preesame; 5631 pratiche esaminate e memorizzate, di cui 5385 per sangue ed emoderivati e 246 per vaccinazioni; 5037 pratiche inviate alle commissioni medico-ospedaliere (e per conoscenza agli interessati); 3577 soggetti chiamati a visita dalle commissioni medico-ospedaliere; 3457 verbali delle commissioni medico-ospedaliere; 502 verbali relativi a pazienti deceduti; 2439 integrazioni per liquidazioni; 1583 richieste di integrazioni; 1349 integrazioni pervenute; 221 ricorsi; 2985 notifiche; 2423 pratiche definite, di cui 1815 relative a soggetti in vita e 368 relative a soggetti deceduti; 240 non indennizzabili.

Occorre rilevare che il dato relativo alle domande pervenute fa eccezione, perché riporta quelle pervenute alla data del 28 febbraio 1995; ciò perché si è considerato che, subito dopo l'approssimarsi del 21 marzo 1995, termine ultimo per la presentazione delle istanze ai sensi della legge n. 210, assai amplificato dalla stampa, ha determinato dal 1° marzo scorso un enorme aumento dell'incidenza delle domande di indennizzo inviate al Ministero della sanità, sol che si consideri che, da quella data, all'ufficio speciale ne sono pervenute oltre 10 mila.

Ad un improvviso afflusso, tanto abnorme di domande di indennizzo in un periodo così breve, consistito, in sostanza, nell'invio in meno di un mese di più istanze di quante ne fossero complessivamente arrivate in tre anni, è apparso giusto attribuire un carattere palesemente eccezionale e straordinario, estrapolandone i dati, quindi, da quelli dell'attività ordinaria, per evitare che ne risultassero del tutto stravolti ed alterati.

Riguardo alle prospettive dei pagamenti relativi agli indennizzi in esame, va ricordato che nel corso del 1994 essi sono stati effettuati utilizzando integralmente, in un primo tempo, lo stanziamento di 10 miliardi relativo allo stesso anno, integrato da quello equivalente dell'esercizio 1993, « consolidato » con apposita legge; in una seconda fase, poi, nel bimestre ottobre-novembre 1994 si è esaurito un ulteriore fi-

nanziamento straordinario di 20 miliardi, che era stato espressamente autorizzato.

L'ufficio ha poi proceduto nel predisporre gli atti di liquidazione eccedenti tale ultimo finanziamento del 1994, e sono stati, quindi, inoltrati, con un nuovo esercizio finanziario, all'inizio del corrente anno.

A tale proposito, comunque, è importante sottolineare che, fortunatamente, da questo esercizio la liquidazione degli indennizzi dovuti in base alla legge n. 210 del 1992 non potrà più risultare condizionata od ostacolata da problemi di stanziamenti inadeguati, poiché la legge di bilancio per il 1995 ha individuato tali uscite come spese di natura obbligatoria.

Pur nei limiti forzatamente imposti dai ricordati vincoli procedurali, il Ministero della sanità non ha di certo lesinato e non lesinerà i propri sforzi organizzativi per realizzare ogni possibile ulteriore razionalizzazione degli adempimenti di propria competenza in questo delicatissimo settore e, con essa, quegli auspicabili incrementi dei risultati che potrebbero derivarne.

A questo fine, grande rilevanza si è giustamente attribuita all'informatizzazione, già avviata, delle procedure per la gestione delle relative pratiche, anche se a questo punto, il Ministero della sanità non può nascondere le proprie preoccupazioni per l'ulteriore, rilevante impegno che conseguirà, per l'ufficio speciale, a quell'improvviso ed abnorme afflusso di nuove domande (oltre 10 mila in un mese!) poc'anzi ricordato.

Ad esso, senza dubbio, si dovrà far fronte con un ulteriore, notevole sforzo organizzativo, incrementando le attuali dotazioni dell'ufficio sotto il duplice profilo qualitativo e quantitativo. Al riguardo ricordo che, proprio per smaltire questo gran numero di domande, il ministro ha dato disposizioni a tutti i dipartimenti di cedere personale e stanze.

Infine, riguardo al caso del minore D.M.M., espressamente richiamato nella risoluzione, la risposta non è agevole in mancanza di più esaurienti dati di identificazione del soggetto leso o, almeno, della sua pratica.

Da una ricerca fondata su tali sole iniziali, peraltro, potrebbe arguirsi che si tratti dell'istanza di indennizzo protocollata presso l'ufficio speciale con il numero 1883; può dirsi, in questo caso, che l'indennizzo dovuto sia già stato liquidato con decreto dirigenziale del 13 febbraio 1995 (sempre che sia questo il caso, come ho detto).

