

di costituire una direzione sanitaria infermieristica, che sottrae quindi personale preparato e specializzato ad una determinata attività per trasferirlo in un'altra, non può assolutamente passare. È necessario invece dotarsi di una scuola infermieristica, con una formazione professionale differenziata, perché anche a quel livello si sviluppi un preciso indirizzo professionale, evitando le duplicazioni che provocano solo sofferenze. La riforma attuale - demagogicamente - ha disegnato una serie di figure, di suddivisioni, che negano al primario il diritto di gestire il suo reparto. La lotta agli sprechi - su questo argomento ricordo all'onorevole Labate che eravamo abbastanza concordi nella precedente legislatura - che era parte del programma dell'allora ministro Veronesi, si faceva avviando gli ospedali verso la medicina territoriale e, allo stesso tempo, aprendo gli alberghi convalescenziali per sostenere l'attività del primario. Signor ministro, lei è sicuramente d'accordo con questi intenti; tuttavia cosa farà delle figure e dei moduli che l'attuale riforma ha generato? Non si può pensare solo alla riduzione delle spese, ma occorre inevitabilmente agire anche sull'organizzazione della sanità. Molti di questi colleghi, avendo scelto l'attività *intra moenia*, sono costretti ora a terminare la loro carriera come medici ospedalieri e non possono più avviare una attività professionale al di fuori dell'ospedale.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

GIACOMO BAIAMONTE. In questa riforma c'è molta demagogia statalista, che non ha affatto portato razionalità e correttezza al Servizio sanitario nazionale.

Come lei ha detto nella sua relazione - lo ribadisco, come già ho fatto nella passata legislatura - devono scomparire l'agenzia e l'armadio del farmaco. In Italia la questione farmaceutica non è stata risolta, mentre invece il deprecato sistema americano riduce la spesa ed evita tante storture, sopprimendo al tempo stesso l'ar-

madio del farmaco: nel ciclo di una qualsiasi terapia medica è obbligatorio definire il tipo di medicina e la sua quantità, eliminando così l'armadio del farmaco e gli sprechi.

MAURA COSSUTTA. Ho sempre ritenuto centrale e di altissima rilevanza politica il Ministero della sanità. Sono convinta che le scelte di politica sanitaria rivestano un grande valore culturale e politico perché sono risposte a bisogni primari della popolazione, costruiscono la coesione sociale e nazionale, identificano un modello di protezione sociale strettamente collegato al modello di produzione e di consumo, di un *welfare* positivo per lo sviluppo. La politica sanitaria pone valori e principi che fondano la convivenza nella *polis*, definendo le relazioni sociali, individuali e tra i generi, dando respiro etico alla politica.

Vorrei sinceramente esporre la mia impressione: signor ministro, credo che in questi giorni lei si sia trovato in grandissima difficoltà, quasi sotto tono nelle dichiarazioni ed appelli che lei ha rivolto, in qualità di medico, agli stili di vita o, in veste di direttore generale, contro gli sprechi, ma nell'impossibilità di muoversi, quasi fosse prigioniero; io la voglio considerare in questo modo, perché conosco la sua storia di uomo, di scienziato, di medico che ha sempre lavorato nel Servizio sanitario nazionale. Signor ministro, la voglio immaginare in difficoltà, quasi prigioniero di scelte che probabilmente non le appartengono del tutto.

Proprio perché sono convinta che il Ministero della sanità rivesta un ruolo centrale, mi sono battuta, nella scorsa legislatura, affinché il centrosinistra caratterizzasse la propria cultura ed il proprio progetto sulla sanità. Abbiamo varato la riforma (il decreto legislativo n.229 del 1999) che - non è un caso - faceva riferimento alla legge n. 833 del 1978: vorremmo dunque sapere se anche per il ministro la legge n. 833 rappresenta una bussola. Il diritto alla salute rimanda a forti politiche di trasformazione a livello del territorio, dell'ambiente di vita e di

lavoro, nel sociale: non riguarda semplicemente gli stili di vita, ma forti politiche di trasformazione; esso è un diritto individuale e collettivo che sancisce un diritto di cittadinanza legato al territorio nazionale. Vorrei domandare al ministro se è ancora convinto che tale diritto debba essere nazionale e non, come purtroppo alcune forze della sua coalizione pensano, ricondotto a comunità territoriali o persino al vincolo del sangue. La coalizione di centrosinistra - confortata anche da una valutazione non parziale ma tecnica, dell'Organizzazione mondiale della sanità - ha posto un nesso strettissimo tra modello istituzionale e organizzativo e sistema di finanziamento del comparto sanitario. Avevamo scelto di correggere alcuni vizi nati da una esasperata aziendalizzazione, provocata dal decreto legislativo n. 502 del 1992, per cui rischiava di prevalere solo l'offerta senza programmazione delle risposte ai bisogni, delineando così un sistema sanitario in cui la priorità era semplicemente quella del pareggio di bilancio e dove si verificava una rincorsa al fatturato (come vizio intrinseco a quel sistema), aumentando le spese, le iniquità, le dimissioni improprie. Si era delineata un'idea - pericolosissima - dei servizi come somma di prestazioni (che ha portato il presidente Formigoni ad utilizzare proprio i vizi dell'aziendalizzazione nati dal decreto legislativo n. 502): i consultori diventavano ambulatori, la prevenzione somma di prestazioni. Un'idea che è stata portata avanti dal modello Formigoni, nata dai vizi dell'aziendalizzazione prevista dal decreto n. 502, in cui si rendeva possibile una netta separazione tra la funzione di produzione e quella di acquisto.

Si è affermata inoltre un'idea di qualità staccata dalla verifica dei risultati e dagli obiettivi di programmazione (guarda caso, le uniche parti del decreto n.502 che non sono mai state attuate). Abbiamo compiuto la scelta di correggere gli elementi di iniquità del modello di aziendalizzazione del Sistema sanitario nazionale. Come l'Organizzazione mondiale della sanità difendiamo il Servizio sanitario nazionale,

ma non ciò che è indifendibile: abbiamo introdotto correzioni e vorremmo capire se il ministro è d'accordo con tali modifiche, se considera il suo lavoro in continuità con quello precedente.

Rispetto al modello istituzionale, abbiamo puntato su una forte sburocratizzazione, su un forte regionalismo, su una critica decisa alla autoreferenzialità del sistema, sulla partecipazione non solo degli enti locali - per la prima volta si prevede un ruolo del sindaco nella programmazione delle risposte ai bisogni sanitari - ma anche dei cittadini e delle organizzazioni sociali. Abbiamo avanzato una critica forte al neocentralismo regionale, che invece è stato scelto dal modello Formigoni. Vorremmo capire se il ministro è d'accordo su questo punto.

Riguardo al modello organizzativo, abbiamo corretto una visione « ospedalocentrica », puntando sul distretto, sull'integrazione socio-sanitaria, riaffermando che non ci poteva essere separazione tra la funzione di produzione e quella di acquisto delle prestazioni.

Riguardo al sistema di finanziamento, abbiamo ribadito che esso deve essere pubblico, pagato da tutti tramite la fiscalità generale, ed è necessaria una correlazione tra il finanziamento, quindi la spesa, ed i bisogni. Questo è stato un elemento di forte innovazione. Vorremmo sapere se su tali criteri il ministro è d'accordo oppure no.

In seguito, è stato varato il decreto legislativo n. 56 del 2000 e molti tra noi hanno subito intravisto alcuni rischi; ora è necessario procedere con forte convinzione alla introduzione di limiti e a porre in relazione ciò che era stato stabilito con il decreto legislativo n. 229 e ciò che era stato fissato con il decreto legislativo n. 56: il federalismo fiscale in campo sanitario - lo dicono soprattutto le regioni - deve essere governato. Si tratta del contrario dei progetti di *devolution*.

