

**La seduta comincia alle 11,05.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Seguito dell'audizione del ministro della sanità, Girolamo Sirchia, sulle linee programmatiche del Governo in materia sanitaria.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, il seguito dell'audizione del ministro della sanità, professor Girolamo Sirchia, sulle linee programmatiche del Governo in materia sanitaria.

Essendo numerosi i colleghi che hanno preannunciato di voler intervenire, la presidenza, d'accordo con i rappresentanti dei gruppi, ha stabilito che nella seduta odierna si procederà dapprima allo svolgimento di un intervento per ciascun rappresentante e successivamente con gli altri interventi, che si auspicano più brevi, allo scopo di mantenere la discussione nei limiti di tempo previsti.

ROSY BINDI. Dedico pochi minuti del mio intervento a rimarcare ancora una volta la scorrettezza del comportamento del ministro, non sotto il profilo della cortesia, bensì sotto quello istituzionale.

Non posso non farlo in quanto a tutt'oggi non disponiamo ancora di un documento del ministero sul programma e sulle linee progettuali del Governo in materia sanitaria e, inoltre, dopo l'affronto che abbiamo subito durante l'ultima riunione della Commissione, sono accaduti altri fatti spiacevoli, sempre naturalmente in occasione di interviste: quella concessa a *Il Sole 24 ore* deve essere considerata una sorta di interpretazione autentica delle parole che il ministro ha pronunciato durante la sua audizione, perché è molto più chiara del suo intervento. Sul *Corriere della Sera* di ieri il ministro poi si affidava nuovamente ad un'intervista — senza averlo fatto in Commissione — per parlare delle sue intenzioni in uno dei settori più importanti e delicati della sanità. Mi riferisco al capitolo riguardante i temi eticamente sensibili e in particolar modo alle intenzioni del ministero sulla fecondazione assistita. Non voglio entrare nel merito, ma non posso non denunciare la gravità del tentativo del ministro di sottrarsi, in sede di audizione, ad un confronto con il Parlamento, rinviandolo invece ancora una volta nelle sedi della grande comunicazione nazionale.

Tale atteggiamento sconcerata e rimarca ancora una volta un comportamento istituzionale inaccettabile da parte di tutto il Governo. Nel denunciarlo, voglio porgerle un invito: diteci davvero che cosa volete fare. Dalle sue parole, signor ministro, e dall'unico documento scritto disponibile, la *brochure* consegnata ai giornalisti in conferenza stampa, non siamo ancora in grado di capire che cosa accadrà alla sanità italiana, sia per le contraddizioni tra le varie componenti del Governo, sia per quello che si dice fuori ma non qui, sia

per gli annunci di oggi sulla stampa, che fanno riferimento ad un provvedimento di urgenza che non attuerebbe solo misure di contenimento della spesa farmaceutica ma che accelererebbe fortissimamente già da ora alcuni elementi di riforma (in particolare quelli legati alla cosiddetta *devolution*).

C'è confusione nella maggioranza: ci sono presidenti di regione del Polo che auspicano un referendum confermativo delle norme modificate del titolo V della Costituzione; un presidente di una regione meridionale del centrodestra è preoccupato che la *devolution* tocchi i temi della sanità e della scuola (mi riferisco al presidente della Calabria); c'è una seria disamina compiuta dall'assessore alla sanità della Liguria (non si sa su quale testo o su quali intenzioni del ministro ) che non conferma alcune parti di quelle che sono definite scelte strategiche o orientamenti etici del ministero.

Il trucco c'è e si vede, signor ministro. Se infatti si usano i trucchi e si è in troppi a maneggiarli, o il burattinaio sta da un'altra parte, l'impressione che si riceve è che la politica sanitaria non appartenga più al Ministero della sanità, bensì a quello delle riforme o del tesoro. Avevamo fatto una grande fatica per riportare le scelte della politica sanitaria nella sede propria, ma sembra che questa sia una stagione ormai superata. La causa di ciò non è la presenza di un tecnico a capo del dicastero, il quale ha dimostrato sempre sensibilità politica (provenendo da un'esperienza di assessorato), ma è evidentemente la mancanza di coraggio nell'affermare che cosa si vuole fare veramente, sebbene si sappia che lo si farà come lo si evince dalle tante contraddizioni emerse dal contenuto del DPEF e dalle sue parole in Commissione.

Il trucco c'è e si vede. Un ministro infatti non può venirci a dire che la spesa sanitaria italiana, o meglio il suo finanziamento, è inferiore a quello di altri paesi, senza però spendere una parola sugli stanziamenti previsti nel DPEF. Non so se il ministro conosce il parere di minoranza che abbiamo presentato su

quel documento, dove è dimostrato con chiarezza che per i prossimi anni il finanziamento pubblico non sarà tendente all'8 per cento, come avviene mediamente negli altri paesi europei, ma scenderà piuttosto dal 5,7 al 5,4 per cento. Il Governo allora deve avere il coraggio di affermare che, mentre dichiara di perseguire una forte crescita del paese, compie scelte strategiche che mortificano e ridimensionano fortemente, quasi in una sorta di controriforma, tutti i grandi settori di solidarietà pubblica.

Le parole sull'integrazione socio-sanitaria indicano nobili intenti, ma senza che per essi ci sia un riscontro nel DPEF: i finanziamenti per la sanità infatti diminuiscono, e non c'è alcun stanziamento nel settore sociale. Cosa dovremmo fare allora? Forse proporle un'intervista? In quel caso, per uno dei capitoli dell'integrazione socio-sanitaria, gli anziani, potremmo avere una risposta in cui si afferma chiaramente ed esplicitamente di volere la creazione di una assicurazione obbligatoria per la vecchiaia. Vorremmo capirne di più, perché non è sufficiente un generico riferimento alla Germania, che è provvista di un sistema sanitario del tutto diverso dal nostro. Non si capisce allora come si possa fare riferimento in modo automatico a quel modello e compiere una scelta — che è coerente per quel paese — ma che da noi potrebbe rappresentare un primo elemento di scardinamento del sistema. Mentre infatti il decreto legislativo n. 229 del 1999 prevedeva fondi per l'integrazione socio-sanitaria della vecchiaia, da parte vostra invece si dispone in definitiva una vera e propria assicurazione obbligatoria sostitutiva in uno dei settori più delicati. E così, mentre si annuncia un rilancio dell'integrazione socio-sanitaria, in verità la si abbandona nelle mani di una forma di assicurazione obbligatoria compiuta dal singolo.

Il trucco esiste anche nel dilemma: controriforma o continuità con un sistema universalistico e solidaristico? Il ministro dichiara che il sistema non può essere smantellato nei suoi principi, ma la *devolution* di cui si parla è di tale portata da

considerare doveri etici quelli che implicano una responsabilità nella spesa, nel finanziamento, nella organizzazione, nella gestione, nella verifica dei risultati e nella loro comunicazione ai cittadini.