VINCENZO BASILE. Ho seguito la relazione resa dal sottosegretario Condorelli a nome del Governo. Nella risoluzione chiediamo che gli uffici competenti svolgano il proprio lavoro di smaltimento delle pratiche snellendo l'iter burocratico delle stesse, quindi non accusiamo il Governo di inadempienza assoluta o totale, ma di un ritardo notevole nella liquidazione delle pratiche in questione. Ciò che tutti chiediamo, come Commissione, è l'impegno del Governo, quindi del Ministero della Sanità, a far sì che gli uffici preposti alla liquidazione degli indennizzi per i motivi esposti vi facciano fronte nel modo più rapido possibile.

ANTONIO SAIA. Ringrazio il sottosegretario Condorelli delle informazioni che ci ha fornito ed aggiungo di condividere, in un certo senso, anche quanto detto dal collega Basile.

La parte centrale della risoluzione della Commissione è riferita ad eventi che provocano danni gravissimi, anche irreversibili (segnalo, per esempio, il caso di pazienti che hanno contratto l'AIDS a seguito di emotrasfusioni o di emoderivati), per i quali è inconcepibile, per due ordini di motivi, che l'iter burocratico del risarcimento previsto richieda mesi e mesi. In primo luogo, perché molte volte i risarcimenti non fanno in tempo a pervenire ai soggetti che hanno subito le lesioni, ma molto spesso, se arrivano, affluiscono agli eredi. Il secondo motivo — il più importante — risiede nel fatto che questo risarcimento non deve soltanto servire a compensare un danno, ma deve essere utilizzato e utilizzabile dalle persone che hanno subito tali eventi così disastrosi e devastanti per il proprio fisico anche per poter

affrontare in un modo più dignitoso il disagio causato dal proprio stato morboso.

Quindi, pur apprezzando la buona volontà e la precisione con cui il sottosegretario ci ha fornito i dati, mi auguro che in futuro si possa fare tutto il possibile per rendere l'iter sempre più breve, affinché il risarcimento possa arrivare in tempi veramente ristretti.

SERGIO TANZARELLA. Senza ripetere quanto già osservato dai colleghi intervenuti, desidero segnalare un altro aspetto, quello relativo alle commissioni medico-ospedaliere. Al riguardo, i dati di cui disponiamo sono sconvolgenti: mi riferisco non tanto a quelli numerici, che parlano da soli, quanto alla qualità e alla competenza di questi organismi. Ci risulta, infatti, che alcune commissioni militari (anche queste, purtroppo, analizzano gli ammalati) sono manifestamente incompetenti. Citerò soltanto un esempio riprendendo la notifica del giudizio di una commissione medico-ospedaliere del 2 marzo 1994, di cui leggerò soltanto qualche riga, rilevando che non è necessario essere competenti nella materia per comprendere l'assurdità e la vergogna di queste parole; la commissione, infatti, risponde: « Sì, esiste nesso causale tra la trasfusione e la somministrazione di emoderivati con le infermità: sieropositività HIV ed epatite virale tipo C dalle quali è derivata una menomazione permanente dell'integrità psicofisica ascrivibile: per l'infermità 'sieropositività HIV' alla ottava categoria; per l'infermità 'cirrosi epatica ed etiologia virale' alla settima categoria. Il cumulo è ascrivibile alla sesta categoria della tabella A, allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834 ». Si tratta di un documento ufficiale e ne ho anche altri di analogo tenore.

Mi chiedo se possiamo tollerare questo tipo di risposte da parte delle commissioni medico-ospedaliere: anche se nessuno mette in dubbio il miglioramento che il ministero è riuscito a conseguire nella trattazione dei casi (abbiamo verificato statisticamente questo miglioramento), resta tuttavia il problema delle commissioni,

che attualmente costituiscono il punto d'incontro tra gli ammalati e l'istituzione; purtroppo vi sono moltissimi casi come quello che ho citato.

Chiedo quindi se non sia anche il caso di perseguire nei modi opportuni chi firma referti di questo genere, perché si tratta non solo di irresponsabili ma — mi si consenta — anche di incompetenti manifesti.

**ROCCO FRANCESCO CACCAVARI.** Nell'associarmi a molte delle considerazioni finora svolte, vorrei soltanto richiamare l'attenzione, nonostante i grandi miglioramenti che il sottosegretario ci presentava, sull'opportunità di seguire un criterio diverso nella valutazione del risarcimento, stabilendo una coraggiosa priorità tra le complicanze alle quali i pazienti possono andare incontro, a seconda che si tratti di infezione virale o di complicanza da vaccinazione, anche se sempre legata a infezioni virali.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, trattandosi di malattia oggi incurabile, la prognosi è comunque infausta e i tempi di vita estremamente ridotti. Nel caso invece delle infezioni con complicanze di cirrosi epatica, vi è la possibilità di un decorso più lungo nel tempo. Per quanto riguarda le complicanze delle vaccinazioni, queste sono immediate se di tipo anafilattico o più attenuate se la manifestazione è successiva.