Signor ministro, conosco la sua storia e vorrei capire se anche lei è d'accordo riguardo alla necessità di governare il federalismo fiscale per evitare spinte centrifughe nel sistema: quando si attribuisce

piena autonomia alle regioni, quando anche nel Documento di programmazione economico-finanziaria si ribadisce che si sostituisce l'IRAP con l'IRPEG, quando si afferma che ogni regione può introdurre imposte, appare evidente che le regioni con una certa base imponibile potranno aumentare le entrate con imposte proprie e quelle che non se lo potranno permettere (che saranno proprio quelle del sud, ma non solo), saranno obbligate a ridurre i servizi e le prestazioni. Esiste questo rischio, ma anche quello che ogni regione si costruisca un modello, legando il diritto alla salute al territorio, provocando persino una distorsione dell'universalità di questo principio: si affermerebbe una spinta oggettivamente centrifuga alla rottura del fondo perequativo. Perché la regione Lombardia, che introduce tasse proprie, dovrebbe finanziare regioni più deboli? Si tratta di meccanismi oggettivi, indipendenti dalla volontà di chi li istituisce, che imprimono spinte centrifughe. C'è dunque la necessità di introdurre correttivi - o quanto meno di prevederli - da parte di chi vuole difendere il Servizio sanitario nazionale. Sono le stesse regioni che sostengono che non ci può essere «anno zero» del federalismo se non si risolve la questione del fabbisogno, cioè della sottostima della spesa sanitaria; sono le regioni che affermano che nel 2001 le risorse sono sottostimate di seimila miliardi e per il 2002 di 10 mila miliardi, e quindi è indispensabile che oggi, proprio la maggioranza che prevede uno sviluppo del 3 per cento del PIL, debba assolutamente risolvere la questione della storica sottostima del fondo sanitario nazionale. Senza una soluzione sarà evidente che le sprecoquazioni aumenteranno e saranno impresse spinte centrifughe - lo ripeto ancora - al modello di finanziamento del sistema. La spesa sanitaria costituisce la garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Vorrei sinceramente sapere, ministro, cosa ne pensa di questo problema.

Durante la scorsa legislatura ho criticato - ma lo dico anche oggi - che il nostro ex ministro della sanità Veronesi, abbia con leggerezza approvato, in certe

situazioni, il modello Formigoni: non sono stata d'accordo. Si trattava di affermazioni politicamente sbagliate: so bene che oggi le destre si rifanno a quelle valutazioni, che sono state in contrapposizione a scelte di fondo che il Governo di centrosinistra aveva compiuto. Quella dichiarazione era improvvida, perché il modello Formigoni è alternativo al decreto legislativo n. 229: tra l'altro, aumenta la spesa, aumenta la centralizzazione e diminuisce la qualità. Si dice che diminuiscono le liste di attesa: certamente, ma - come dicevo la volta precedente - bisogna capire se ciò avviene a scapito della qualità. In Lombardia ci sono 24 reparti di cardiocirurgia che riducono notevolmente le liste di attesa ma a scapito della qualità delle prestazioni: infatti un reparto di cardiocirurgia non può praticare uno o due interventi di *by-pass* all'anno, perché è necessaria una preparazione. Il ministro stesso sostiene che i centri di trapianto devono essere misurati rispetto alla appropriatezza ed al volume di attività: non si comprende come nella regione Lombardia, con totale disprezzo della lotta agli sprechi di cui il ministro vuol farsi paladino, ci siano 24 centri di cardiocirurgia. In quella regione gli ospedali si trasformano in società per azioni, con finanziamenti dei privati; la medicina specialistica è praticata completamente fuori dalle ASL; ci sono 35 mila posti letto in RSA, con la distruzione totale dell'integrazione socio-sanitaria e dell'assistenza domiciliare; si ha il più alto tasso di ricoveri: altro che tutelare gli anziani lasciandoli a casa! Si è affermata un'idea di istituzionalizzazione, perché come il ministro ben sa, in un sistema di quel tipo il posto letto produce fatturato: questo è ciò che sceglie il modello Formigoni. Il ministro dovrebbe dare alcune risposte.

La riforma di cui al decreto legislativo n. 229 del 1999 aveva definito la qualità in relazione ad alcuni parametri: l'accreditamento, la programmazione e la valutazione dei risultati di salute. La qualità che il centrodestra prevede è assolutamente funzionale, invece, ad un modello di tipo assicurativo: un insieme di requisiti che

esulano dagli obiettivi del piano sanitario nazionale, dalla programmazione, dall'accreditamento e dalla verifica dei risultati di salute.

L'altro punto che sta a cuore a 600.000 operatori è la questione contrattuale. Signor ministro, deve assumersi la responsabilità di dirci se è d'accordo a mantenere il contratto nazionale della sanità visto che, nella sua coalizione e nel suo Governo, ci sono posizioni politiche oramai esplicite. E le chiedo inoltre che cosa pensa delle norme sugli immigrati e sul reato di immigrazione clandestina, che ha pesanti ricadute sul diritto alla salute e sulle condizioni di vita delle persone. Chiedo che lei compia una assunzione di responsabilità come ministro della sanità, non potendo eludere le scelte del Governo di cui fa parte.

Su un giornale ho polemizzato con lei per quanto attiene alla legge sulla riproduzione assistita. Nella precedente legislatura la maggioranza aveva vissuto al suo interno un duro scontro ideologico, che non ha permesso di disciplinare tale materia, neanche attraverso un regolamento ministeriale. Trovo comunque grave, signor ministro, che lei faccia riferimento ad un testo che ha provocato uno sconquasso nel paese e che prevede di nuovo alcuni divieti. Come scienziato, nel 2001, lei non può pensare di proporre una legge sulle procreazione assistita fatta di divieti e che nell'articolo 1 sancisce una rottura profonda con la cultura e le conquiste delle donne.

GIULIO CONTI. È stata votata nell'altra legislatura!

MAURA COSSUTTA. L'articolo 1 prevede la tutela della vita fin dal concepimento, con una distorsione gravissima rispetto alla cultura giuridica che ispira il codice civile.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Ringrazio il ministro Sirchia che è venuto in Commissione, oltre che per esporre la sua relazione, per presentarci uno spaccato della sanità così come è realmente, esa-

minando approfonditamente i problemi da affrontare: non ha proposto ricette miracolistiche, bensì interventi concreti, che ci trovano d'accordo.

Siamo d'accordo con lei quando ribadisce il carattere universalistico e solidaristico del Servizio sanitario nazionale, che al centro deve avere la persona. Sebbene la spesa sanitaria sia aumentata, essa rimane comunque al di sotto della media europea, ed è quindi necessario uno sforzo per adeguarla a quei livelli, senza tuttavia trascurare la lotta agli sprechi.

Il ministro è molto chiaro poi sul problema della *devolution* e dell'applicazione del sistema federalista, ribadendo - e a ciò mi associo - che non devono esserci disparità tra le regioni. Come meridionale, infatti, conosco la sofferenza che vive attualmente la sanità delle mie zone: sono necessari maggiori interventi, senza i quali continueranno i famosi « viaggi della speranza ».

Anche questa Commissione deve comunque approfondire la lotta agli sprechi: qualcosa è stato fatto nella precedente legislatura che - sebbene il lavoro maggiore sia stato svolto in Senato, dove esisteva un organo che studiava la gestione della sanità e i suoi sprechi - ha visto la costituzione di un Comitato, da me presieduto, che si è occupata della relazione tra spesa sanitaria in generale e patto di stabilità.

La cronicità e gli anziani sono due temi da affrontare in maniera circostanziata e approfondita, rientrando ambedue nella cornice molto più ampia dell'integrazione socio-sanitaria, che rappresenta un elemento di debolezza del nostro sistema e che è importante quindi affrontare da subito, come il ministro ha ribadito nella sua relazione.

La duplicazione delle funzioni degli ospedali è un altro problema da approfondire, avviando un ripensamento delle strutture per puntare il sistema verso un maggiore decentramento sul territorio. A Trapani, come lei ha visto, l'azienda sanitaria di Sant'Antonio costituisce un emblema del fenomeno della sovrapposizione con funzioni che sono già esercitate in

altre strutture che dipendono dalle ASL. Tale problema, che esiste in tutta Italia, dovrebbe essere risolto ritoccando l'organizzazione delle aziende sanitarie ospedaliere, piuttosto che passando per un completo scorporo.

Come pediatra mi occupo di prevenire le patologie provocate da un cattivo stile di vita: l'obesità, ad esempio, si previene fin dalla nascita, attraverso una buona alimentazione. Una corretta informazione è quindi opportuna e può evitare anche i danni generati dal fumo o dall'alcolismo, che rappresenta una delle principali cause di incidenti stradali. In proposito devo ricordare che il precedente Governo ha accolto due miei ordini del giorno: uno tendeva ad informare i cittadini sui pericoli dell'alcool in relazione alla guida (il ministro potrebbe finalmente avviare una campagna di informazione utile per scongiurare tali effetti nefasti); l'altro, presentato in occasione dell'approvazione delle norme sulla « mucca pazza », sottolineava la necessità di una maggiore tutela dei cittadini rispetto a tale fenomeno attraverso una più ampia informazione. Credo che il Governo si debba attivare da subito per avviare tali misure di prevenzione.

Ricordo al ministro che, per quanto riguarda l'edilizia ospedaliera, l'INAIL ha in programma di costruire alcune strutture per la riabilitazione, per cui sarebbe utile avviare una collaborazione in questo settore.

Il tema della ricerca è stato affrontato dal collega Conti, quando ha parlato degli IRCCS e della necessità che siano ripensati. Il ministro ha affermato che è opportuno investire in ricerca, in nuovi prodotti, ribadendo le forti ricadute per l'occupazione in generale che hanno tali iniziative. Ricordo al ministro che per le cosiddette sostanze orfane esiste una mia proposta di legge, che si occupa anche di malattie rare.

Altro aspetto importante è l'educazione del medico; il ministro compie una distinzione tra i congressi ed i corsi di aggiornamento: una volta l'anno la società scientifica si deve riunire perché ciò rappresenta un punto di incontro e di aggrega-

zione, ma per il resto dell'anno è necessario dare maggiore impulso ai corsi di aggiornamento — monotematici o politematici — che agevolano la professione del medico.

Esiste poi un problema rimasto insoluto, riguardante gli infermieri generici: spero che al più presto, anche alla luce di ordini del giorno accolti dal precedente Governo, il ministro trovi una soluzione per questa categoria. Ricordo inoltre a me stesso e ai colleghi che, essendo state approvate due leggi sugli infermieri e sulla dirigenza nella precedente legislatura, è stato già definito un certo tipo di organizzazione; mi ritengo soddisfatto per la circostanza che il ministro abbia manifestato la volontà di ripristinare la scuola ospedaliera, che ha il compito principale di formare nuovi infermieri e di attivare la collaborazione tra i medici ed i giovani che esercitano questa professione. Tali strutture professionali possono inoltre contribuire — in particolare in Sicilia, come lo stesso ministro ha ricordato — a diminuire il numero dei disoccupati.

Infine, parlando dei piccoli ospedali e delle duplicazione delle loro funzioni, il ministro ha ribadito che sarebbe necessario riconvertirli in presidi distrettuali di salute e di convalescenza. Mi sembra che la stampa abbia interpretato male le sue parole, traducendole nell'affermazione che i piccoli ospedali debbono chiudere.

Non vorrei che il ministro avesse questa intenzione, perché gli ospedali collocati nei piccoli centri (mi riferisco a quelli di 30, 40 o 50 mila abitanti come quelli che il ministro ha visitato in Sicilia a Salemi, ad Alcamo, a Castelvetro, a Mazara) assolvono ad una funzione importante; quelli che la assolvono, possono invece essere trasformati in presidi distrettuali di salute e convalescenza.

Per quanto riguarda il problema dell'educazione all'uso corretto delle medicine, si era trovata in passato la soluzione dei *ticket* — che ora sono stati eliminati — che costituivano un modo per diminuirne l'uso. Chi come me ha esercitato la professione di medico di famiglia, sa che nell'epoca precedente ai *ticket* si prescri-

veva di più rispetto a quella successiva, perché lo stesso paziente chiedeva più medicine per poterle utilizzare anche dopo. Dopo l'introduzione dei *ticket* i cassettei erano meno pieni di medicine di quanto non lo fossero prima.

Ormai il *ticket* è stato eliminato - non ci sono verità assolute sulla correttezza o meno di questa misura - e giustamente il ministro dice che è necessario affrontare il problema a livello regionale. Lo stesso discorso vale per il buono salute: sono le singole regioni che dovranno decidere come comportarsi.

Vorrei terminare il mio intervento sottolineando l'aspetto dell'educazione nell'uso delle medicine da parte dei pazienti. Noi medici sappiamo che con poche medicine si curano tutte le malattie: nel mio ospedale con 6 o 7 (forse anche meno) principi farmacologici curavo tutte le malattie (ci sono alcune medicine nell'armadio aperto a tutti, altre nel cassetto, altre ancora nella cassaforte). Lo stesso dovrebbe avvenire per la cura delle malattie sul territorio: sono sufficienti poche medicine per aumentare la qualità della vita e l'età media.

Ringrazio nuovamente il ministro per gli spunti di approfondimento che ci ha fornito su molti argomenti importanti, che dovremo dibattere negli anni futuri. Non abbiamo ascoltato una relazione esaustiva di tutti i problemi: non poteva essere tale, dal momento che non si possono esaurire tutti gli argomenti che interessano la medicina, ma bisogna essere concreti, affrontando i problemi emergenti; non mancheremo di affrontare le questioni che si presenteranno in modo più specifico nel corso dei prossimi anni.

PRESIDENTE. È così esaurito il primo « giro » di interventi: passiamo ora a quelli, diciamo così, a titolo personale.

AUGUSTO BATTAGLIA. Presidente, faccio presente che durante le audizioni dei ministri non si distingue tra discorsi pronunciati a nome del gruppo e a titolo personale: tutti i parlamentari hanno diritto di intervenire sulle dichiarazioni del

ministro. Credo che dobbiamo proseguire con l'autoregolamentazione che i singoli parlamentari possono rispettare e poi decidere come andare avanti, eventualmente aggiornando la seduta.

PRESIDENTE. Si era stabilito un tempo sufficiente per consentire a tutti di intervenire, in considerazione dell'importanza dell'audizione; in una riunione dell'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi si era convenuto, in linea di massima, di prevedere l'intervento di un deputato per gruppo e, a seguire, quelli di coloro i quali volessero prendere la parola: non c'è un limite alle richieste di intervento. Ho semplicemente rivolto un invito all'autoregolamentazione.

GIUSEPPE PETRELLA. Presidente, vorrei innanzitutto stigmatizzare il suo atteggiamento nella seduta di giovedì 26 luglio, con cui lei non ha assolutamente tutelato le prerogative della Commissione e dei suoi membri, siano essi di maggioranza o di opposizione. Presidente, lei sa meglio di me che quando si presiede si dovrebbe garantire l'intera Commissione, non una parte di essa o addirittura solo il Governo. Vorrei ringraziare invece pubblicamente il Presidente della Camera, onorevole Casini, che ci ha ricevuto immediatamente ed ha ascoltato con grande attenzione ed interesse ciò che gli abbiamo detto.

Vorrei rivolgermi al signor ministro, poiché tutti - a maggior ragione un ministro della Repubblica italiana - dovremmo conoscere alcune regole. Il rispetto delle istituzioni costituisce la prima regola da osservare: mi scusi, signor ministro, ma penso che anche lei non abbia avuto rispetto, non di noi come persone ma in quanto rappresentanti di milioni di cittadini. Giovedì pomeriggio siamo venuti in quest'aula per ascoltarla, ma anche per esprimere la nostra opinione. Condivido il giudizio di immensa stima sul professor Girolamo Sirchia, che è un grandissimo clinico, un esimio ricercatore, uno dei nomi che dà lustro alla sanità italiana; signor ministro, con molta chiarezza devo

però dirle che quando parla nella sua veste istituzionale di membro del Governo non condivido quasi nulla di ciò che è contenuto nelle linee strategiche che ci ha illustrato. Pronuncerò un intervento più politico che tecnico, poiché la collega Labate ha già compiuto un'analisi attenta dal punto di vista tecnico, esponendo il pensiero del gruppo dei Democratici di sinistra-l'Ulivo.

Non mi trovo d'accordo con l'esposizione dei cinque obiettivi cardine per rendere la sanità italiana più equa, efficiente e moderna: essi sono stabiliti in accordo con il Presidente del Consiglio, onorevole Berlusconi, che si trova coinvolto in un immenso conflitto di interesse poiché è proprietario di Mediolanum (si parla chiaramente di assicurazioni e lo dimostrerò). Penso che non sia giusto parlare di questi principi ai cittadini italiani stando dalla stessa parte di chi vuole modificare, in queste ore, la legge sulla riforma del diritto societario e addirittura sul falso in bilancio, che è un reato gravissimo, e lo vuole derubricare, per usare le parole del ministro, ad una pura tecnicità. Perché non mi trovo d'accordo, da un punto di vista politico, con le enunciazioni del ministro?

Preliminarmente, vorrei ricordare come l'acquisizione, costituzionalmente garantita, della salute come diritto del cittadino sia una delle conquiste più importanti della democrazia e definisca, in tale ambito di garanzia, anche l'appartenenza degli individui a comunità sociali. Inoltre, quella del diritto alla salute è stata un'importante conquista del movimento operaio nel nostro paese; esso è garantito a tutti i cittadini - sottolineo a tutti - e si sostanzia fundamentalmente in tre elementi: l'accesso alle prestazioni, l'appropriatezza delle prestazioni, la qualità delle prestazioni. Il ministro, che è anche un eminente clinico, dovrebbe sapere che garantire i tre punti sopraelencati, evitando così di trasferire sul terreno dei diritti le diseguaglianze sociali che esistono nel nostro paese, significa promuovere e sviluppare, non una politica della separatezza ma, al contrario, quella della uniformità

dei livelli assistenziali. Il documento che abbiamo letto (che il ministro ci ha presentato) sembra purtroppo muoversi, almeno a mio giudizio, in una direzione nettamente opposta.

I punti sui quali chiunque riconosca la salute ai cittadini come un diritto inalienabile ed uguale per tutti non può che esprimere un forte e convinto dissenso sono fundamentalmente quelli riferiti alla concezione del federalismo, al ruolo delle assicurazioni private nei processi assistenziali e all'ingresso di capitali privati sul terreno della sanità pubblica, a compensazione del ridotto finanziamento che questo Governo di destra vuole prevedere per quest'ultima.

Per quanto riguarda la concezione del federalismo fiscale, è inaccettabile che nel documento del ministro si vadano prefigurando tanti modelli sanitari quante sono le regioni, creando così forti elementi di diversità tra le regioni ricche e quelle meno ricche ed introducendo il concetto che i cittadini della Repubblica italiana possono trovare una diversa garanzia dei loro diritti a seconda della regione di residenza, accentuando e rendendo giuridicamente accettabile ciò che oggi invece appare a tutti come una distorsione a cui porre rimedio. Occorre aggiungere che chiunque abbia veramente a cuore l'unità della Repubblica, non considerata come fatto retorico da scambiare sul terreno dell'opportunità politica del momento, non può non vedere con timore tale ipotesi di evoluzione. Infatti, quando i processi di decentramento modificano il territorio dei diritti, essi acquistano, oggettivamente, un significato ed un valore alcune volte addirittura eversivo.

Altra cosa è il decentramento delle responsabilità e dell'azione amministrativa. L'introduzione dei meccanismi assicurativi obbligatori per la popolazione anziana non solo tenderanno inevitabilmente a differenziare i cittadini in base alle loro capacità economiche, ma appaiono una vera e propria truffa o, se vogliamo, una presa in giro di questi cittadini anziani. Infatti, quando il ministro dice che un cittadino sottoscrive obbligatoriamente

una forma assicurativa per garantirsi adeguati livelli assistenziali nell'età avanzata, dimentica che lo stesso cittadino, durante la sua vita lavorativa, ha già stipulato con lo Stato un patto sociale che si sostanzia attraverso i contributi fiscali e previdenziali, che dovrebbero garantire, in caso di bisogno, le prestazioni e l'assistenza necessaria. Da una parte quindi il Governo afferma che è necessario ridurre la pressione fiscale, dall'altra introduce ulteriori meccanismi di prelievo fiscale, tramite l'assicurazione obbligatoria, soprattutto a carico delle fasce più deboli della popolazione. Tutto ciò, oltre ad essere economicamente discutibile, in quanto tenderebbe inevitabilmente a ridurre il potere d'acquisto dei salari e quindi il consumo medio dei cittadini, è anche profondamente ingiusto, inaccettabile e si presenta come un'ulteriore ferita ai diritti dei cittadini che il Governo dovrebbe invece preoccuparsi di garantire (purtroppo, in questo modo non lo farebbe).

Infine, viene reso esplicito l'invito ai soggetti privati ad investire sul terreno della sanità pubblica. Siamo assolutamente convinti — il decreto legislativo n. 229 del 1999 è su questo punto esplicito e coerente — che la sanità pubblica non sia solo gestione diretta dei servizi ma anche e soprattutto azione politica, volta a garantire ai cittadini accesso, appropriatezza e qualità delle prestazioni. È questo il ruolo specifico dell'azione delle regioni e degli enti locali, su cui le stesse devono misurare la loro capacità di governo, e non certo quello che si sostanzia nel costruire modelli sanitari che promuovono la separatezza dei cittadini. L'ingresso dei capitali privati nella sanità pubblica deve essere quindi visto in questa chiave di lettura e non come elemento economico sostitutivo o aggiuntivo all'azione dello Stato, anche perché l'investitore privato, giustamente ed ovviamente, si aspetta legittimamente un ritorno economico del proprio investimento: chi dovrebbe garantire tale ritorno economico? Le finanze dello Stato, le regioni, o le tasche dei cittadini? Questa è la domanda che rivolgo. In un sistema dove la domanda è

fortemente determinata da chi gestisce il fronte dell'offerta e nell'ipotesi che il ministro fa intravedere, ove gli investimenti privati siano orientati verso la gestione di strutture erogatrici di prestazioni (ospedali e strutture diagnostiche) appare inevitabile, a fronte di una spesa che in altra parte del documento si dice di voler razionalizzare e rendere efficiente, che di nuovo si tenderà, tramite meccanismi assicurativi privati, ad introdurre ulteriori prelievi nei confronti dei cittadini, accrescendo la distanza tra chi ha possibilità economiche e chi non le ha.

Inoltre, è del tutto assente nel documento del ministro (mi auguro sia stata solo una svista dei collaboratori tecnici) la problematica attinente alla prevenzione e alla sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro.

Per noi questa è una preoccupazione significativa. È una omissione non facilmente accettabile perché rivela quale concezione della sanità pubblica appartenga a questo Governo, quasi che le norme che tutelano il lavoro siano laccioli che il Presidente del Consiglio ritiene limitanti allo sviluppo dell'impresa: la sanità però non è un'impresa. Se lei, ministro, non risponderà a quest'ultima richiesta, avallerà una visione del capitalismo arretrata, niente affatto moderna, e addirittura pre-capitalistica.

Termino il mio intervento chiedendole che cosa si intenda per *bonus* salute.

PRESIDENTE. Onorevole Petrella, circa la conduzione della seduta di giovedì scorso, desidero fare una precisazione. In apertura di seduta avevo comunicato che il ministro sarebbe rimasto in Commissione solo fino alle 18. Non ho quindi favorito o sfavorito nessuno, né mi era dato di sapere alcunché circa gli impegni successivi del ministro stesso.

DOMENICO DI VIRGILIO. Il mio intervento riguarda principalmente alcuni aspetti etici ed antropologici, e non di tipo tecnico, quali quelli che ho avuto modo di ascoltare dai colleghi, anche perché penso che un tecnicismo esasperato in campo sanitario rischi di allontanarci e di farci

apparire poco sensibili verso i reali bisogni che provengono dal paese. Ribadisco ancora una volta che il carattere solidaristico ed universalistico non può essere assolutamente messo in discussione. È un successo di un paese civile che nessuna ideologia può attaccare; qualche collega ha detto giustamente che nella sanità le ideologie dovrebbero rimanere fuori della porta. Ribadisco quindi: non si tratta di dare tutto a tutti, ma certamente occorre difendere le fasce più deboli, attraverso l'uniformità delle prestazioni a livello nazionale e mantenendo la maggiore efficienza e qualità possibili. Occorre però pur dire che l'eccessiva socializzazione ha provocato una spersonalizzazione troppo elevata dell'atto medico, che si basa invece su un principio ippocratico mai tramontato: il rapporto di fiducia tra il medico ed il paziente. Ebbene, tale rapporto, come ha anche detto il ministro, non è mai sceso così in basso nella storia della medicina e sarà quindi un punto fondamentale che lei dovrà risolvere nel suo programma, accanto all'esame di quegli aspetti economici su cui non mi soffermo, pur ritenendoli essenziali.

Il medico di famiglia è una cerniera fondamentale nel Sistema sanitario nazionale e ha subito in questi ultimi decenni una mortificazione perché le sue prestazioni sono in genere limitate ad una passività decisionale e ad una carenza quasi assoluta di legami con i medici ospedalieri ed universitari. Tale rapporto è invece necessario perché l'atto medico non è solo settoriale, ma coinvolge l'individuo in una visione olistica, che non può non interessare colui che è più vicino alle famiglie e che conosce meglio di tutti gli aspetti psicologici del paziente. Occorre allora recuperare questa figura, favorendone al massimo la formazione e l'accesso alle strutture ospedaliere ed universitarie, di modo che sia possibile limitare molte storture e inserirsi efficacemente nella catena assistenziale. Nel sistema sanitario la prevalenza del valore economico incide negativamente sul rapporto tra il medico ed il paziente. Esso non può essere la guida essenziale di una prestazione sani-

taria, sia pubblica che privata. L'introduzione dei DRG non poteva non provocare storture perché tutte le aziende ospedaliere cercano in ogni maniera, sulla base dei costi e dei ricavi, di ottenere il massimo del profitto, il che genera il grave fenomeno delle dimissioni precoci e determina un sovraccarico per le famiglie di prestazioni assistenziali e convalescenziali, a scapito della qualità dei servizi. A ciò si aggiunga un altro grave fattore: la demotivazione degli operatori sanitari.

Signor ministro, perché mai un giovane oggi dovrebbe scegliere la carriera infermieristica? In Italia abbiamo una forte carenza di infermieri (siamo costretti ad importarli dall'estero) provocata dai bassi salari e dalla scarsa considerazione del loro ruolo; occorre quindi ripristinare una figura, quella dell'ausiliario, che svolga mansioni pratiche (accudire il malato nelle sue esigenze personali senza interferire nelle pratiche terapeutiche) ben differenti da quelle svolte dall'infermiere professionale, munito di un diploma di laurea. La demotivazione degli operatori sanitari medici è anche suscitata dall'appiattimento della professionalità: nelle università e negli ospedali abbiamo un esercito di « medici generali »: tutti cioè sono dirigenti. In tal modo, per una logica strettamente sindacale e corporativa i medici operanti in ospedale sono attualmente in una situazione gerarchica confusa e poco utile ad una ordinata assistenza, mentre la funzione del primario, con la sua responsabilità, è annientata, con gravi ripercussioni sull'efficienza dei reparti.

Il tema della professione *intra moenia* va analizzato in questo senso: nella maggior parte degli ospedali che ho conosciuto nel mondo, è la struttura che deve funzionare a tempo pieno e non limitando la prestazione fino ad una certa ora, con decadenza dell'efficienza e della quantità delle prestazioni una volta che quell'ora sia passata.

L'assistenza medica sul territorio costituisce un deserto sanitario: le strutture sono fatiscenti, mentre l'invecchiamento della popolazione richiede invece uno studio prospettico delle possibilità sociali che

permettano alle famiglie di trovare una soluzione per gli anziani non più autosufficienti.

Si parla tanto di eticità del sistema e di umanizzazione degli operatori sanitari e delle strutture. Ma in questo campo è fondamentale la formazione del personale, che deve essere continua per tutti gli operatori e non può limitarsi ai medici: la prestazione sanitaria infatti è un circuito composto di varie figure e professionalità.

Per quanto riguarda la ricerca l'Italia è in una posizione di grande sofferenza. Non abbiamo fondi a sufficienza, mentre i nostri ricercatori migliori vanno all'estero ed hanno successo: evidentemente ci sono allora capacità e cervelli. Dobbiamo dare allora un nuovo impulso per la ricerca, armonizzando i diversi aspetti degli istituti a carattere scientifico, con una ricaduta pratica sulla loro produttività - che finora non c'è stata - e incentivando la ricerca di base, che oggi siamo certamente in grado di effettuare. Ho avuto il piacere di far parte della commissione Veronesi sulle cellule staminali: mi sono reso conto che l'Italia non ha nulla da invidiare a nessun paese al mondo. Questo filone di ricerca darà sicuramente risposte alle aspettative di tanti pazienti, che oggi vivono gravi patologie, se sarà adeguatamente sostenuta e finalizzata.

Signor ministro, faccia in modo che la ricerca italiana decolli, chiedendo le necessarie risorse economiche.

LUIGI PEPE. Signor ministro, ho avuto l'onore di essere preceduto dalla collega Labate, di cui condivido per intero l'intervento, includendo anche la parte riguardante la censura del suo comportamento nella seduta di giovedì scorso.

Farò delle brevi considerazioni, partendo dalle sue intenzioni di lasciare allo Stato le direttive strategiche per la sanità, dando piena autonomia alle regioni, con le quali si concorderà il ripiano del debito e si stipulerà un contratto per responsabilizzarle totalmente nel giro di tre anni. Signor ministro, ritengo che si debba cominciare dal finanziamento della sanità, che oggi è pari a circa 134 mila miliardi

e che, secondo quello che lei ha detto, andrebbe incrementato. Valutando le ricadute sul territorio negli anni successivi, non soltanto non ci sarà un aumento ma, percentualmente, ci sarà un decremento. Allora bisogna stabilire che cosa si vuole da questa sanità. Signor ministro, ho grande stima della sua persona, come clinico e ricercatore, ma la inviterei a valutare la sanità in modo globale: quest'ultima non è soltanto l'ospedale o l'università, è principalmente tutela della salute sul territorio e, molto più spesso, alla periferia di quest'ultimo. Se noi consideriamo questo aspetto, sicuramente possiamo addentrarci nel pianeta sanità, valutandone tutti gli aspetti, dagli ospedali di periferia al territorio.

Lei ritiene giustamente di dover agire sugli sprechi, ma non condivido il fatto che abbia proposto di costituire una Commissione d'inchiesta. Noi le chiediamo che lo faccia il suo ministero perché ne ha la facoltà ed il dovere. Comunque, non credo che esista un solo cittadino che non approvi l'intenzione politica di chi vuole utilizzare al meglio le risorse disponibili.

Entrando nello specifico e venendo a quelle che sono le carenze territoriali e globali della sanità, è necessario indirizzare tutti gli sforzi per poter riequilibrare il sistema.

Lei ha parlato di liste d'attesa: chi opera ogni giorno sul territorio - io faccio ancora il medico condotto - conosce quali sono le difficoltà.

Le liste d'attesa si combattono in diversi modi, in primo luogo incentivando il personale medico e paramedico negli ospedali, fissando una retribuzione di tipo europeo in modo tale che essi possano rendere molto di più: i nostri operatori medici e paramedici sono mortificati rispetto alla media delle retribuzioni europee. Inoltre, è necessario potenziare le strutture territoriali: nel caso in cui ci fosse una lunga lista d'attesa, come qualcuno ha già detto, ad esempio per una visita cardiologica, si potrebbe tranquillamente raddoppiare o triplicare l'organico degli specialisti convenzionati interni; le liste d'attesa sicuramente si ridurrebbero.

Si potrebbe potenziare l'organico degli ospedali con colleghi in grado di dedicare la maggior parte del proprio lavoro alla patologia medio-alta, se sgravati da compiti che possono essere svolti sul territorio.

Signor ministro, cosa costa, in prospettiva, analizzare le effettive esigenze territoriali e potenziare questi organici (cardiologi, chirurghi, oncologi, radiologi) sul territorio? Non tutti poi riescono a comprendere quali sono gli specialisti, diciamo pure i summaisti, per essere ancora più chiari: si svolgerebbe un'opera altamente meritoria.

Il secondo argomento che vorrei proporre riguarda la spesa farmaceutica; sono sicuro che ognuno si è posto, spero nel modo giusto, questo problema, che non si può risolvere in modo semplicistico, come tenta di fare il collega Lucchese: un medico di medicina generale che parrebbe voglia addirittura attuare la multiprescrizione o prescrivere molto di più del necessario. Non si affronta il problema in questo modo; molto spesso lo si subisce perché non c'è un coordinamento chiaro ed una integrazione vera tra l'ospedale ed il territorio: non attribuisco la colpa a nessuno salvo, forse, ad una mancanza di intesa tra tutti. Nel settore farmaceutico è stato individuato un mezzo con cui gli sprechi possono essere limitati: l'introduzione dei farmaci generici. Signor ministro, mi vuole spiegare, per cortesia, per quale motivo è slittata l'introduzione del farmaco generico? Quali benefici può arrecare il principio che il Governo parrebbe voglia adottare? Ad esempio, il nimesulide si trova in confezioni che costano rispettivamente 9.500 lire, 18 mila e 21 mila lire: se affermiamo che il cittadino paga la differenza tra 18 mila lire e 21 mila lire, avremo sicuramente fatto un buco nell'acqua. Se vogliamo effettivamente creare un deterrente, visto che parliamo di farmaci che sono ormai fuori brevetto, dobbiamo usare il prezzo più basso e quello più alto: in questo modo si produrrà una azione incisiva. Non è facile far comprendere ciò al cittadino, che ritiene di essere mortificato nella sua legittima aspettativa.

Signor ministro, lei è stato molto chiaro nell'espone la sua strategia ospedaliera: ha affermato che esistono moltissimi rami secchi, realtà che non possiamo negare, doppioni e ospedali che invece, a mio avviso, non andrebbero chiusi: cominciamo allora a discutere di riconversione degli ospedali. Sappiamo tutti che in Italia c'è necessità di reparti di rianimazione e di riabilitazione: cerchiamo di capire in quale modo questi ospedali possano essere riconvertiti, eliminando la mobilità passiva, e valorizzando centri che invece di erogare prestazioni che possano essere fornite a quattro o cinque chilometri di distanza dalla residenza del cittadino invece diventino poli di attrazione per una medicina sempre più qualificata dal punto di vista territoriale. Si può fare ciò: è sufficiente lavorare in vista di questo obiettivo.

Signor ministro, vorrei chiedere quello che anche altri hanno domandato: durante la campagna elettorale (sono stato uno dei pochi) ho parlato molto del buono salute, che non è ciò cui si riferiva l'onorevole Conti (quello è il *budget*). Il buono salute conduce inevitabilmente alle assicurazioni: signor ministro, le farò avere il mio intervento - pronunciato durante il dibattito sulla fiducia al Governo Berlusconi - in cui ho stabilito un parallelo tra i costi della sanità americana e quella italiana. Negli Stati Uniti c'è una spesa *pro capite* quattro volte superiore a quella italiana: nonostante ciò, vi sono 37 milioni di cittadini americani senza assistenza e 25 milioni di cittadini con un'assistenza parziale. Sento dire - ma sono confortato, purtroppo, da dichiarazioni pubbliche di Speroni, capo di gabinetto del ministro Bossi - che avremo una sanità riformata sul modello di quella svizzera. La collega Labate è intervenuta in modo molto preciso riguardo le percentuali: vorrei citare l'articolo 110 del testo unico in materia sanitaria, chiedendo al ministro se ha avuto modo di conoscere concretamente la sanità svizzera. Il Presidente Berlusconi conosce la sanità svizzera? Il presidente della Commissione conosce la sanità svizzera? Sono un medico di base e, molto

spesso, i miei assistiti tornano dalla Svizzera, dove si sono recati anche solo per le vacanze e dove pagano tutto per poi essere rimborsati parzialmente. Ritengo che i nostri elettori, i cittadini — che non devono aver paura di ammalarsi — non si rallegrerebbero se tornassimo nei collegi dicendo che, probabilmente, dovranno pagarsi tutte le spese sanitarie, secondo ciò che afferma Speroni (la Lega è un partito di maggioranza). Spero che il ministro oggi ci dica chiaramente qualcosa su questo argomento, perché credo che i cittadini italiani, opportunamente informati, avranno probabilmente una reazione molto più forte ed intensa di quella del 1994, quando si è affrontato il problema della riforma delle pensioni. Signor ministro, conoscendo la sua caratura professionale e morale, la sua sensibilità, spero fortemente che ciò non accada e mi auguro che vorrà riflettere personalmente sulla questione, indipendentemente dalle linee politiche che possono esserle dettate.

PRESIDENTE. Ritengo opportuno concludere l'audizione entro la giornata di oggi, considerate le previsioni sull'andamento dei lavori dell'Assemblea nelle giornate di domani e dopodomani. Poiché il ministro ci ha dato la sua disponibilità, sospendo la seduta, rinviando il seguito dell'audizione alle ore 17.30.

Avverto che l'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi è immediatamente convocato.

La seduta, sospesa alle ore 14, è ripresa alle 17.40.

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori.

GIANNI MANCUSO. Signor presidente, onorevoli colleghi, desidero ringraziare il ministro Sirchia per la semplicità e la chiarezza della sua relazione, in cui intravedo le basi per un buon lavoro futuro; e lo ringrazio anche per aver ribadito i cinque punti strutturali fondamentali. Mi limiterò ad aggiungere sinteticamente qualche considerazione a quanto detto nel suo intervento dall'onorevole Conti.

Signor ministro, dalla sua relazione nel suo complesso si evince un approccio culturale, organizzativo e funzionale al Servizio sanitario nazionale, volto a garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute. In questo settore la via maestra è costituita, a mio parere, dal rispetto della dignità della persona e della scelta informata e consapevole, dalla facile accessibilità all'assistenza, dall'applicazione di principi di efficienza ed economicità, e dal coinvolgimento di tutti i soggetti con cui occorre interagire per raggiungere l'obiettivo della tutela della salute quali l'università, il privato sociale, il volontariato e l'imprenditoria privata.

Nonostante le tre riforme sanitarie esiste ancora la necessità di interpretare il processo di raggiungimento di tale obiettivo come un percorso di assistenza, uscendo dalla logica dell'episodicità e superando il concetto della centralità dell'ospedale. A questo fine potrebbe essere opportuno predisporre delle linee guida, al fine di far comprendere il modello di sanità che si vuole realizzare; così, ad esempio, in tema di separazione tra acquirenti e produttori di servizi sanitari nell'ambito del modello organizzativo territoriale che ogni azienda sanitaria sceglie.

Come sappiamo la rete ospedaliera italiana è costituita da ospedali importanti di livello nazionale e da ospedali di medie dimensioni (con dipartimenti di emergenza e accettazione di primo livello) e da un enorme numero di ospedali inadeguati che andrebbero chiusi o trasformati in strutture diverse. Inoltre occorre la definizione di un rapporto con gli erogatori privati di servizi sanitari accreditati che sia basato, oltre che sulla competizione di mercato (come il modello lombardo), anche sulla cooperazione.

Sarebbe opportuno anche lo sviluppo di un nuovo rapporto con le università al fine di favorire, oltre alla formazione, alla ricerca e alla didattica, anche l'innovazione tecnologica sotto forma di ricerca articolata in due livelli: un primo livello diagnostico e un secondo livello dato dalla clinica innovativa avanzata. Così come sarebbe opportuno il superamento del si-

stema di finanziamento dei soggetti erogatori dei servizi sanitari basato sulla spesa storica, al fine di affermare la corrispondenza fra qualità, appropriatezza ed esito delle prestazioni. Ancora, va incentivata l'istituzione di scuole di formazione manageriale orientate all'organizzazione ed alla gestione dei servizi, al fine di superare la logica di trasformare gli economi degli ospedali in *manager*; in questo senso è anche mancata l'instaurazione di una cultura *ad hoc*. Sebbene la seconda riforma sanitaria — attuata dai decreti legislativi n. 502 e n. 517, entrambi del 1992 — prevedesse l'aziendalizzazione, di fatto poi, mancavano le persone appositamente formate per guidare queste aziende.

Per quanto concerne i presidi ospedalieri, è necessario distinguere tra quelli per degenti affetti da patologie acute e quelli per degenti con patologie post-acute. I primi vanno organizzati per dipartimenti medico-chirurgici e dotati di risorse economiche proprie; i secondi si caratterizzano per l'erogazione di prestazioni clinico-assistenziali necessarie per il recupero della persona, eventualmente associate a prestazioni riabilitative, e collegate con le diverse patologie successive all'episodio acuto.

Signor ministro, mi consentirà — visto il mio retroterra culturale — di richiamare la sua attenzione anche sulla sanità pubblica veterinaria, la quale dovrà continuare ad avere tra i suoi obiettivi il controllo delle patologie trasmissibili degli animali sia tra di loro sia tra gli animali e l'uomo, la vigilanza e l'ispezione sugli alimenti di origine animale durante le fasi del processo di produzione, lavorazione e commercializzazione, il controllo dei residui di sostanze tossiche e nocive, la salvaguardia del rapporto uomo-animale-ambiente, con particolare riferimento al benessere degli animali da reddito nonché alla protezione degli animali da affezione che a milioni vivono nelle nostre case.

Nella sua relazione ho riscontrato un interessante ed opportuno riferimento agli stili di vita inadeguati quali il fumo, l'alcol, le diete alimentari scorrette e quant'altro, con conseguenti danni sociali che do-

vranno essere fronteggiati da campagne informative ed educative. Opportuno mi è sembrato — sempre nella sua relazione — il richiamo all'emergenza infermieristica e i conseguenti correttivi proposti di fronte ad una generale caduta delle vocazioni nei confronti di questa difficilissima professione; ben venga, allora, la proposta di aprire ulteriori scuole presso gli ospedali che non sono sedi di università.

Riguardo alla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli sprechi, ritengo sia uno strumento utile e autorevole per garantire l'uso corretto delle risorse economiche.

Infine, nella sua relazione vi è anche un richiamo alla motivazione dei medici, in particolare, all'eliminazione delle cosiddette doppie corsie; è un richiamo che mi sento di condividere, e che suona quale garbata ma sostanziale condanna alla riforma Bindi, che ha creato queste due gravi anomalie, sulle quali si è detto e probabilmente si continuerà a dire molto.

Signor ministro, concludo il mio intervento esprimendole la mia solidarietà in merito ai ripetuti e, secondo me, ingiustificati attacchi portati alla sua persona, sfociati nella strumentale gazzarra della conferenza stampa di qualche giorno fa e la ringrazio per i contenuti del suo programma strategico.

GIORGIO BOGI. Signor ministro, è noto a tutti che uno dei problemi dei sistemi sanitari nazionali è quello di far corrispondere le prestazioni alle finalità. Sembra una banalità ma questa è la grande difficoltà che sempre si riscontra; quando si sostiene la necessità di definire i livelli essenziali di assistenza, in realtà, ho l'impressione che non abbiamo neppure il metodo per farlo se non quello della compilazione delle liste negative, visto che la lista positiva è esposta al grave rischio delle mancanze. Al momento definiamo i livelli essenziali di assistenza mediante liste negative. Ritengo che metodologicamente sia un grosso problema, ma legare questi livelli all'universalità del-

l'accesso dipende dalle caratteristiche del sistema e dalle linee di governo dello stesso.

Uno dei problemi che abbiamo di fronte, per garantire l'universalità dell'accesso, è quello di assicurare le prestazioni sul territorio. Non riesco a comprendere come il buono salute si colleghi con l'effettiva copertura del territorio. Tale comprensione mi riesce difficile perché si possono avere diversi tipi di buono salute (non certo quello richiamato dall'onorevole Conti, che a mio parere confondeva il *budget* del medico di base, nel sistema sanitario britannico, con il buono salute). Bisogna sapere innanzitutto che cos'è esattamente il buono salute; perché se tale strumento espone al rischio di non garantire le prestazioni sul territorio, non si riuscirà a garantire l'universalità dell'accesso. Ancora, se il buono salute si lega ad alcuni aspetti del profitto il sistema potrebbe tendere ad assumere una struttura a pelle di leopardo, dove le « macchie » non si troverebbero in quelle zone in cui non si prospetta la possibilità di realizzare un profitto. Pertanto, il rapporto fra universalità dell'accesso, fondo sanitario nazionale e copertura del territorio è di interdipendenza. Risulta chiaro che la copertura diffusa del territorio ha un onere; se il finanziamento di quest'onere fosse, per la limitatezza delle risorse, inferiore al dovuto, parte del territorio resterebbe scoperto. Pertanto, la discussione sul buono salute si può precisare solo nel momento in cui il Governo definisce esattamente i connotati dello stesso. Considerare il buono salute come una tecnicità, secondo me, è un errore, nel senso che esso costituisce una delle caratteristiche di assetto del sistema, specie se in grado di minacciare, come dicevo prima, la disponibilità di prestazioni sul territorio, che già adesso è carente per diversi motivi. A mio parere questo costituisce uno dei nodi che dobbiamo affrontare e che rappresenta uno degli elementi di giudizio della politica sanitaria che il Governo vuole attuare. Diventa pertanto arbitrario anticipare il giudizio non conoscendo le caratteristiche del buono salute.

Una seconda osservazione concerne le risorse destinate al finanziamento del sistema sanitario nazionale. In particolare, nel momento in cui si indica l'oggettiva limitatezza delle risorse pubbliche, si accenna indirettamente all'opportunità che risorse private possano entrare nel sistema sanitario. Il problema allora è se queste risorse private vengano portate a sistema, cioè se le stesse aumentano la disponibilità finanziaria in modo da consentire la copertura del territorio. È chiaro che esiste una disponibilità di spesa privata (stimata intorno ai 45 mila miliardi), al di là di quello che i cittadini pagano come contributi ed imposizione fiscale. Tale possibilità aumenta in maniera consistente la disponibilità finanziaria complessiva e quindi consente un miglioramento del funzionamento del sistema sanitario. Da questo punto di vista, i fondi integrativi sono stati una delle ultime proposte per ricondurre nel sistema la disponibilità privata a spendere. D'altronde, in nessun paese del mondo la spesa destinata alla tutela della salute risulta oggettivamente sufficiente.

Signor ministro, un altro aspetto che ho colto nell'esposizione della sua relazione è quello relativo all'esigenza di articolazione del sistema sanitario, tra cui sicuramente rientra il riferimento nonché l'esigenza di informare i cittadini sulle caratteristiche di qualità e sulle offerte di prestazioni da parte dei vari istituti; ciò costituisce oggettivamente un progresso. Altro elemento di articolazione è la disponibilità di una autorevole comunicazione scientifico-divulgativa, la cui mancanza — come lei ha potuto notare — costituisce un elemento distorsivo.

Un ulteriore contributo in tal senso è dato dalla riflessione sulla figura dei medici. Che cos'è il medico nel sistema? È un elemento di articolazione della filiera dirigenziale, oppure no? È un tecnico oppure un dirigente? È chiaro a tutti che la garanzia delle prestazioni universalmente accessibili non dipende da una forte centralizzazione; anzi quest'ultima, insieme con un dirigismo coattivo, in realtà, allontanano dalla possibilità di rendere universale l'accesso alle prestazioni sanitarie.

Quello sull'articolazione del sistema è un ragionamento moderno, sul quale vale la pena di soffermarsi; l'importante è che tale articolazione non minacci le caratteristiche fondamentali del sistema, in quanto la tutela della salute è un elemento prioritario in qualsiasi ragionamento. Da sempre non ho concepito il medico come un tecnico; uno dei problemi dell'articolazione è che nel sistema sanitario vi sono tre funzioni principali, di cui una è certamente quella politica, che eroga la stragrande maggioranza dei finanziamenti e come tale è rilevante. Rilevante è anche la funzione amministrativa, soprattutto per quanto concerne l'equilibrio economico-finanziario del sistema. È rilevante oppure no la funzione professionale? Io credo di sì; queste tre funzioni sono solo per alcuni aspetti subalterne le une alle altre, nel senso che non vi è una rigida gerarchia. Tuttavia, il prodotto del sistema è di tipo professionale; esiste anche una professionalità di gestione, ma la tipicità di questo prodotto è quella medica. Il medico, fra l'altro, è un grande mediatore di spesa; pertanto, rendere il medico un subalterno ha conseguenze negative sia in termini di prodotto medico sia rispetto all'obiettivo di ridurre le spese. Ascoltando certe affermazioni secondo cui l'abolizione dei *ticket* ha fatto aumentare la spesa farmaceutica, mi chiedo perché non si faccia riferimento ai medici che redigono le prescrizioni; i medici si vogliono fare carico di questa responsabilità o sono protetti dal *ticket*? Essi hanno una grande responsabilità, da tutti i punti di vista. Il problema del governo clinico, in ospedale e nel distretto sanitario, è uno dei tratti di riequilibrio del rapporto fra la funzione professionale, quella politica e quella amministrativa. Se non si tiene presente questo aspetto il sistema, secondo me, presenterà dei vizi di governabilità.

DONATO RENATO MOSELLA. Signor ministro, il dibattito molto interessante che si è svolto dimostra ancora una volta come fosse ingiustificato il modo in cui esso è iniziato, con momenti che sicuramente non hanno gratificato nessuno. La

conferenza stampa che ha avuto i toni che abbiamo ascoltato ritengo sia stato veramente un evento incomprensibile soprattutto dopo un confronto che mi è parso ricco di spunti, in quanto l'enunciazione delle sue linee programmatiche, pur se scarna ed essenziale, è stata interessante. Aspettiamo dalla sua replica una spiegazione del perché si sia data precedenza alla stampa, il che ci ha costretto a « rincorrere » i vari articoli al fine di poter preparare i nostri interventi di oggi che vogliono semplicemente contribuire ad una riflessione la quale, trattando di materia molto delicata e complessa, meritava una maggiore serenità. D'altronde si trattava di una richiesta, da parte nostra, di approfondimento dei punti che lei, in maniera succinta, ha trattato nella sua relazione.

Il settore sanitario richiede un impegno - di cui sentiamo una forte responsabilità - che può e deve proseguire su una strada che, a nostro giudizio, è stata già ben tracciata. Pertanto, risulta incomprensibile, se non letto in chiave meramente politica, perché, quando si parla di sanità, sembra che si debba ripartire da zero. Nella sua relazione infatti manca la premessa, cioè chiarire se si agirà in continuità o meno con quanto di buono è stato realizzato negli ultimi anni. Gli italiani sono a conoscenza dei progressi molto importanti realizzati nel settore sanitario; certamente rimangono ancora spazi per ulteriori miglioramenti da apportare, ma dire che si debba iniziare da zero ritengo sia un grave peccato di omissione.

Svolgerò alcune rapide riflessioni. La prima riguarda il decentramento, e quindi le regioni. Il Governo dovrà porre attenzione sul tema della solidarietà fra le varie componenti regionali soprattutto perché il nostro paese, da questo versante, presenta delle diversità, alcune delle quali veramente sostanziali. Signor ministro, quale indirizzo ritiene si debba seguire per avere la certezza che nel decentrare le competenze e le risorse alle regioni vi sia equità? Vorrei inoltre capire come i *gap* che esistono fra le varie regioni possano essere annullati in tempi brevi, soprattutto per

venire incontro a quei cittadini costretti a lunghi spostamenti alla ricerca di un servizio sanitario migliore.

Signor ministro, nella sua relazione lei ha fatto riferimento agli sprechi e, in particolare, ad una condizione del paese in cui questi sono favoriti da mode e da stili di vita, caratterizzati tra l'altro da approvvigionamenti indiscriminati di farmaci. Da questo punto di vista, come ha intenzione di agire per eliminare tutto ciò che, fra l'altro, incide fortemente sul sistema sanitario nazionale? È molto importante, in questi casi, prevedere dei sistemi di controllo e di verifica - lei addirittura è arrivato a proporre l'istituzione a tale scopo di Commissioni di inchiesta - e riteniamo inoltre che, come ministro della sanità, dovrebbe utilizzare gli strumenti della formazione (un'attività costante e precisa in termini di formazione della coscienza dei cittadini crediamo possa, in questa direzione, giovare) e dell'informazione; a tale scopo un accordo con il Ministero dell'istruzione potrebbe svolgere una funzione importante.

Un'ulteriore riflessione riguarda il tema degli infermieri che lei, signor ministro, ha liquidato in maniera che oserei dire drastica. La sensazione che si ha è quella di un brusco ritorno indietro; fino a ieri si sosteneva che uno degli anelli fondamentali della catena dell'efficienza del sistema sanitario nazionale - anche con riferimento al rapporto con i pazienti - fossero gli infermieri e, con la previsione del corso di laurea breve, si sarebbe potuto riconoscere il loro ruolo; invece, proprio nel momento in cui ciò sembrava realizzarsi, si vuole ritornare alle scuole per infermieri.

Credo che l'approfondimento - che a me pare necessario - portato sul tema, tema peraltro già discusso con le categorie interessate, potrebbe, anche a livello europeo, metterci in condizione di pari dignità, indicando altresì una strada percorribile. Vista la necessità determinata dall'evidente fabbisogno di personale, per quale preconcetto non si vuole guardare, in maniera ottimistica, al mondo del volontariato sanitario che in questo paese

costituisce una grande ricchezza? Il ministero non mancherà, con tutte le divisioni e le *task force* che lei sta apprestando, di operare una riflessione ed un'indagine in questa direzione. Lei si renderà conto di avere di fronte un paese straordinariamente ricco di risorse di volontariato, le quali potrebbero - adeguatamente formate, queste sì, attraverso le scuole per infermieri volontari - sopperire ad un fabbisogno immediato, consentendo agli infermieri di « crescere » secondo un percorso formativo adeguato alla dignità ed anche alle richieste da noi rivolte alla categoria. Sempre in questa direzione, la invito a voler considerare il funzionamento del sistema sanitario territoriale in occasione del grande Giubileo dell'anno 2000, quando i pellegrini hanno, spesso, potuto evitare di ricorrere alle strutture ospedaliere per evenienze banali, spesso riguardanti la popolazione anziana: nella sua relazione ho potuto apprezzare, a tal riguardo, un passaggio abbastanza interessante. Si è così potuto scongiurare il pericolo di una congestione, spesso per futili motivi, delle strutture medesime; alla luce di tali considerazioni non vorremmo scorgere lo spettro dei cronicari, nei quali gli anziani vengono divisi secondo le problematiche (ma, probabilmente, anche secondo il portafoglio) e ghettizzati. Non vorremmo si ricreassero scenari che francamente desidereremmo dimenticare per sempre.

AUGUSTO BATTAGLIA. Signor presidente, signor ministro, il mio sarà un intervento breve, per tante ragioni, non ultima la circostanza che, prima di me, altri autorevoli colleghi si sono espressi ed hanno affrontato gli aspetti più significativi del suo intervento e delle sue proposte. Sono stati, perciò, già esaminate le questioni con le quali, del resto, chiunque abbia a che fare con la sanità si misura quotidianamente. Si tratta di problemi complessi che, essendo di non facile soluzione, meritano da parte nostra non solo molto realismo e concretezza ma anche molto rigore.