

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 LUGLIO 1995

RESOCONTO STENOGRAFICO

221.

SEDUTA DI VENERDÌ 21 LUGLIO 1995

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE LUCIANO VIOLANTE

INDICE

	PAG.		PAG.
Disegni di legge:		CARUSO MARIO (gruppo alleanza nazio-	
(Autorizzazioni di relazione orale) . . .	13619	nale)	13620 13621
Gruppo parlamentare:		CONDORELLI MARIO, <i>Sottosegretario di</i>	
(Modifica nella costituzione)	13619	<i>Stato per la sanità.</i> 13620, 13622, 13625	
Interpellanze ed interrogazioni (Svolgi-		HÜLLWECH ENRICO (gruppo FLD)	13624
mento):		MASSIDDA PIERGIORGIO, (gruppo forza Ita-	
PRESIDENTE	13619, 13620, 13621, 13622,	lia)	13626
	13624, 13625, 13626, 13627	Missioni	13619
		Ordine del giorno della prossima seduta	13627

221.

N.B. I documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula sono pubblicati nell'*Allegato A*.
 Gli atti di controllo e di indirizzo presentati e le risposte scritte alle interrogazioni sono pubblicati nell'*Allegato B*.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 LUGLIO 1995

La seduta comincia alle 9,30.

LUCIO MALAN, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, i deputati Bargone, Caccavale, Devecchi, Tiziana Parenti, Scanu e Simeone sono in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono quattordici, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'allegato A ai resoconti della seduta odierna.

Modifica nella costituzione di un gruppo parlamentare.

PRESIDENTE. Il deputato Mariotto Segni ha comunicato, con lettera in data 20 luglio 1995, di essersi dimesso dalla carica di presidente del gruppo parlamentare i democratici.

L'assemblea del gruppo, nella medesima riunione, ha proceduto all'elezione del nuovo presidente nella persona dell'onorevole Willer Bordon.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'allegato A ai resoconti della seduta odierna.

Autorizzazioni di relazione orale.

PRESIDENTE. La IX Commissione (Trasporti) ha deliberato di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente all'Assemblea sul seguente disegno di legge:

«Conversione in legge del decreto-legge 13 luglio 1995, n. 287, recante misure straordinarie ed urgenti in favore del settore portuale e delle imprese navalmeccaniche ed armatoriali» (2908).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

La XII Commissione (Affari sociali) ha deliberato di chiedere l'autorizzazione a riferire oralmente all'Assemblea sul seguente disegno di legge:

«Conversione in legge del decreto-legge 30 giugno 1995, n. 261, recante disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità» (2810).

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Svolgimento di interpellanze e di interrogazioni (ore 9,35).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca: Interpellanze ed interrogazioni.

Constato l'assenza dei presentatori dell'interpellanza Saia n. 2-00119 sulla mancata dispensa da parte del Servizio sanitario nazionale di taluni farmaci molto costosi indicati per la cura di malattie gravissime (*vedi l'allegato A*): si intende che vi abbiano rinunciato.

Passiamo all'interpellanza Falvo n. 2-00402 sulle nomine dei dirigenti delle USL e delle aziende ospedaliere in Calabria (*vedi l'allegato A*).

Chiedo ai presentatori se intendano illustrarla o se si riservino di intervenire in sede di replica.

MARIO CARUSO. Mi riservo di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MARIO CONDORELLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. In merito al problema delle nomine dei direttori generali delle aziende sanitarie unità sanitarie locali ed ospedaliere della Calabria, oggetto dell'interpellanza dell'onorevole Falvo, la risposta del Ministero della sanità si fonda necessariamente soltanto sugli elementi di valutazione al riguardo acquisiti dalla regione Calabria, le cui attribuzioni in materia — fatto salvo il potere sostitutivo riconosciuto al Governo dall'articolo 1, comma 1, della legge 17 ottobre 1994, n. 590, in caso di accertata inadempienza regionale — in base all'attuale assetto istituzionale e normativo del Servizio sanitario nazionale non sono in alcun modo sindacabili da parte del Ministero della sanità.

È utile ricordare che le originarie disposizioni dell'articolo 3 comma 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sul «riordino della disciplina in materia sanitaria», come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, avevano affidato al Ministero della sanità la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento delle funzioni di direttore generale delle nascenti aziende sanitarie, da predisporre secondo le prescrizioni ivi dettate.