Quale sarebbe lo strumento in possesso del ministero, del Governo e del Parlamento per assicurarsi che la piena autonomia nella spesa, nel finanziamento, nell'organizzazione e gestione, nella verifica dei risultati e nella loro comunicazione ai cittadini non costituisca la via di smantellamento del sistema, laddove le maggioranze politiche o le indisponibilità finanziarie vogliano o obblighino al cambiamento del sistema stesso? Dove risiederebbero le garanzie?

Nelle interviste — alle quali affidiamo la funzione di interpretazione autentica del pensiero del ministro — si dice chiaramente che il buono salute è una « tecnicità » da affidare all'autonoma scelta della regione. Diteci che cosa è, secondo la vostra opinione, il buono salute perché, per quanto possiamo capire, esso non è una « tecnicità », ma un modo diverso di organizzare il finanziamento e l'erogazione dei servizi sanitari: rappresenta la strada per lo smantellamento del sistema universalistico e l'abbandono del sistema di finanziamento tramite la fiscalità generale, che è la formula più solidaristica ed universalistica che esista.

Che destino subirà il fondo di perequazione nazionale, tanto più che nel Documento di programmazione economico-finanziaria, come abbiamo sottolineato nel nostro parere di minoranza, si legge chiaramente ed esplicitamente che ci sarà un cambiamento dei tributi ai quali accedere per la compartecipazione? Il passaggio dall'IRAP all'IRPEG aumenta fortemente il divario tra le possibilità di finanziamento delle varie parti del territorio. Ecco perché diciamo che il trucco c'è e si vede. Si abbia il coraggio di dichiarare che si è intrapresa la via del federalismo di abbandono e che non avendo la possibilità ed il coraggio di compiere una forte scelta nazionale di scardinamento del sistema, la si affida ai percorsi regionali; ma poi leggiamo interviste rilasciate dai « falchi » della maggio-

ranza, come l'assessore regionale della Liguria, che chiede come sia possibile — dal momento che l'organizzazione sanitaria è un fatto nazionale — concedere autonomia di modelli organizzativi alle regioni. Attenti, perché una cosa è ciò che si scrive e ben altra è il modello organizzativo, ma in realtà si pensa di imporre un modello molto distante da quello che ha consentito in questo paese l'affermarsi di un sistema sanitario che l'Organizzazione mondiale della sanità colloca al secondo posto. Questi aspetti non sono stati chiariti dalle sue parole ma sono evidenti dalle contraddizioni che emergono dai vari documenti. Denunciamo, anche se siamo alla vigilia della pausa estiva — e soprattutto se si annunciano davvero provvedimenti d'urgenza — che questa maggioranza ha intrapreso la strada dello smantellamento del sistema universalistico. Non condurremo la nostra opposizione solo nella sede parlamentare, ma andremo oltre.

Ci sono poi anche alcuni aspetti di dettaglio, che non possiamo non sottolineare.

Come può il ministro di un Governo, che a tutt'oggi tiene sulla corda il paese e persino la Presidenza della Repubblica riguardo ad indagini conoscitive o Commissioni di inchiesta su giornate che ci hanno esposto alla vergogna internazionale, chiedere al Parlamento una Commissione di inchiesta sugli sprechi nella sanità? Signor ministro, noi chiediamo che il suo ministero sia in grado di dimostrarci l'entità degli sprechi nel settore sanitario e poi decideremo, autonomamente, di varare le Commissioni di indagine o di inchiesta, anche sulla capacità o meno del ministero stesso di individuare gli sprechi e di combatterli; ci preoccupa, a causa di ciò che leggiamo ed ascoltiamo, che questo possa accadere davvero. In un sistema improntato alla più selvaggia *devolution*, si improvvisano commissioni nazionali presso il ministero conferenze dei servizi, tavoli di lavoro, che dovrebbero decidere anche di riconvertire il singolo ospedale o quale reparto chiudere perché rappresenterebbe una sorta di duplicazione nei grandi centri: ministro, sono anni che tali decisioni

non vengono più prese da Roma. Secondo una sana visione di federalismo, lo Stato centrale può sempre esercitare poteri sostitutivi che sono, ad esempio, espressamente previsti dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Ma allora non si dice niente di nuovo, perché il « tavolo » di cui al citato decreto o la commissione finanziamenti per le grandi città sono realtà già esistenti. Nel Documento di programmazione economico-finanziaria manca la previsione delle risorse per le strutture delle grandi città, per la riconversione delle strutture sanitarie e per la loro razionalizzazione e giusta utilizzazione. Bisogna risalire al ministro Donat Cattin per rintracciare le intenzioni della riconversione delle strutture per acuti verso la lungodegenza; forse è stata la carenza di finanziamenti che in questi anni ha costretto ad usare quelle risorse sia per la qualificazione dell'alta specializzazione per le fasi acute, sia per le fasi di lungodegenza. Tutto ciò ci lascia molto perplessi e certamente sarà necessario approntare una verifica. È questo il federalismo? Non mi illudo: non penso che si tratti di un tradimento del federalismo e credo che siamo solo in presenza di uno strumento inefficace ed inopportuno.

C'è un altro punto che vorremmo ci fosse chiarito: il ministero non compie attività di informazione ai cittadini (sarebbe suo dovere), che è invece affidata ad un ente privato ed addirittura sponsorizzata da coloro i quali dovrebbero essere all'origine di quelli che il ministro segnala come sprechi. Ministro, trovo che lei riveli una mentalità di tipo assicurativo quando pone sullo stesso piano certi sprechi nell'acquisto di beni e servizi e l'obesità, il cattivo comportamento alimentare o gli incidenti stradali: infatti, le assicurazioni stabiliscono che se si guida troppo velocemente si è causa del proprio incidente e dunque non è possibile risarcire tutte le cure necessarie; oppure, per fare un altro esempio, le agenzie di assicurazione non indennizzano completamente le cure per il tumore ad un fumatore, con la giustificazione che egli stesso è causa del proprio male. Con il piano sanitario 1998-2000

cominciammo ad introdurre la prevenzione e l'educazione agli stili di vita, ma certamente non considerandoli dal punto di vista delle assicurazioni, cioè con una mentalità all'insegna della responsabilità in negativo nella fase delle cure. Al contrario, ciò si evince anche dalle parole del ministro durante l'audizione precedente. Che cosa diventeranno questo ministero ed il compito di informazione ai cittadini, specialmente se si affida quest'ultimo ad un ente sponsorizzato e finanziato da privati che, forse, sono tutt'altro che interessati ad una corretta domanda di servizi? Essi sono maggiormente interessati ad una aggressiva offerta nei confronti degli utenti e dei cittadini. Il rapporto tra pubblico e privato è regolato in tutto il mondo dalle norme dell'accreditamento, che ora sono scomparse. O si assicura un futuro ad un lavoro già intrapreso dai Governi precedenti con iniziative (provvedimento già all'attenzione della Conferenza Stato-regioni) oppure deve dichiarare esplicitamente che si è favorevoli ad un rapporto competitivo (non di tipo manageriale ma addirittura imprenditoriale) persino negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. La parola imprenditoriale indica che c'è profitto e c'è perdita. Cosa vuol dire ciò? Dove si porteranno i libri degli IRCCS - gestiti in maniera imprenditoriale, in un rapporto con il privato selvaggio e senza regole - se al Rizzoli o allo Spallanzani (a proposito di nomine) dovesse verificarsi quello che è successo nell'ultimo ospedale pubblico di Washington (il ministro avrà letto le cronache delle chiusure dell'ultimo ospedale pubblico negli Stati Uniti d'America)? Tutto ciò è compreso nel trucco che c'è e che si vede.