Credo allora che la stessa commissione non possa essere coinvolta nell'ambito dello stesso sistema di valutazione del danno mettendo questi casi uno dietro l'altro con riferimento, per esempio, all'ordine cronologico di arrivo delle richieste e non invece ad una cronologia, a mio avviso fondamentale, basata sulla gravità della malattia.

Non intendo certamente essere io a stabilire quali siano le malattie da esaminare prima, ma ritengo che, essendo il risarcimento una risposta collettiva al danno provocato da una situazione non controllata, la priorità dovrebbe essere stabilita in rapporto ai tempi di vita che la malattia presumibilmente lascia al paziente. Credo quindi che le infezioni da

HIV, comunque determinate, debbano avere assolutamente la precedenza: occorre cioè prevedere un ordine di esame delle richieste legato ai tempi di vita che le malattie lasciano presumere e non al momento di arrivo delle domande; infatti, se queste saranno, per esempio, 10 mila, le ultime riceveranno un risarcimento dopo dieci anni, quando non ci saranno più non solo i pazienti interessati ma forse neppure gli eredi.

Ritengo pertanto che si debba analizzare la possibilità (su quest'aspetto il ministero potrà esprimere un parere certamente qualificato) di legare la valutazione del danno ed il conseguente risarcimento ai tempi di vita prevedibili a seguito dell'infezione che viene presa in esame.

**PRESIDENTE.** Ritengo che, al di là dei dati preziosi che ci sono stati forniti, sia emersa l'incompetenza, più che la competenza, nell'ambito di un passaggio determinante. Quanto ai dati riferiti dall'onorevole Tanzarella, ho avuto notizia di un caso analogo in cui, per la valutazione dello stato di salute, si è chiesto al paziente in quale modo fosse arrivato: avendo questi risposto di essere giunto in treno e da solo, gli è stato diagnosticato che stava bene! Credo che a questo punto si cada proprio nel ridicolo...

Possiamo comunque accelerare le procedure, ma se l'apparato burocratico e le commissioni medico-ospedaliere sono di questo livello, mi sembra improponibile pensare di fare qualunque altra cosa.

Propongo, pertanto, alla Commissione di svolgere un'indagine conoscitiva sul modo di operare di queste commissioni mediche, chiamando in questa sede loro rappresentanti (questo è possibile, anche se si tratta di personale militare) per avere una relazione sulla loro attività e sui metodi che utilizzano per la valutazione dei casi loro sottoposti. Infatti, se il cumulo delle due indennità fosse assicurato, anche solo affidandosi alla matematica (ma credo che non sia il caso di farlo), i risultati sarebbero diversi. Si tratta comunque di fatti di una gravità incredibile.

Non so se altri colleghi abbiano avuto esperienza di ospedali militari, ma credo che un'indagine in questo senso sia opportuna. In questo caso si tratta di valutazione di danni, ma purtroppo — mi auguro solo raramente — le medesime competenze riguardano terapie adottate nei confronti di persone, che magari entrano sane ed escono non più sane dopo averle subite.

**SERGIO TANZARELLA.** È possibile sottoporre i componenti di quelle commissioni ad esami suppletivi da parte delle facoltà di medicina?

**PRESIDENTE.** Non credo che questo sia possibile, onorevole Tanzarella. Anche se non è il caso di fare di ogni erba un fascio, è evidente che episodi del genere sarebbero degni di nota eventualmente ai fini di un'interrogazione parlamentare debitamente pubblicizzata sul territorio, perché essi disonorano la classe medica, fatto che credo non debba essere ignorato neanche da chi porta le stellette.

**MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità.** La risoluzione dell'importante problema della rapidità delle procedure deve rappresentare un punto d'onore del ministero, sul quale dovrà essere fornita, una volta tanto, una prova di efficacia. Per parte mia, ho cercato di stimolare il ministro ed il direttore generale a profondere un grande sforzo organizzativo. In particolare, ho chiesto che ciascuno mettesse a disposizione cinque o sei funzionari, sì da costituire un ufficio speciale che potesse cominciare ad operare in tempi brevissimi, anche per dare un po' di fiducia ai cittadini rispetto ad una situazione generale di scasso nonché — ripeto, una volta tanto — per offrire una dimostrazione di efficienza. Sotto questo profilo, accolgo pertanto il vostro invito e vi ringrazio per averlo formulato in modo tanto pressante.