Con il successivo decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, poi convertito nella già ricordata legge 17 ottobre 1994, n. 590, secondo specifiche indicazioni al riguardo emerse in seno alla Commissione affari sociali, le previsioni relative a tale elenco sono state soppresse e la nomina dei direttori generali in esame è stata ricondotta alla diretta ed esclusiva responsabilità tecnico-discrezionale delle regioni. Queste ultime erano soltanto tenute ad individuarli fra i candidati che ne avessero fatto domanda, «in possesso di un diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata formazione ed attività professionale di direzione tecnica od amministrativa in enti o strutture pubbliche o private con esperienza dirigenziale acquisita per almeno cinque anni».

Poste tali opportune premesse risulta che, rispondendo allo specifico bando in materia approvato dalla regione Calabria e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, con scadenza fissata per il 29 dicembre 1994, hanno posto la propria candidatura per la nomina a direttore generale delle aziende unità sanitarie locali od ospedaliere della regione circa 300 aspiranti. In precedenza, per altro, con deliberazione del 15 novembre 1994 preordinata all'emanazione di detto bando, la giunta regionale della Calabria aveva determinato i requisiti ed i criteri da seguire per l'individuazione dei direttori generali ispirandosi alla vigente normativa statale e regionale. Tale delibera prevedeva in particolare che i soggetti prescelti dovessero essere individuati nell'ambito di tre distinte categorie così delimitabili: dirigenti di amministrazione pubblica o privata in possesso di specifiche esperienze e professionalità dovendo valutare, ove possibile, i risultati di gestione e le concrete capacità manageriali; dirigenti del settore privato che abbiano rivestito ruoli di rilevante responsabilità con poteri decisionali in strutture di medie o grandi dimensioni, che siano in grado di dimostrare capacità di impostare e realizzare piani strategici con positivi risultati di gestione; amministratori di enti locali e pubblici di medie o grandi dimensioni compresi gli attuali amministratori straordinari di unità sanitarie locali,

sempre che gli stessi abbiano conseguito nell'espletamento delle rispettive attività, traguardi apprezzabili ed abbiano dimostrato di possedere capacità di coordinamento di strutture articolate e complesse sia sotto l'aspetto organizzativo sia sotto l'aspetto tecnologico.

Sulla scorta di tali vincoli normativi ed amministrativi, successivamente una commissione tecnica appositamente costituita dalla regione — secondo quanto è stato ufficialmente riferito — ha condotto una accurata istruttoria della documentazione inviata dai candidati aspiranti per presentare poi, al termine dei propri lavori, un elaborato che vedeva gli aspiranti suddivisi in tre distinte categorie non ordinate secondo criteri di priorità, come forse sarebbe stato logico e lecito attendersi, bensì semplicemente riferite rispettivamente a soggetti con esperienza nel settore pubblico, nel settore privato ovvero con esperienza gestionale in enti pubblici.

Subito dopo la giunta regionale ha provveduto alla nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere della Calabria secondo le proprie autonome valutazioni tecnico-discriminatorie in materia, che — è doveroso ripeterlo — non sono in alcun modo sindacabili dal Ministero della sanità.

Ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della già ricordata legge n. 590 del 1994 resta pregiudicata la nullità insanabile di eventuali nomine di direttori generali che risultassero effettuate in difformità dai vincoli imposti dall'articolo 3, commi 9 e 11, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con facoltà piena della regione o delle province autonome di revocare in ogni momento una propria determinata nomina non appena venisse accertato che il soggetto nominato direttore generale versi in una delle condizioni di esclusione previste dagli stessi commi. Al di fuori di tali ben precise ipotesi, per ogni nomina che si reputasse potenzialmente viziata sotto il profilo della legittimità amministrativa, l'unico rimedio esperibile dai soli soggetti titolari di un concreto interesse legittimo sarebbe quello del ricorso alla giustizia amministrativa.

PRESIDENTE. L'onorevole Mario Caruso ha facoltà di replicare per l'interpellanza Falvo n. 2-00402, di cui è cofirmatario.

MARIO CARUSO. Signor Presidente, egregio sottosegretario, credo che tutti sappiano — lei certamente più di me — come vengano predisposte le risposte alle interpellanze: un disinteressato funzionario del ministero scrive ad un forse disinteressato funzionario della regione Calabria, il quale risponde sciocinando le normative vigenti e tra le righe si riesce a cogliere una risposta piuttosto beffarda nei confronti dello Stato. Infatti la regione Calabria risponde dicendo «questa è cosa nostra», con allusione specifica.

Ritengo sia opportuno far presente che nella nostra interpellanza non vengono descritte situazioni teoriche, il ministro della sanità ed il Presidente del Consiglio dei ministri non vengono invitati a discutere sulle norme in vigore e sulla loro validità. Con il nostro documento si dava nel merito una *notitia criminis*. Mi sarei aspettato che, una volta tanto, il ministro, il sottosegretario, od anche un semplice ispettore all'uopo designato, prendessero un treno, un aereo — o forse, trattandosi della Calabria, andassero a dorso di mulo — per verificare *de visu* di che cosa si trattasse. Mi sarei aspettato anche che questa interpellanza fosse trasmessa, magari come informativa, ai procuratori della Repubblica della regione Calabria.

Non è accettabile, signor sottosegretario, che si risponda in modo così evanescente. Regioni, consigli provinciali e comunali, o persino qualunque «francobollo» dell'amministrazione dell'intera Repubblica italiana non possono essere sottratti all'azione vigile dello Stato. Altrimenti è vano che poi la classe politica si lamenti e registri straripamenti o invadenze da parte della magistratura nel campo che dovrebbe essere di primaria vigilanza da parte della classe politica. Ritengo allora che l'azione di supplenza, magari non prevista in termini costituzionali, sia dovuta ad un moto emozionale di chi amministra la giustizia e constata che chi approva le norme che dovrebbero valere per tutti gli italiani non è sottoposto a criteri di giustizia.

Non posso quindi che tornare a stigmatizzare la risposta evanescente che è stata data all'interpellanza e dichiararmi pertanto totalmente insoddisfatto.

PRESIDENTE. Passiamo all'interrogazione Hüllweck n. 3-00333 sulla fruizione di prestazioni assistenziali in centri sanitari esteri (*vedi l'allegato A*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Presidente, posso replicare alle considerazioni dell'onorevole Caruso?

PRESIDENTE. Signor sottosegretario, non voglio essere scortese, ma le faccio rilevare che il regolamento non lo prevede!

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Le premesse dell'interrogazione ora in esame richiamano in modo completo e corretto i termini giuridico-normativi del problema della funzione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di elevatissima specializzazione all'estero.

Sebbene i competenti servizi del Ministero della sanità non dispongano, né siano al corrente, dell'esistenza a tutt'oggi di indagini e studi ultimati sulle concrete modalità con cui si svolgono le relative pratiche autorizzatorie presso le unità sanitarie locali (ciò che non consente al Ministero della sanità di pronunciarsi in modo pienamente argomentato sulle valutazioni negative espresse nell'interrogazione), tuttavia, anche soltanto in base ad alcuni studi a campione di recente avviati in materia dai competenti servizi ministeriali, non sembra giustificato affermare che l'utilizzo delle relative autorizzazioni a recarsi all'estero a spese del Servizio sanitario nazionale possa configurare un vero e proprio abuso, a tutto danno dell'economia nazionale.

Ciò perché, innanzitutto, sarebbe giustificato parlare di abuso soltanto nei casi in cui fosse realmente accertato che siano state disattese le specifiche condizioni imposte dal legislatore in materia; secondariamente, an-

che volendo limitarsi ai soli aspetti finanziari, non mancano casi di riscontrato minor costo di determinate prestazioni all'estero rispetto al nostro paese. Basti pensare, ad esempio, al diverso costo di accertamento di risonanza magnetica nucleare effettuata a Montecarlo o in Liguria.

Non appare inoltre giustificato asserire che anche un semplice trasferimento interregionale sia meno oneroso di un trasferimento all'estero, poiché si deve considerare che le normative regionali sull'assistenza ospedaliera indiretta, di solito, sono le stesse nel nostro paese che regolano le competenze e le provvidenze regionali sui trasferimenti per cure all'estero.

D'altra parte, non può certo dirsi che la procedura autorizzata al riguardo, prescritta dal decreto ministeriale del 3 novembre 1989, non sia rigorosa e sorretta da adeguate garanzie tecnico-sanitarie, se soltanto si considera che, a norma del relativo articolo 4, comma 2, l'istanza di autorizzazione al trasferimento all'estero comporta necessariamente la proposta motivata di un medico specialista che, come meglio chiarito per i cittadini utenti dalla Carta dei servizi pubblici sanitari, recentemente pubblicata, deve riportare precisi riferimenti al paziente, alle diagnosi (con la cronistoria clinica), al tipo di intervento o di trattamento terapeutico da praticare, all'eventuale necessità del trasporto in ambulanza, di un accompagnatore, dell'impiego del mezzo aereo, e così via.

Sono proprio questi elementi sanitari a porre in grado di pronunciarsi motivatamente in materia il centro di riferimento regionale individuato da ciascuna regione per ogni branca specialistica, a norma dell'articolo 3, comma 1, dello stesso decreto ministeriale del 3 novembre 1989, quale unico organo tecnico legittimato a valutare la sussistenza dei presupposti tecnico-normativi dell'autorizzazione al trasferimento all'estero per cure.

In tal modo, gli stessi centri — quali organismi non di parte ed altamente qualificati sotto il profilo tecnico — per essere composti, per ciascuna branca specialistica, di personale medico specializzato di qualifica apicale dei presidi ospedalieri o dei policlinici universitari di riconosciuta competen-

za scientifica, lungi dal dover concedere, come sostenuto nell'interrogazione, un avallo spesso automatico, risultano pienamente in grado di compiere un'analitica ed approfondita valutazione di ciascun caso clinico loro sottoposto.

Risulta al Ministero della sanità che in tutte le regioni e province autonome si sia da tempo proceduto ad individuare tali centri regionali di riferimento nel rigoroso rispetto degli articoli 3 e 9 del decreto ministeriale del novembre 1989. Non dovrebbe porsi in alcun modo, quindi, un problema di reale attuazione e di corretta utilizzazione dei centri regionali di riferimento.

D'altra parte, anche per quanto riguarda l'ambito delle richieste di autorizzazione, non sono mancate, pur nel dovuto rispetto dell'autonomia delle regioni e delle unità sanitarie, opportune indicazioni da parte dei competenti servizi del Ministero della sanità che, conformandosi al parere espresso in materia dal Consiglio superiore di sanità, hanno ribadito l'orientamento contrario ai trasferimenti all'estero per le terapie sperimentali, lasciando invece ogni determinazione sulle autorizzazioni per visite diagnostiche o di controllo alle autonome valutazioni tecnico-sanitarie degli stessi centri regionali di riferimento, i soli in grado di analizzare l'effettiva necessità dei relativi trasferimenti alla luce di concreti criteri sanitari.

Quanto al problema degli effetti distorsivi eventualmente riconducibili a comportamenti deontologicamente riprovevoli, si ritiene che questi ultimi, quand'anche risultino dimostrabili, siano tali da incidere in egual misura sulle scelte terapeutiche degli utenti-assistiti del servizio sanitario nazionale, sia che eventualmente li indirizzino verso determinate strutture regionali (magari private) sia, viceversa, che li orientino verso centri esteri di altissima specializzazione.

D'altra parte, appare logico e ragionevole pensare che nella grandissima maggioranza dei casi l'assistito si induca al non agevole trasferimento all'estero soltanto per non avere trovato — o comunque ritenendo di non poter trovare — risposte adeguate ai propri bisogni terapeutici nelle strutture del Servizio sanitario nazionale più vicine ai propri luoghi di vita.

Proprio questo è l'ambito sul quale soprattutto si deve intervenire, in ciò concordando appieno con l'analogo auspicio espresso nel penultimo punto dell'interrogazione.

Non vi è dubbio, infatti, come da tempo sottolineato sia dai competenti servizi del ministero sia dal Consiglio superiore di sanità, che l'obiettivo primario da perseguire in questo campo nel modo più efficace è quello di assicurare uniformemente in tutte le zone del paese la maggiore circolazione possibile di informazioni documentate ed aggiornate sulle risorse assistenziali in materia sanitaria esistenti ed accessibili nel territorio nazionale.

Proprio perché consapevoli di questa esigenza, i competenti servizi del Ministero della sanità, in attesa dell'auspicata attivazione di un collegamento telematico in tempo reale fra i principali centri di alta specialità nazionali, ha inserito per i propri programmi di attività del corrente anno la fornitura a tutti i centri di riferimento regionali di un elenco generale dei centri italiani di alta specialità operanti nelle branche specialistiche autorizzabili in base ai decreti in vigore.

Per quanto riguarda infine l'ammontare annuo complessivo della spesa sanitaria inerente a tali trasferimenti di pazienti all'estero, premesso che il relativo onere è dell'ordine di 450 miliardi di lire, si precisa che i competenti servizi del Ministero della sanità stanno predisponendo in materia una specifica pubblicazione che dovrebbe essere disponibile fra non molto e che, doverosamente, non si mancherà di inviare all'onorevole Hüllweck.

Vorrei aggiungere che il problema sollevato dall'onorevole Hüllweck è estremamente doloroso, ha una granda rilevanza sociale e sta molto a cuore al Ministero della sanità. Uno degli obiettivi immediati che vorremmo proporci di risolvere in tempi brevi è l'abbattimento delle liste di attesa e il superamento del fenomeno della migrazione dei malati dal sud al nord e dall'Italia all'estero. Credo che adesso vi siano le premesse per risolvere tale problema, anche perché il nuovo sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie tende a far sì che le aziende ospedaliere si organizzino meglio

per non perdere finanziamenti. Si tratta di una spinta di tipo economicistico, ma anche di una motivazione importante per indurre le aziende in questione ad organizzarsi in modo migliore. Devo ribadire che molta migrazione dal sud verso il nord e all'estero è a mio avviso determinata dalla misconoscenza del nostro patrimonio nazionale. Molti interventi che si potrebbero brillantemente eseguire in Italia vengono attuati all'estero per cattiva informazione; a volte infatti i pazienti non conoscono quello che hanno in casa.

Questo è un grande problema. Dobbiamo creare una relazione più stretta tra i cittadini ed il servizio sanitario, affinché i primi siano adeguatamente informati. Credo che lo sviluppo della telematica e di altri sistemi potrà consentire al paziente ed anche al medico di base, che spesso non è adeguatamente informato, di ricevere informazioni in tempi molti rapidi. Tale aspetto rientra in un problema più generale, che riguarda la necessità di rivedere il capitolo dell'educazione medica. Sarebbe illusorio pensare che il sistema sanitario possa migliorare soltanto attraverso interventi di tipo economico relativi alle strutture; è infatti necessario incidere ancora di più sulla formazione continua del medico.

Il problema sollevato dall'onorevole Hüllweck, ripeto, è molto importante. Devo sottolineare che al riguardo il ministero ha assunto un grande impegno e sta studiando nei dettagli le norme necessarie a far fronte al fenomeno di cui si parla e a portare la nostra sanità ad un livello di prestigio internazionale. Ritengo infatti che il nostro patrimonio culturale meriti di essere valorizzato.

PRESIDENTE. L'onorevole Hüllweck ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-00333.

ENRICO HÜLLWECK. Signor Presidente, sono soddisfatto del metodo con cui il sottosegretario Condorelli ha risposto alla mia interrogazione, che si riferisce ad un aspetto deteriore e oserei dire delinquenziale. Mi permetto di affermare questo non tanto come deputato quanto come presidente di un ordine dei medici e responsabile della

federazione nazionale degli ordini dei medici; poiché parlo della mia categoria, quindi di me stesso, non credo di offendere nessuno.

Nella mia interrogazione ho sollevato l'aspetto di cui ho parlato proprio per stimolare una risposta in positivo sulla organizzazione del servizio sanitario. Il Governo ha correttamente colto il mio messaggio; infatti, non si tratta tanto di cercare una soluzione per comprimere *in loco* gli elementi negativi, quanto di tendere ad un miglioramento dell'organizzazione generale per far scomparire di morte naturale il fenomeno in questione. Il sottosegretario Condorelli ha giustamente risposto che il ministero sta cercando di riorganizzare in maniera corretta dal punto di vista distributivo l'assistenza nazionale. Poiché è noto che quando c'è più luce c'è meno attività delinquenziale, anche una corretta informazione può ridurre il fenomeno. Al riguardo occorre ricordare che purtroppo la sanità soffre, anche tra gli addetti ai lavori, di un fenomeno di mancata conoscenza. Purtroppo la nuova legge sulla pubblicità sanitaria se da un lato ha tentato di correggere alcune situazioni, dall'altro ha comportato un'ulteriore riduzione di informazione. Accade oggi che in molte occasioni non si conoscano le risorse sanitarie nell'ambito di una stessa regione.

Ciò detto, poiché la riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi non può essere attuata in breve tempo, dobbiamo rivolgere maggiore attenzione (mi auguro che il ministero insista su questo punto) al fenomeno del trasferimento all'estero di pazienti bisognosi di cure. Alcune centinaia di miliardi possono infatti non compromettere il bilancio nazionale, ma rappresentano comunque un *budget* abbastanza sufficiente per favorire eventuali atteggiamenti delittuosi. Non è vero che i centri regionali possono sempre controllare il corretto modo di porre le richieste. Prima di tutto perché la realtà regionale si burocratizza e tante volte si giunge semplicemente ad una approvazione automatica laddove la domanda sia stata fatta in modo sufficientemente mascherato. Spesso si registra l'intervento di medici stranieri in Italia che reclamizzano alcune terapie e fanno larvatamente capire che se un

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 LUGLIO 1995

cittadino si fa curare dal sanitario che ha invitato quel medico straniero in Italia, avrà più facilmente la possibilità di fare il viaggio all'estero. È vero che nessun cittadino si reca all'estero per diporto o per turismo, ma così facendo si crea una forma mercantile dell'assistenza sanitaria che colpisce soprattutto le fasce più credulone della cittadinanza, pronte a pagare molto per potersi curare e, in questo caso, a far sborsare allo Stato cifre rilevanti. Giustamente si fa presente che se questi cittadini fossero curati in Italia in modo altrettanto scorretto, probabilmente la spesa sarebbe simile. È pericoloso fare osservazioni del genere perché si potrebbe allora dire che se la differenza non è molta, tanto vale mandare i nostri cittadini all'estero a farsi curare. Il pericolo nasce dal fatto che si ingenera così una forma scorretta di assistenza sanitaria che si autoalimenta. Tra l'altro, così facendo, non si consente un corretto sviluppo dell'assistenza medica e tante volte si squalifica la nostra prestazione.

È vero che l'intervento può assumere risvolti deontologici, nel senso che anche gli ordini professionali potrebbero intervenire sui singoli medici, ma tutti sappiamo che l'ordine dei medici in Italia non è in grado di farlo ed è quindi necessario ricorrere alla legge per cercare di comprimere al massimo tutti questi fenomeni che creano un ulteriore sbocco alla cosiddetta malasanità.

Lo scopo finale della mia interrogazione è quindi quello di stimolare il Governo ad una migliore omogeneizzazione dell'assistenza sanitaria, a studiare formule per una migliore informazione dei medici e della cittadinanza, ma anche ad intervenire nell'organizzazione di queste strutture regionali e provinciali di controllo, affinché non si crei il cosiddetto *racket* della cura all'estero.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione Massidda n. 3-00555 sulle nomine dei dirigenti delle USL e delle aziende ospedaliere in Sardegna (*vedi l'allegato A*).

Il sottosegretario di Stato per la sanità ha facoltà di rispondere.

MARIO CONDORELLI, Sottosegretario di Stato per la sanità. Riguardo al grave pro-

blema della mancata nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere in Sardegna, oggetto dell'interrogazione degli onorevoli Massidda e Pinto, il Ministero della sanità deve rispondere basandosi in gran parte sugli elementi a suo tempo acquisiti dalle competenti autorità della regione attraverso la rappresentanza del Governo.

La legge regionale sulle norme di riforma del servizio sanitario regionale, attuativa del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modifiche ed integrazioni, ha potuto ottenere, come è noto, il visto di approvazione governativa soltanto il 24 gennaio 1995 per essere poi pubblicata nel bollettino ufficiale della regione il 2 febbraio successivo. La circostanza, quindi, che tale normativa, essenziale per l'attuazione delle citate disposizioni statali di riforma del Servizio sanitario nazionale, sia potuta entrare in vigore soltanto il 17 febbraio 1995, se di certo non ha contribuito ad agevolare le determinazioni della regione per le nomine dei direttori generali delle nascenti aziende sanitarie, d'altra parte costituiva già allora, di per sé, indizio significativo di una situazione di disagio organizzativo e decisionale delle autorità sarde nella specifica contingenza.

Altrettanto significativo è il fatto, a suo tempo appreso dalla rappresentanza del Governo in Sardegna, che il presidente della giunta regionale, reiteratamente interpellato sui tempi di dette nomine da parte dello stesso rappresentante del Governo su esplicito impulso del ministro della sanità e della Presidenza del Consiglio dei ministri, avesse ufficialmente assicurato per iscritto, fin dal 4 febbraio 1995, l'intendimento della giunta sarda di assumere subito dopo il 17 febbraio «tutti i provvedimenti di nomina, che faranno riferimento» — per citare testualmente le parole della risposta — «a criteri e modalità, allo stato pressoché elaborati, che saranno tempestivamente comunicati». Ciò perché, va precisato, con precedente telegramma del 12 febbraio a firma del ministro *pro tempore*, il ministero aveva inteso preavvertire lo stesso presidente della giunta regionale dell'intento del Consiglio dei ministri,

pur nel dovuto rispetto dell'autonomia della regione, di assicurare comunque la nomina dei direttori generali delle unità sanitarie e delle aziende ospedaliere, fondamentale ed assolutamente pregiudiziale per l'avvio dei rinnovati criteri di gestione delle strutture del Servizio sanitario nazionale, avvalendosi all'occorrenza dei «poteri sostitutivi» conferitigli dall'articolo 1 della legge 17 ottobre 1994, n. 590.

Non era certo casuale, quindi, che le autorità regionali fossero state invitate a provvedere al più presto a tale adempimento, rendendosi altrimenti inevitabile la designazione di un commissario *ad acta* da parte del Governo.

Il tempo, tuttavia, trascorreva invano, mentre ulteriori, serrati contatti del ministero con la regione servivano soltanto ad apprendere che tali nomine erano state finalmente inserite all'ordine del giorno dei lavori della giunta regionale, in un primo tempo per la riunione del 24 maggio e, successivamente, per quella del 28 marzo 1995. Tanto più sorprendente appariva, quindi, il telegramma del 5 aprile successivo, con cui il presidente della regione sarda rendeva improvvisamente nota l'impossibilità della giunta di provvedere alle nomine dovute a causa delle inadempienze degli amministratori straordinari uscenti nel completamento dei progetti di fusione delle preesistenti unità sanitarie locali.

Sopravvenuta tale comunicazione allorché era ampiamente decorso il termine ultimo per le stesse nomine, il Ministero della sanità (ai sensi dell'articolo 3, comma 6, del decreto legislativo n. 502 del 1992, come da ultimo modificato con l'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito nella legge 17 ottobre 1994, n. 590, «Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali») dopo aver nuovamente messo in mora al riguardo le competenti autorità regionali della Sardegna con altri telegrammi, del 5 e del 12 aprile 1995, fin dal 13 aprile successivo proponeva alla Presidenza del Consiglio dei ministri ed al ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali l'immediata attivazione del «potere sostitutivo» nei confronti della regione, con la conseguente nomina di un commissario

ad acta cui conferire il compito di dar corso agli adempimenti omessi dalla regione.

Nell'occasione, peraltro, il Ministero della sanità non mancava di sottolineare che, ai sensi dell'articolo 47 della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 — «Statuto speciale per la Sardegna» —, il presidente della giunta regionale sarda avrebbe dovuto, comunque, esser chiamato a partecipare alla specifica seduta del Consiglio dei ministri in cui fossero state discusse nomine comunque di interesse della regione.

Nella seduta del 22 aprile successivo il Consiglio dei ministri deliberava di avviare la procedura per la nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie della Sardegna avvalendosi dei «poteri sostitutivi» conferitigli dalla legge nei confronti delle regioni inadempienti.

Tale determinazione veniva ufficialmente notificata al presidente della giunta regionale della Sardegna con successivo telegramma del 24 aprile a firma del ministro della sanità, formulando ancora una volta alla regione formale «diffida» a procedere agli adempimenti dovuti entro il termine perentorio di quindici giorni dalla stessa data.

Scaduto invano, ancora una volta, tale termine che, peraltro, era l'ultimo concesso, nella seduta del 18 maggio 1995 il Consiglio dei ministri, su proposta del ministro della sanità, deliberava di nominare commissario *ad acta* presso la regione Sardegna, per il compimento degli atti necessari alla nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere della regione, il professor Pietro Ciarlo, docente ordinario di diritto costituzionale e preside della facoltà di giurisprudenza dell'università di Cagliari.

La nomina veniva poi formalizzata con decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1995, registrato dalla Corte dei conti il 24 giugno successivo.

Infine, con nota del 3 luglio scorso tale provvedimento è stato ufficialmente notificato alla regione Sardegna ed al professor Ciarlo, commissario *ad acta* nominato per ogni successivo adempimento di competenza.

Da notizie ufficiose da ultimo pervenute, tuttavia, risulta che frattanto la delegazione

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 LUGLIO 1995

regionale della Corte dei conti presso la Sardegna abbia negato la registrazione alle deliberazioni della regione dell'aprile scorso con cui erano state individuate le nuove aziende unità sanitarie locali previo accorpamento delle preesistenti unità sanitarie locali. Questo, come appare ovvio, pregiudica non poco la concreta possibilità del commissario *ad acta* di espletare per l'immediato il compito assegnatogli.

PRESIDENTE. L'onorevole Massidda ha facoltà di replicare alla sua interrogazione n. 3-00555.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor sottosegretario, mi ritengo insoddisfatto della risposta in quanto nella nostra interrogazione abbiamo evidenziato tutte le difficoltà incontrate dalla regione nella nomina dei commissari; nella premessa abbiamo infatti riassunto una serie di circostanze, non solo tecniche, che hanno fatto slittare queste nomine.

Voglio brevemente riassumerle prima di giustificare la mia insoddisfazione per tale risposta. Desidero ricordare che la graduatoria per la valutazione dei candidati, approvata all'unanimità, e quindi la nomina dei commissari delle aziende sanitarie locali, era già stata stilata il 21 marzo. Successivamente una serie di confuse ed aspre polemiche portarono addirittura alle dimissioni di due assessori tecnici, prima dell'assessore all'industria, dottor Farina, quindi di quello alla pubblica istruzione, dottoressa D'Arienza. Pur non essendovi alcun nesso con il problema delle USL, l'episodio fa capire quale battaglia politica si sviluppò tra i partiti all'interno della giunta.

A seguito di ciò la procura di Cagliari, nella persona del pubblico ministero Paolo De Angelis, avvertì l'esigenza di occuparsi della vicenda, aprendo un'inchiesta ed interrogando, in qualità di persona a conoscenza del caso, l'allora assessore Paolo Manca.

Proseguendo su questa strada, la regione non è riuscita a comporre i problemi interni, tanto che successivamente è intervenuta una crisi risolta con la formazione di una giunta mista di tecnici e di consiglieri regio-

nali. Nei giorni precedenti, infatti, era stata approvata una legge che aveva annullato l'incompatibilità tra la carica di consigliere e quella di assessore.

A parere nostro e dei cittadini il problema della nomina dei commissari rientrò in una battaglia interna alla maggioranza per operare una spartizione di tipo politico.

Come lei ha giustamente detto, signor sottosegretario, il tempo è trascorso invano, tant'è che oggi 21 luglio stiamo parlando di una vicenda di cui ancora non si intravede la conclusione.

Prima che intervenisse il Governo nella persona del ministro della sanità, il presidente del consiglio regionale, dottor Palomba, cercò di giocare d'anticipo, nominando dei commissari *pro tempore* nelle persone di amministratori in quel momento in carica, in violazione di una legge regionale. Esattamente il giorno dopo questa nomina forzosa arrivò invece la nomina del commissario *ad acta*.

Qual è il motivo della mia insoddisfazione? Non riesco ancora a capire l'inspiegabile esitazione del Governo nella scelta del commissario. Lei ha fatto riferimento a diverse richieste di slittamento motivate da problemi tecnici, ma esse, a parer nostro, non sono sufficienti a giustificare tale ritardo del Governo.

Fermo restando il rispetto nei confronti della persona del dottor Ciarlo, non riusciamo ancora a capire come mai il Governo, contraddicendo una prassi consolidata riferita a casi analoghi, abbia provveduto a conferire l'incarico ad una persona del tutto estranea al mondo della sanità e per di più legata al presidente della giunta dimissionaria da rapporti di consulenza.

Tra l'altro, vorremmo anche sapere — avendo la Corte dei conti negato la registrazione — se il commissario *ad acta* dottor Ciarlo abbia accettato l'incarico, perché ad oggi non ci risulta che lo abbia fatto, ed ancora se egli abbia ricevuto istruzioni rigorose e vincolanti per assicurare la formazione di graduatorie esclusivamente basate su titoli e competenze.

PRESIDENTE. Onorevole Massidda, la prego di concludere.

XII LEGISLATURA - DISCUSSIONI - SEDUTA DEL 21 LUGLIO 1995

PIERGIORGIO MASSIDDA. Chiediamo dunque che il Governo intervenga perché permanga un sospetto di malcostume politico sull'intera vicenda che può coinvolgere lo stesso esecutivo.

PRESIDENTE. È così esaurito lo svolgimento delle interpellanze e delle interrogazioni all'ordine del giorno.

Ordine del giorno della prossima seduta.

PRESIDENTE. Comunico l'ordine del giorno della prossima seduta.

Lunedì 24 luglio 1995, alle 17:

1. — *Interpellanze e interrogazioni.*

2. — *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 giugno 1995, n. 240, recante disposizioni urgenti per accelerare la liquidazione dell'Ente nazionale per la cellulosa e per la carta (2742).

— *Relatore: Acierno.*
(*Relazione orale.*)

3. — *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 giugno 1995, n. 261, recante disposizioni urgenti in materia di assistenza farmaceutica e di sanità (2810).

— *Relatore: Calderoli.*
(*Relazione orale.*)

4. — *Discussione del disegno di legge:*

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 luglio 1995, n. 287, recante misure straordinarie ed urgenti in favore del settore portuale e delle imprese navalmeccaniche ed armatoriali (2908).

— *Relatore: Sparacino.*
(*Relazione orale.*)

La seduta termina alle 10,25.

IL CONSIGLIERE CAPO
DEL SERVIZIO STENOGRAFIA
DOTT. VINCENZO ARISTA

L'ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DOTT. PIERO CARONI

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 13,30.*