Inoltre, il ministro non ha detto nulla riguardo alla libera professione dei medici, argomento invece citato in numerose interviste (anche nell'ultima è che stata rilasciata dopo l'audizione svoltasi senza ascoltare i nostri interventi). La legge ed il contratto stabiliscono chiaramente che l'attività libero-professionale è proporzionale all'impegno del professionista e della struttura ad abbattere liste di attesa.

Credo che sia quanto mai ipocrita definire iniquo il sistema perché, nell'ospedale pubblico, ci sarebbe chi paga e chi non paga (subendo così una lunga lista d'attesa) ed attribuire tale iniquità alla legge e non alla sua - voluta - cattiva interpretazione (soprattutto laddove non c'è una disponibilità politica nei confronti di questo provvedimento). Il ministro sa che prima ci si recava altrove per ottenere alcune prestazioni a pagamento, senza regole né nelle tariffe né per quanto riguarda la sicurezza. Si sapeva perfettamente che era così, come si sa perfettamente che così tornerà ad essere. Ho ben chiaro che imprenditori privati, nel nostro paese, hanno investito nel settore della sanità e soffrono nel vedere che il settore pubblico è stato in grado competere anche nell'erogazione di servizi privatistici. Se si vuole favorire una vera competizione tra pubblico e privato, è necessario comprendere che l'attività libero professionale *intra moenia* dei medici costituisce una grande prova per un privato che deve sapersi confrontare con un settore pubblico in grado di fornire servizi di natura privatistica, fermo restando che l'equità del sistema, la lettera e lo spirito della legge e del contratto affermano chiaramente che ogni professionista contratta, con il direttore della propria azienda, la propria attività libero-professionale nella misura del suo impegno ad abbattere le liste di attesa. Questo stabilisce la legge: non bisogna restituire privilegi, ma regolare la corretta applicazione della norma.

Riguardo a ciò chiederemo, come deputati del gruppo della Margherita (e, mi auguro, in quanto coalizione dell'Ulivo), una indagine conoscitiva parlamentare e inviteremo innanzitutto il ministero a fornirci i dati; restituire il privilegio sotto il nome della liberalità non è intellettualmente ed eticamente corretto e soprattutto non serve al sistema, il quale certamente ha bisogno di maggiore equità ma non di tornare indietro rispetto a scelte strategiche che, laddove sono state correttamente applicate, dimostrano di poter soddisfare quel bisogno. Non mi pare che Bolzano abbia dimostrato una vocazione statalista:

queste regole esistono da sempre in quella città, funzionano benissimo e lentamente è andato scomparendo il doppio binario; si tratta di un aspetto sul quale chiediamo una informazione corretta.

Esiste anche un altro tema che si esplicita in modo chiaro: la fine della contrattazione nazionale. Noi non siamo i difensori della rigidità normativa dell'impiego pubblico: siamo per l'introduzione della flessibilità, di spazi regionali ed aziendali sempre più ampi. L'ordinamento del personale del Servizio sanitario nazionale non può non regolarsi però anche con il contratto: la fonte del diritto del lavoro, pubblico e privato, è la legge, ma insieme al contratto. Negarlo rappresenta un altro segnale contro l'equità e la solidarietà del sistema. Signor ministro, ha ascoltato i sindacati, le regioni, gli ordini dei medici e dei professionisti? È proprio sicuro che i medici che fondano una associazione per la difesa del Servizio sanitario nazionale apprezzino la sua strategia? Ha letto le interviste di Chiaravalloti e di Enzo Ghigo? Una certezza è condivisa nel mondo sanitario: le cose non si dicono ma si fanno, al Tesoro e durante le cene dove si siglano i patti sopra la testa dei cittadini, ed anche dei ministri.

Signor ministro, ci parli degli sprechi; altrimenti presenteremo un'interrogazione *ad hoc*. Quanto è costato il trasferimento di due direzioni generali del ministero, in particolare per quanto riguarda l'informaticizzazione? Quanto costa la *task force* che è stata introdotta? Qual è il valore del contratto del suo addetto stampa? Durante i Governi del centrosinistra gli addetti stampa erano inquadrati al VII livello della pubblica amministrazione. Vogliamo conoscere tutto ciò, anche perché le conferenze stampa risultano essere più importanti delle audizioni parlamentari.

GIULIO CONTI. Vorrei parlare anzitutto di cose concrete, come ha fatto l'onorevole Bindi, per poi esaminare il tema della *devolution*, che ritengo sia un argomento difficile da trattare.

Il *bonus* salute è il cavallo di battaglia usato dalla sinistra per dimostrare la vo-

lontà del ministro di giungere alla eliminazione del piano sanitario nazionale - preparato nella precedente legislatura dall'onorevole Bindi - e del fondo sanitario nazionale. Vorrei sapere allora dal ministro in quale parte della sua relazione è descritta l'introduzione del *bonus*. Io non sono riuscito a trovarla, come ho fatto notare anche durante la conferenza stampa degli onorevoli Bindi e Cossutta, che ha fatto seguito a quella del ministro che era stata interrotta. Si discuta allora sull'introduzione del *bonus* avvenuta in Gran Bretagna qualche anno fa, riguardante la medicina di base e dello stesso valore di quello per i libri di testo, che, tuttavia, non andò molto bene, tanto che si decise di riconsiderare la questione. Opportunamente il ministro non ha accennato a tutto ciò nella sua relazione e sta facendo le sue valutazioni. È naturalmente interessante esaminare il significato del *bonus* e il tipo di sanità a cui applicarlo. Non credo, ad esempio, che si possa affrontare un grande intervento chirurgico con la sua singolarità e specificità, utilizzando un tale strumento che, semmai, dovrebbe essere limitato ad alcune patologie ed essere collegato alla definizione dei prezzi dei farmaci e del costo della medicina di base. Abbiamo l'esigenza di ampliare la discussione, senza però arrivare ad affermare, come ha fatto l'onorevole Bindi, che, siccome in una intervista si è parlato di *bonus*, da ciò discende la volontà della maggioranza di smantellare il sistema sanitario. Questo deve essere un campo dove le opinioni si confrontano, tenendo conto anche delle diversità presenti all'interno della maggioranza.

Secondo alcuni, il *bonus* significherebbe l'abbandono del valore universale dell'assistenza, che vede gli stessi diritti di accesso per tutti. Ma nella relazione del ministro non si afferma questo, e non riesco a trovare le parole di cui lei, onorevole Bindi, parla, sebbene affermi di averla letta parecchie volte. Dove è stato scritto questo grande concetto che la destra ha sempre comunque difeso e che ora la maggioranza vorrebbe eliminare con un colpo di spugna? Anzi, è stata la sinistra

a dare il primo colpo ai livelli uniformi di assistenza, attraverso il ministro Bindi, che li ha chiamati « equivalenti » ed in tanti altri modi, dichiarando in questo modo che il sistema non era più uniforme.

MAURA COSSUTTA. « Essenziali ed uniformi ».

GIULIO CONTI. In tre finanziarie consecutive, introducendo il concetto di insegnamento ministeriale alla pratica medica, è stata cancellata l'idea di universalità della medicina. Mi riferisco ai progetti per assistere il paziente che erano distribuiti dal ministero ai medici - le cosiddette linee guida -, che rappresentano la negazione del sistema universalistico della sanità e che tolgono al medico la libertà di scegliere la terapia, la medicina e il tipo di cura e di assistenza. È stato un grave attacco alla libertà di cura, alla sanità, alla libertà del medico - come afferma il nostro ministro - di essere riconosciuto come primo interprete della malattia. Cari amici della sinistra, la prima vittima non è stata la struttura, come tante volte ci avete detto, bensì il malato che cerca di risolvere il suo problema con il medico che rappresenta appunto il primo interprete della sua malattia. E non si tratta di un modo diverso di concepire la libera professione; quella per contrattazione - rammento che non sono liberista - di quale libertà gode? Per favore, spiegate-melo.

L'ex ministro Bindi ha insistito molto su questo concetto: la libera contrattazione per la libertà della professione. Sembra quasi il rapporto tra il giocatore di calcio, la squadra e l'intermediario: qualcuno deve necessariamente soccombere. Quale libertà esiste allora, al di là del tentativo - essendo il risparmio di spesa nei bilanci delle ASL il fondamento del decreto legislativo n. 229 del 1999 - di risparmiare sempre e comunque, determinando un abbassamento della qualità?

È insomma un problema di difficile soluzione, anche per il ministro Sirchia. Ma non si può partire da un principio che abbatte la libertà del medico obbligandolo

ad una scelta, sì che chi esercitava una libera professione in altro ambito preferiva andarsene piuttosto che rimanere nel Sistema sanitario nazionale, il quale riduceva la qualità della prestazione offerta. Il problema quindi è molto più ampio di quello che è apparso durante questa polemica audizione, e sicuramente avrà effetti sulla spesa, visto che abbiamo sentito parlare di assicurazioni, di *bonus*, di contrattazione e così via.

Ma non si tratta solo di un problema di spesa; se così fosse, sarebbe importante valutare le opinioni del ministro Sirchia sulle scuole di specializzazione degli infermieri. L'obiettivo di trasformarle in facoltà universitarie garantisce una prestazione di qualità o piuttosto soddisfa solo la demagogia sindacale? Vorrei infatti sapere quale trattamento economico avranno questi laureati. Parliamo allora anche di questa spesa, sebbene non sia stata citata dal precedente ministro. Il professor Sirchia è il primo ministro, da sette anni ad oggi, a dire che il rapporto tra spesa sanitaria e PIL è basso (gli osservatori di sinistra hanno trascurato tale affermazione) ed ha chiesto di aumentarlo, ritenendolo comunque uno tra i più bassi a livello europeo. Ha aggiunto che gli stanziamenti previsti per la sanità sono da incrementare: se questa è una falsa affermazione di principio, allora lo è anche tutto il resto. Insomma, eviterei di ricorrere alla *verve* propagandistica e di partito, e cercherei di volare più in alto.

D'altro canto, le osservazioni sul fumo, sull'obesità e sui costi di questi fenomeni sociali erano già contenute nel Piano sanitario nazionale vigente, presentato dal centrosinistra. Non si diceva però che il fumo genera un costo enorme per il danno sociale provocato dai tumori; se ora il ministro Sirchia lo dice, egli diventa un nemico del Sistema sanitario nazionale. Mi sembra una contraddizione eccessiva; semmai l'osservazione avrebbe dovuto essere di tipo diverso: per risolvere il problema sarà necessario molto tempo. L'educazione sarà uno strumento utile per ottenere buoni risultati, anche se a lungo termine. Si tratta quindi, di un'altra verità

che noi affermammo anche quando fu presentato il vostro Piano sanitario nazionale delle utopie.

La Commissione parlamentare di inchiesta sugli sprechi è necessaria, signor ministro. Gli sprechi ci sono stati e ci saranno, ma l'ex ministro Bindi, e tutti i ministri della sinistra, hanno negato qualsiasi possibilità di controllo: hanno eliminato anche quel barlume di controllo rappresentato dalle tre o quattro persone che davano vita ad una sorta di *task force*.

Questa *task-force* di controllo la possiamo anche chiamare commissione di inchiesta oppure dipartimento deputato a fare ciò; il decreto legislativo n. 229 del 1999 non dà indicazioni ma credo che sia necessario esercitare i poteri sostitutivi del ministro nei confronti degli assessori in modo da controllare l'operato delle regioni, perché in questo consiste il federalismo.

Negli Stati Uniti, nazione che sia la Lega nord che le sinistre richiamano sempre, esiste un sistema di controllo nei confronti degli Stati federali; alcuni referendum hanno regolato l'uso delle droghe leggere, soprattutto in California: per legge federale, è possibile fumare nella propria abitazione le droghe leggere. Questa è stata la risposta degli Stati Uniti, cui ci riferiamo sempre quando ci fa comodo.

Ritengo che sia necessario affrontare il tema del controllo della qualità, della spesa, del deficit che le regioni accumulano, la cui responsabilità deve essere assunta dal ministero. In caso contrario, sarebbe giustificata la polemica avanzata dalle sinistre quando dicono che questo ministero doveva essere accorpato a quello delle politiche sociali; a mio parere si sarebbe compiuto un errore culturale enorme, vergognoso, un affronto a tutta la classe medica. La nota marxista di quella riforma consiste nella prevalenza del sociale sul sanitario. Avrei accentuato maggiormente il riferimento del ministro — che deve tenere conto della situazione politica generale — al fatto che il settore sociale e quello sanitario appartengono a due piani diversi, anche e soprattutto sotto il profilo della spesa. Le residenze sani-

tarie per anziani sono diverse se rispondono ad esigenze sanitarie oppure di convalescenza: in quest'ultimo caso si tratta di una spesa sociale e non sanitaria. I colleghi della sinistra lo dovrebbero comprendere, ma per loro - dopo decine di anni di educazione alla Ho Chi Min - è difficile capire che la realtà è molto diversa. C'è un grosso sforzo da compiere, cosa che il centrodestra non ha bisogno di fare. Scusate l'ironia, ma ho voluto alleggerire il clima del dibattito, in cui sembra di celebrare il funerale del Servizio sanitario nazionale. Non credo che sia così e per dimostrarlo ho proposto argomenti a nome del mio gruppo e della Casa delle libertà.

Credo che, soprattutto nel campo della sanità, sia necessario un forte controllo del territorio, che lo Stato deve garantire, a favore del quale dovrebbero schierarsi tutti i difensori del federalismo, proprio per non farlo fallire. Non è in atto il tentativo di smantellare il Servizio sanitario nazionale - come dice qualcuno - ma quello di far fallire l'accordo elettorale che la Casa delle libertà ha stipulato (anche chi non ne era molto convinto), fallimento che si verificherà se non si individuerà un sistema di controlli in campo sanitario. La sinistra ha criticato fortemente il progetto elettorale che abbiamo proposto agli elettori, attaccando il ministro quando ancora non era in condizioni di poter riferire alla Commissione.

Ritengo sia necessario rivedere il problema della certificazione di qualità, sulla quale si è molto ironizzato. È difficile sapere chi è competente a produrre la certificazione; probabilmente non lo è neppure il direttore generale della USL, come ha - mi pare - stabilito l'ex ministro Bindi: pensate che controllo di qualità può compiere la USL su se stessa).

Inoltre, credo sia necessario modificare il provvedimento sugli IRCCS, perché il ministro deve assumere non solo una funzione di amministrazione del comparto sanitario, ma anche quella di governo della ricerca medica, ospedaliera e post malattia sul paziente e anche sui farmaci che vengono assunti e, talvolta, sperimen-

tati. Termino il mio intervento, anche se avrei molte altre questioni da sottoporre all'attenzione della Commissione e del ministro.

**PRESIDENTE.** Invito gli onorevoli colleghi a contenere i tempi dei propri interventi per consentire di parlare a tutti coloro che intendano farlo.

**GRAZIA LABATE.** Oggi, finalmente, riusciamo ad affrontare nel merito la relazione che il ministro Sirchia ci ha sottoposto. Ovviamente, non possiamo non stigmatizzare che il modo in cui si è svolta la presentazione di questa relazione in Commissione (a mio modo di vedere probabilmente per un calcolo sbagliato dei tempi), ha recato offesa non solo ai membri della Commissione affari sociali ma, credo, alle buone regole di comportamento istituzionale tra Parlamento e Governo. Abbiamo assunto la decisione di sottoporre al Presidente della Camera e al ministro per i rapporti con il Parlamento non semplicemente il fatto che un ministro della Repubblica possa tenere conferenze stampa sulle linee programmatiche del ministero: ci è parso assai singolare che, non avendo noi ricevuto un testo base (a volte, quando si ascolta, le parole sfuggono), esso sia stato invece predisposto per la stampa parlamentare; la ristrettezza dei tempi di quella giornata ha messo in evidenza che, in sede di audizione parlamentare, occorre anche programmare il proprio tempo in modo da consentire il dibattito con i commissari. Abbiamo assunto le nostre determinazioni, interpellando il Presidente della Camera ed il ministro per i rapporti con il Parlamento perché riteniamo molto importante la discussione nel merito delle linee strategiche in materia di politica sanitaria.

Ho letto con molta attenzione le proposte del ministro Sirchia e vorrei esaminare i suoi famosi cinque obiettivi cardine: chi potrebbe non condividerli? Saremmo stolti nel contestare quegli obiettivi, laddove parliamo del mantenimento del carattere universalistico e solidaristico del sistema; saremmo stolti se pensassimo che

al centro delle politiche sanitarie non debba esservi il cittadino: da anni e anni combattiamo contro l'autoreferenzialità del sistema. A maggior ragione un ministro della sanità, laddove voglia verificare l'andamento della politica sanitaria, deve scegliere un *focus* che non può che essere il cittadino. Saremmo stolti a non considerare che il nostro sistema ha bisogno di un maggiore finanziamento, riguardo al quale vorrei richiamare l'attenzione del ministro e dei colleghi.

Sono molto preoccupata, perché è evidente che il nostro paese si attesta sotto il tasso medio europeo di incidenza della spesa sanitaria sul PIL: oggi, in Europa, questo tasso si assesta intorno al 7,4 per cento. Vorrei ricordare che, senza deflettere dalle responsabilità dei Governi precedenti, con l'azione difficile degli anni 1997, 1998 e 1999 di risanamento della finanza pubblica, con tutte le azioni di contenimento che abbiamo esercitato, ci siamo attestati intorno al 5,7 per cento del prodotto interno lordo. Eravamo consapevoli di collocarci al di sotto della media europea, ma altrettanto consapevoli che una popolazione che invecchia, che vive più a lungo, che soffre di patologie croniche degenerative, richiede un'offerta in termini sanitari e sociali del sistema che certamente impone, qualunque sia il colore di un Governo, una capacità redistributiva in termini di servizi e prestazioni adeguata alle dinamiche sociali che evolvono. Non si tratta della volpe sotto l'ascella dell'opposizione, poichè credo che anche il dibattito tra opposizione e maggioranza debba svolgersi attenendosi al merito delle questioni e evitando contrapposizioni ideologiche che, in materia di sanità, non dovrebbero mai esistere; su un diritto costituzionalmente protetto come quello alla salute credo che un confronto viziato dall'ideologia non ci porti da nessuna parte.

Vi è un punto sostanziale: ho letto con attenzione il Documento di programmazione economico-finanziaria e mi sono resa conto, non solo dalle affermazioni ma anche dalle tabelle allegate, che quel documento attesta il rapporto tra la spesa

sanitaria e PIL al 5,4 per cento. Ministro, richiamo la sua attenzione riguardo a ciò, perché davvero non capisco: lei afferma, in modo condivisibile, che bisogna incrementare le risorse, cercando di fissare il traguardo della media europea. Intanto però, le linee strategiche economiche e finanziarie complessive del Governo ci portano ad una riduzione. Leggo che le regioni hanno posto al Governo il problema che il fondo sanitario 2002 si attesti intorno ai 150 mila miliardi; oggi, il presidente Ghigo afferma, dalle pagine di un quotidiano autorevole come *Il Sole 24 ore*, che c'è una disponibilità del Governo ad incrementare, a partire dal 2002, questo fondo.

Inoltre, trovo nelle sue proposizioni l'affermazione che bisogna colmare il divario tra nord e sud: siamo tutti consapevoli che tale divario risiede soprattutto in una storica disegualianza di dotazioni strutturali, che rende una parte del paese più evoluta ed un'altra parte che, nonostante le politiche di investimento nel settore sanitario di tutti questi anni (addirittura a partire dalla legge del 1967), non tiene il passo con l'evoluzione di una dinamica di investimenti in strutture sanitarie, non solo ospedaliere ma territoriali, di cui la popolazione ha bisogno. Davvero cresce la mia ansia, perché non ho trovato coerenza tra le sue affermazioni ed il documento che è alla base della filosofia strategica del comportamento del Governo. Mi sono sforzata di capire se nella generale politica di investimenti che il Governo si appresta a varare ci fosse un riferimento a quelli sanitari.

Non ne ho trovato nessuno.

Quanto al terzo dei suoi obiettivi cardine, le chiedo in quale maniera si adopererà affinché si cominci dalla prossima finanziaria ad invertire la tendenza a favore di aumento delle dotazioni economiche in investimenti. Altrimenti, mi dovrà dare atto che tra i principi e le opzioni politico-culturali e la realtà si creerebbe un forte divario nel nostro paese, e nonostante le giuste affermazioni di principio, non avremmo risorse economiche tali da permettere a tutte le regioni italiane di trovarsi allo stesso livello e di

far funzionare le strutture regionali di eccellenza, acuendo in tal modo la mobilità tra le regioni dove esistono i presidi di eccellenza e quelle, in particolare del sud, in cui non ci sono, per tacere della situazione complessiva dell'Italia rispetto al resto d'Europa.

Lei richiama la necessità di una piena responsabilizzazione delle regioni nell'organizzazione, nella gestione e nel controllo dei servizi. Ma l'agenzia per i servizi alle regioni ha già approntato 15 piani sanitari regionali e nel nostro ordinamento l'organizzazione dei livelli distrettuali, delle aziende sanitarie locali e di quelle ospedaliere è un compito che spetta alle regioni. È quello del controllo, come è stato più volte sottolineato in Commissione, il vero problema del sistema sanitario italiano, tanto al centro quanto in periferia. Sebbene infatti le leggi dell'ordinamento stabiliscano come tenere un bilancio aziendale e pur esistendo gli strumenti di controllo per verificare gli *input* stabiliti dalla regione, la realtà italiana dimostra che il sistema non è ancora in grado di ristrutturarsi affinché gestione e controllo diventino strumenti di verifica degli obiettivi.

Provenendo da una regione del nord, lei sa quanto me che non esistono strutture regionali degne di questo nome dotate di strumenti di controllo efficaci. L'ingresso di tecnologie avanzate per controllare il sistema è andato a rilento in tutta Italia; si sono susseguite una serie di inefficienze che hanno provocato sprechi. Ogni regione italiana, pur dotandosi di un piccolo sistema informatico, in realtà non è riuscita a verificare costi, obiettivi raggiunti e metodologie. Nel nostro paese esiste questa drammaticità, senza mettere in conto ovviamente quella provocata dai controlli burocratico-amministrativi, che tutti vorremmo eliminare perché rappresentano l'effettiva causa di inceppamento del sistema.

Ogni regione quindi si organizza sulla base delle proprie specificità e delle domande dei cittadini ma probabilmente, ministro Sirchia, ciascuna di esse dovrebbe dotarsi di un organismo a carattere

più scientifico e valersi di osservatori sull'andamento dei bisogni della popolazione, evitando comunque che gli stessi siano nominati dalla politica. L'incapacità nella rilevazione dei bisogni e dell'andamento delle patologie ai fini di una seria programmazione ed organizzazione del sistema rappresenta l'altra nota dolente nel nostro paese.

Lei afferma, infine, che occorre assicurare al sistema una maggiore equità. Certamente bisogna farlo, ma chi parla rappresenta la parte politica del Parlamento che dell'universalità, della solidarietà e dell'equità ha fatto i parametri di interpretazione delle legislazioni vigenti. La maggiore equità del sistema sanitario si ottiene però facilitando l'informazione al cittadino, che spesso è bombardato da notizie non sempre congrue e tali da favorire una corretta politica della salute. Una maggiore equità si otterrebbe se tutti cittadini fossero posti in condizione di accedere velocemente al sistema, ma purtroppo, anche dove esso funziona meglio, esiste ancora un modulo a compartimenti stagni: nella precedente finanziaria, con il ministro Veronesi avevamo previsto di introdurre, almeno in una prima fase, la sperimentazione di un distretto per regioni interdisciplinare (medicina di base, specialistica e ospedaliera) capace di creare sinergie tra la domanda del cittadino e le offerte del sistema. Oggi, invece, i sistemi di accesso e di informazione sono diversi tra ospedali, servizi di distretto e così via.

#### PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE FRANCESCO PAOLO LUCCHESI

GRAZIA LABATE. Negli ultimi due anni sono stati investiti 167 miliardi in innovazione tecnologica - lo dico senza alcun orgoglio - e così i sistemi di accesso non sono più limitati ai banali CUP, come avveniva precedentemente. Il problema era quello di mettere in rete l'intero sistema affinché il cittadino sapesse, quali possibilità vi fossero di avere una risposta rapida alle sue necessità. Nel momento in cui un sistema non garantisce efficienza

nell'accesso e nell'informazione, per i cittadini si crea il problema delle liste d'attesa.

Non ho ben compreso che cosa lei intenda per eliminazione delle doppie corsie (di accesso gratuito e a pagamento per le prestazioni specialistiche negli ospedali). Si riferisce alla libera professione intramuraria? Secondo la sua opinione, ciò creerebbe iniquità nell'accesso dei cittadini perché non otterrebbero gratuitamente in pari tempo le prestazioni che in qualche modo potrebbero ricevere dal sistema libero-professionale? La invito allora a leggere l'ultimo documento del suo dicastero, che è stato elaborato insieme alle regioni e ai responsabili delle organizzazioni ospedaliere, per comprendere in che modo nasce il fenomeno delle liste d'attesa. Se non teniamo conto di tutti i parametri che hanno effetto sulle liste d'attesa, ho la vaga sensazione che ci limitiamo ad affrontare solo un corno del dilemma.

Le liste d'attesa sono legate alle metodologie di lavoro e di organizzazione all'interno del sistema e ad una dotazione insufficiente delle tecnologie diagnostiche. Non è un caso, infatti, che nell'ultimo anno si sia verificato un picco negli acquisti: in generale, gli assessori regionali fanno sempre ricorso all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per la costruzione *ex novo* o la ristrutturazione degli ospedali ma, avendo compreso, nell'ultimo anno, che le liste d'attesa rappresentano un problema, si è avuta una inversione di tendenza e si sono utilizzate quelle somme per dotazioni di tipo tecnologico.

Un altro parametro da esaminare è costituito da un non corretto rapporto tra medico e paziente. Dobbiamo chiederci tutti insieme quanta parte della domanda dei cittadini in questo settore, che notoriamente è fortemente indotta, non sia qualche volta di tipo spurio. Chi le parla non usa il privilegio dell'assistenza integrativa concessa ai deputati della Repubblica. Nella mia regione però, a seguito di una gastrite, ho fatto due gastroscopie, una in territorio e un'altra nell'ospedale di San Martino, perché lo specialista ospedaliero non si fidava delle risposte dia-

gnostiche di quello territoriale. Non esistendo infatti un metodo comportamentale comune impostato su evidenze scientifiche e protocolli - che non deve essere elaborato dal Ministero della sanità ma a cui comunque si deve contribuire attraverso l'opera di società scientifiche e di rappresentanze di medici - le liste d'attesa continuano a crescere. Occorre provvedere, altrimenti ognuno di noi dovrà cominciare a chiedersi quanti rem siano stati assorbiti in un trimestre a seguito di una radiografia destra, di una sinistra e di una TAC: lei sa benissimo che le depressioni midollari per radiazioni portano patologie molto rilevanti.

Il problema delle liste d'attesa quindi è molto più complicato e non si limita soltanto all'aspetto della libera professione negli ospedali, che peraltro dovrebbe servire proprio per eliminarle. Semmai sarebbe opportuno garantire equità anche nella libera professione, attraverso una serie di controlli e di indagini serie. Esistono strumenti già previsti dal nostro ordinamento ma, mancando nelle aziende ospedaliere sistemi di controllo efficaci e personale qualificato, accade spesso che, quando la libera professione si svolge nello studio o nella casa del medico, non c'è la possibilità di controllare: si usa il tariffario per i primi dieci pazienti, mentre per i successivi non ci sono regole. Il controllo allora va fatto, altrimenti non si capirebbe l'andamento e le impennate della spesa sanitaria in determinati periodi.

Concludo affrontando il tema della riforma federalista, con il senso di responsabilità che deriva dall'essere membro di una Commissione che si occupa di una politica delicata come quella sanitaria.

Desidero conoscere il suo pensiero sul punto, per verificare la coerenza con la prima delle sue opzioni: universalità e solidarietà. È evidente che abbiamo bisogno di una riforma federalista dello Stato: ci siamo adoperati, prima della chiusura della XIII legislatura, per il cambiamento del titolo V della Costituzione; ora si terrà un referendum e spero che il paese confermerà quelle innovazioni. Ma la riforma federalista, se vuole corrispondere ai prin-

cipi di universalità e solidarietà, non può divenire una sorta di autarchia regionale in materia di politica sanitaria: in caso contrario si dovrebbe prevedere una specie di passaporto regionale per muoversi da una regione all'altra, sapendo, se ci si ammala, quali tipi di prestazioni sono garantite nella vicina regione. Ministro, dovrebbe sciogliere alcuni nodi, il primo dei quali riguarda il rapporto tra la riforma federalista dello Stato ed il Ministero della sanità. Mi spiace che l'onorevole Conti a volte si lasci andare a battute politiche: non abbiamo proposto il Ministero del *welfare* per soddisfare una visione ideologica che facesse prevalere il piano sociale su quello sanitario: avremmo una ben misera idea della politica sociale e sanitaria se la impostassimo in questo modo. In realtà, in Europa molti ministeri hanno questa natura, come è vero che in molti paesi esiste il Ministero della sanità. Eravamo favorevoli a quell'impostazione soprattutto in rapporto alla concezione del federalismo e quindi alla necessità che il Governo trovasse momenti di sinergia nell'azione su materie fondamentalmente molto simili. Nel nostro paese la politica assistenziale dei servizi è sempre stata una povera Cenerentola, abbandonata alla libera possibilità di innovazione dei comuni, senza una strategia complessiva da parte dello Stato: per questo il Parlamento, ad ampia maggioranza, ha approvato la riforma dell'assistenza. Vorrei però un chiarimento: in che modo il Ministero della sanità diventa soggetto garante della riforma federalista, sul terreno dell'universalità e della solidarietà? Signor ministro, è possibile raggiungere questo obiettivo alla luce delle legislazioni federali dell'Europa e del mondo, con la ricerca di uno strumento di perequazione tra le regioni: non ho sentito alcun accenno da parte del ministro all'istituzione di un fondo di solidarietà tra le regioni per la politica sanitaria, dal momento che esistono, nel nostro paese, regioni con livelli scarsi di risorse.

Il Ministero della sanità può assurgere al ruolo di garante tramite la formulazione di un indirizzo strategico: il ministro

dice che il piano sanitario nazionale deve diventare semplice e leggero e riguardare le grandi questioni più nel campo della prevenzione che della politica sanitaria. Con l'ex ministro Veronesi abbiamo discusso per mesi e mesi di una nuova visione in senso federale del piano sanitario (queste riflessioni sono a disposizione del ministro Sirchia): non vi è nulla di coercitivo od organicistico nel piano sanitario 2002-2005, ma esso contiene gli indirizzi strategici di politica sanitaria in tutti i campi, senza i quali il ministro non potrà avere riscontro, sotto forma di controllo, delle politiche che vorrà attuare; non sapremmo, ad esempio, se la lotta all'obesità si potrà affrontare in Liguria con determinati strumenti e servizi mentre in Molise o non si potrà condurre, oppure sarà impostata solamente sul piano dell'informazione generale alla popolazione.

Il terzo modo per garantire la solidarietà deve attuarsi nella libertà organizzativa e gestionale delle regioni: sottolineo però che nell'esercizio di quella libertà è necessario osservare i principi del nostro ordinamento, altrimenti essa potrebbe preludere ad una depressione del patrimonio sanitario pubblico, che un ministro del nostro paese ha il dovere di tutelare.

Infine sono molto preoccupata dall'affermazione del ministro Bossi e del suo capo di gabinetto Speroni, che ci hanno illustrato ieri, dalle pagine dei giornali, che la *devolution* sanitaria alla quale si pensa fa riferimento al sistema svizzero. Per ragioni professionali conosco i sistemi sanitari di tutti i paesi e vorrei citare un illustre collega dell'università di Zurigo, il professor Peter Zweifel, il quale ha analizzato il sistema svizzero. Cito semplicemente tre dati: in Svizzera, il rapporto tra spesa sanitaria e PIL è pari all'11 per cento e negli ultimi otto anni ha avuto un andamento crescente; la Svizzera ha varato una legge (LSA) sulle assicurazioni private, che deve essere rivista perché si è verificato che o si innalzano i premi a circa 4, 8 milioni l'anno per ogni cittadino o il sistema non regge. Lo Stato federale destina il 9 per cento delle risorse, 26 cantoni il 58,9 per cento della spesa ed i

comuni concorrono per il 36 per cento, con un'assicurazione privata. Se si vuole guardare alla Svizzera bisogna farlo comprendendone i sistemi organizzativi e gestionali che producono ospedali che funzionano e poliambulatori degni di questo nome, senza però assumere come modello un sistema ordinamentale che non si sostiene neppure con l'ingresso delle assicurazioni private.

Mi piacerebbe conoscere qual è, signor ministro, il suo modello di federalismo perché credo che anche lei dovrà rapportarsi all'andamento della spesa pubblica, all'osservanza dei parametri di Maastricht e con il fatto che aumentare le risorse per la sanità significa portare in equilibrio domanda ed offerta del sistema: il decreto legislativo n. 229 ha già previsto i fondi integrativi ma, signor ministro, è necessario anche interrogarsi sul motivo per cui, pur avendo varato i regolamenti, nessuna regione italiana li abbia applicati. La risposta è persino banale: le assicurazioni, per entrare nei fondi integrativi, devono trovare pacchetti appetibili. Riguardo a ciò, o noi non facciamo integrazione ma devolviamo al mondo assicurativo parte delle prestazioni, oppure l'integrazione non avverrà. Occorre effettivamente pensare a proposte cogenti e chiare, perché non è coinvolta semplicemente la politica del centrodestra o quella del centrosinistra ma il diritto alla salute dei cittadini italiani.

GIACOMO BAIAMONTE. Desidero ringraziare il ministro per averci esposto il programma di Governo in merito al Ministero della sanità. Come già alcuni colleghi che mi hanno preceduto, vorrei sottolineare alcuni concetti fondamentali. Fermo restando il carattere universalistico e solidaristico del Servizio sanitario nazionale, il ministro afferma giustamente che il Servizio sanitario nazionale di uno Stato moderno, democratico e tra i più industrializzati del mondo deve ruotare intorno al cittadino malato.

Il ministro intende valorizzare la professionalità del medico: sono convinto, non perché esercito questa professione - credo

con onestà e serietà - che la riforma sanitaria in vigore in Italia spersonalizzi la figura del medico, che viene trasformato in un burocrate al servizio di una azienda e di un *manager* che ha tutti poteri: non c'è nessuna possibilità da parte del medico di salvaguardare la propria professionalità.

Vorrei sottolineare un altro punto del discorso del ministro, che riguarda la possibilità del reclutamento dei cosiddetti primari. La legge attualmente in vigore prevede l'indizione di concorsi e la nomina di una commissione che stabilisce una graduatoria secondo criteri meritocratici ed in base ai titoli: il *manager* ha il potere di sovvertire completamente quella graduatoria (non capisco allora il motivo per il quale essa viene formata) secondo criteri propri, che prescindono da quelli meritocratici stabiliti dalla commissione. I poteri dei *manager* sono superiori a quelli logicamente giustificati dall'interesse del Servizio sanitario nazionale.

Debbo inoltre citare un altro aspetto importante a cui il ministro ha fatto riferimento: il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, che oggi si trova al di sotto della media europea. Il ministro giustamente osserva che è necessario fare un monitoraggio sulla spesa per controllare gli sprechi: essi avvengono perché oggi la medicina territoriale offre alcuni servizi (in varie sedi e in molti modi) che non vengono presi in considerazione ed il cittadino utente che ne dovrebbe usufruire si può permettere di farsi visitare da un primario per un accertamento (ecco come deve avvenire principalmente la monitoraggio, con la tessera sanitaria) e tornare da un altro primario per ripetere l'esame. Questo è uno spreco per il Servizio sanitario nazionale. Bisogna capire come garantire la libertà del cittadino ed al tempo stesso razionalizzare il sistema, nell'interesse del cittadino stesso e della comunità.

È necessario inoltre fornire una giusta informazione e diffondere la medicina preventiva. Quando il ministro cita il problema dell'obesità, degli incidenti stradali, o altre patologie che possono verificarsi

con una certa frequenza, comprendo - qualcuno ha strumentalizzato queste affermazioni, ma non voglio polemizzare - che egli si riferisce alla medicina preventiva, su cui dobbiamo focalizzare la nostra attenzione perché, anche in un paese civile ed altamente industrializzato, la prevenzione è fondamentale per l'accesso, limitato, ai servizi. Su questo mi trova assolutamente d'accordo. Nel quadro di una giusta *devolution*, lei afferma che è necessario conferire alle regioni la responsabilità della medicina territoriale, coinvolgendo le province ed i comuni, responsabilizzando gli enti locali per ridurre gli sprechi e lasciando allo Stato centrale l'emanazione delle direttive generali.

Nell'ultima delle sue considerazioni afferma di voler assicurare al sistema una maggiore equità nell'accesso ai servizi, eliminando negli ospedali le doppie corsie, gratuite ed a pagamento: lo spreco infatti è proprio lì e nel sistema statalistico che ha incorniciato l'attuale Servizio sanitario nazionale. Quando si coniuga il pubblico con il privato permettendo al medico di svolgere la propria attività all'interno dell'ospedale, si pongono malamente in competizione due sistemi diversi di fare medicina. Ritengo che un *manager* non possa fare un contratto con un primario per un'attività che quest'ultimo dovrebbe comunque svolgere meritocraticamente e per la produttività dell'ospedale; solo così si possono eliminare le liste d'attesa.

Signor ministro, ci conosciamo da quando lei era al San Carlo, dove praticava immunologia, mentre io, da trapiantologo, venivo nel suo reparto; lei ricorderà perfettamente come si lavorasse nell'interesse del malato, sacrificandoci, ma comunque avendo ben saldo il concetto del dovere e del rispetto della persona. Oggi un primario, quando svolge l'attività di *intra moenia*, deve per forza eliminare le liste d'attesa. Il discorso teoricamente non fa una grinza: ma mentre questi cerca di ridurle, gli altri colleghi della stessa branca non lo fanno, ed il cittadino utente, che osserva come lavora questo primario, preferisce essere inserito nella sua lista d'attesa, che ovviamente non si esaurirà

mai. La possibilità di svolgere attività *intra moenia* alla fine vi sarà solo per i colleghi della sua stessa specializzazione che, non avendo una lunga lista d'attesa, svolgono principalmente tale attività; inoltre il primario si vedrà caricato di tutta l'attività dell'ospedale.

Allora bisogna ribadire che il contratto tra un primario e un'azienda ospedaliera può essere unicamente quello della produttività e della meritocrazia, e nient'altro. Inserire nel pubblico l'esercizio dell'attività privata è l'errore peggiore che si possa fare. Nell'attività *intra moenia* o *extra moenia* non si praticano solo le semplici visite, ma anche le attività delle branche di tipo applicativo (chirurgiche, ginecologiche, oculistiche e ortopediche). In presenza di strutture insufficienti e di problematiche serie può accadere che un primario di chirurgia d'urgenza, in presenza di una patologia addominale acuta, debba operare immediatamente. Se, contemporaneamente, arrivasse un altro paziente con identica patologia con una richiesta di intervento a pagamento, che cosa potrebbe accadere? Si opererebbe l'ammalato che proviene dal pronto soccorso in urgenza, oppure quello a pagamento? E se poi accadesse il « fattaccio », dal punto di vista medico legale, si correrebbe il rischio di essere citati dai parenti del malato urgente, che è morto perché al suo posto è stato operato quello a pagamento? O viceversa? Cerchiamo allora di essere pratici, e non facciamo demagogia o ideologia, come è accaduto per il policlinico Umberto I, dove le sturture esistevano - non c'è dubbio - ma solo per fini ideologici l'ospedale è stato « costretto » a passare al Ministro della sanità.

Lei afferma che nella formazione postuniversitaria del medico si deve stare attenti ad una giusta informazione nel rapporto tra il medico ed il paziente. Alla stessa maniera si curi il rapporto con il personale infermieristico, che deve essere preparato e qualificato: l'attività del medico, senza una corretta collaborazione con l'infermiere, non può essere svolta. Il tentativo della riforma attualmente vigente