Quanto alla questione sollevata dall'onorevole Caccavari, condivido, come medico, le considerazioni da lui svolte in merito ai criteri. Ritengo, tuttavia, che si debba fare attenzione ad evitare che si

configuri una sorta di piccolo abuso. L'avvio della pratica deve sempre essere ispirato a criteri di giustizia: il problema però deve essere risolto in tempi brevi; esso va studiato, anche discutendone insieme, ed è ben presente alla mia attenzione. Il nostro non deve essere, infatti, un rapporto che si esaurisce con questa discussione ma deve invece svolgersi all'insegna di un continuo dialogo con la finalità di concordare insieme in che modo agire.

Quella delle commissioni medico-ospedaliere è una questione molto delicata. In materia, la legge n. 210 del 1992 rimanda ad un'altra fonte legislativa, l'articolo 165 del testo unico del 1973. Probabilmente sarebbe opportuno rivedere tale normativa e potrebbe essere proprio questa l'occasione per configurare nuovi criteri in ordine alla loro composizione. Se infatti non ci fidiamo nemmeno della commissione medico-ospedaliera, come faremo? A parte le vicende palesemente assurde, ve ne potrebbero essere altre che, pur non formalmente tali, potrebbero esserlo nella sostanza nel momento in cui fossero originate da errori molto gravi. Dobbiamo trovare il sistema perché le commissioni siano costituite nel miglior modo possibile. Noi medici sappiamo bene come qualche volta ci si possa trovare in contrasto con interpretazioni periziali profondamente sbagliate. Purtroppo, queste cose accadono! Ecco perché dovremmo avere la certezza che le commissioni siano organismi veramente adeguati; sotto questo profilo, per esempio, si potrebbe prevedere la presenza anche di un infettivista, di un ematologo e di un medico legale. Si potrebbe anche pensare a commissioni *ad hoc*, ovviamente modificando l'attuale normativa. Credo che questa occasione possa fornirci la possibilità di intervenire anche in tal senso.

**TIZIANA VALPIANA.** Vorrei sapere dal sottosegretario se nel settore del quale ci stiamo occupando sia garantita la trasparenza e la pubblicità dei dati. Mi sono recata presso l'ufficio che si occupa dell'attuazione della legge n. 210 ed ho parlato con il dottor Dittami, al quale ho chiesto

di fornirmi dati sugli incidenti e sui danni da vaccino. Mi è stato risposto che l'ufficio non dispone di computer, né è in grado di fornire informazioni o tabelle statistiche. Alla mia successiva richiesta di indirizzarmi presso altri organi eventualmente attrezzati a soddisfare la mia aspettativa, mi è stato risposto che non esistono dati specifici.

MARIO CONDORELLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. A quando risale il suo incontro con il dottor Dittami?

TIZIANA VALPIANA. A 3-4 mesi fa.

MARIO CONDORELLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Oggi i dati sono disponibili. La situazione è cambiata.

TIZIANA VALPIANA. Sono rimasta stupefatta perché credo che non solo i parlamentari ma anche i cittadini debbano essere messi in condizione di sapere cosa avviene in questo settore.

MARIO CONDORELLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sì, del resto lo impone la legge. Gli uffici non erano attrezzati ed i responsabili degli stessi — il capo ufficio è persona dabbene ed anche molto impegnata, un bravissimo funzionario — erano impreparati a far fronte alle richieste. La situazione — come ho già detto — è molto migliorata, ma ancora, per così dire, non ci siamo. Dovremo quindi raccogliere la sfida e fornire in breve tempo una rapida risposta.

PRESIDENTE. È auspicabile che i membri della Commissione si rechino con

una certa frequenza presso il ministero. È davvero drammatico, infatti, verificare come il supporto cartaceo (brogliacci, « broglini » e « broglioni ») sia ancora quello maggiormente utilizzato. Vi sono stanze ed archivi che ricordano gli uffici statali. A fronte di tale situazione, sono ben lieto di aver ascoltato che nel giro di 2-3 mesi la situazione è cambiata. Penso comunque che in questa direzione vi sia ancora molto da fare soprattutto relativamente all'introduzione e al potenziamento dei sistemi informatici.

L'indagine conoscitiva di cui ho parlato metterà certamente in evidenza come chi sia interessato alla terapia (quindi, tutti i centri di cura delle malattie infettive che siano sede di terapia per l'AIDS) debba anche essere legittimato alla certificazione.

Ringrazio il sottosegretario, al quale do atto di aver fornito in tempi molto brevi risposte purtroppo non sempre completamente soddisfacenti, ma tali comunque da rappresentare un'iniziale testimonianza di quella trasparenza richiamata dall'onorevole Valpiana.

**La seduta termina alle 15.**

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO  
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la composizione e la stampa  
dal Servizio Stenografia alle 19,45.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO