

L'attesa dell'incontro, a lungo sollecitato, con il ministro è stata lunga; devo dire che ci rendiamo conto di come i tempi si siano prolungati anche per effetto di evidenti contrasti all'interno della maggioranza. Infatti, sulla materia sanitaria, non vi è, secondo quanto emerso in queste settimane nel corso del dibattito parlamentare sul ministero della sanità — ma anche nei discorsi di queste ore —, una vera posizione unanime; piuttosto, mi pare vi siano ancora divisioni, punti di vista naturalmente tutti legittimi, ma non sempre omogenei tra loro. Credo che proprio per tali motivi gli argomenti portati non ci abbiano del tutto tranquillizzati. È chiaro che noi non possiamo contestare i principi da cui lei, ministro, è partito nella sua relazione. Credo, infatti, siano condivisi e certamente condivisibili principi quali il sistema universalistico, la solidarietà, la centralità del malato; invero, sono tutte questioni che a noi stanno particolarmente a cuore. Il problema è costituito, anche in questa materia, dalla concretizzazione di tali valori; analoghi argomenti, del resto, abbiamo dovuto utilizzare anche in occasione del confronto in Commissione con il ministro Maroni in materia sociale. Infatti vediamo che, quando si passa dalle intenzioni dichiarate alla loro concretizzazione formulando proposte operative si prospettano cambiamenti non sempre omogenei, uniformi e, soprattutto, conseguenti ai principi.

Infatti, da quanto anche in questa occasione si è detto nonché dalla lettura del Documento di programmazione economico-finanziaria — che traccia una parte importante del sistema che si vuole realizzare nei prossimi mesi — e anche dalle molteplici, non sempre coerenti conferenze stampa di queste settimane, abbiamo inferito che il modello che emerge è pericoloso ed anche poco convincente. Quando, nel Documento di programmazione economico-finanziaria, si afferma che le regioni avranno il potere di adottare leggi sostitutive di quella nazionale, non ci si pone più nell'ambito della libera competizione tra le regioni in materia di interventi, servizi, impostazioni, modelli

organizzativi finalizzati, da una parte, a raggiungere maggiori livelli di efficacia, efficienza e qualità e, dall'altra, a rispondere alle necessità di adattamento dei modelli medesimi alle caratteristiche del territorio.

L'Italia è divisa in 20 regioni; non tutte hanno le stesse caratteristiche dal punto di vista della popolazione, dal punto di vista sociale, economico, culturale e della formazione del territorio. Sono tutte circostanze che certamente nei modelli organizzativi della sanità « pesano » e quindi è importante che le regioni abbiano la possibilità di organizzarsi nella maniera che ritengano più efficace e più rispondente alle caratteristiche del loro territorio e della popolazione che devono assistere. Diverso è quando si creano le premesse per creare sistemi sanitari regionali che possano, al di fuori di principi definiti, condivisi e concordati, muoversi nella maniera più disparata.

In fondo, la polemica sul buono salute che ogni tanto ricorre non la vogliamo noi, come elemento di polemica; piuttosto, è determinata dalla sua stessa natura. Circa il buono salute abbiamo letto gli argomenti contenuti nel vostro programma elettorale ed abbiamo ascoltato i chiarimenti del ministro Maroni (anche in occasione del confronto avuto in questi giorni). In qualche modo, si è anche consentito alla sua introduzione da parte delle regioni; adesso, al di là della esigenza di capire bene cos'è il buono salute, mi interessa soprattutto sapere cosa può succedere se una regione decide di adottarlo come dotazione finanziaria per ogni cittadino — dotazione di cui il cittadino possa usufruire magari per stipulare una polizza assicurativa — e una regione, invece, fa una scelta diversa. Ebbene, in tal caso cosa avverrà quando un cittadino della prima regione si va a curare nella seconda? Come si possono armonizzare e definire obiettivi di politica sanitaria e livelli di assistenza uniformi in un sistema in cui si può operare nelle maniere più disparate? Soprattutto, noi temiamo che tali misure siano un po' la premessa che consentirà alle regioni più forti di svincolarsi da una

parte dal sistema, permettendo loro, altresì, di sottrarsi ai doveri di solidarietà che devono sussistere in uno Stato unitario, anche se federale. Temiamo anche gli squilibri che possono venire dal diverso funzionamento dei servizi, nel senso che modelli diversi possono attrarre essi stessi risorse da una regione all'altra e determinare per tale via processi di impoverimento delle regioni più svantaggiate.

Quindi credo che in sostanza tale modello possa — almeno secondo il nostro punto di vista — rompere non solo il patto di solidarietà tra le regioni ma anche quello tra i cittadini, considerato che darebbe la possibilità ad un cittadino di risolvere i propri problemi di salute autonomamente, svincolandosi dall'obbligo di solidarietà rispetto agli altri. Quindi, è un assetto pericoloso per tali aspetti; è, però, anche poco convincente, dati i nodi irrisolti all'interno della maggioranza. Infatti, essa discute di un disegno di legge proposto dal ministro Bossi sulla devoluzione sul quale si riscontrano in queste ore contrasti anche molto forti nell'ambito della maggioranza medesima. Si tratta di un tema con il quale la sanità è strettamente collegata visto che è una di quelle competenze che sono stretta prerogativa delle regioni. D'altra parte, quando si cerca di individuare mezzi di controllo della spesa, si pensa a strumenti che poi sono centralistici, direi dirigistici; sono, cioè, lesivi delle regioni, delle aziende sanitarie, dell'autonomia degli stessi operatori sanitari che invece andrebbero responsabilizzati.

Noi dobbiamo svolgere un'operazione diversa, consistente nell'abbandono del controllo burocratico della spesa fatto di tetti, di regole, di rigidità (che poi nella storia si sono rivelate sempre inadeguate ed aggirabili) Non sempre si riesce, attraverso le direttive centrali ad intervenire nella sostanza, cioè dove, in effetti, è la disfunzione. Possiamo immaginare i sistemi di controllo e di organizzazione più perfetti sulla carta, ma se manca la capacità di gestione e di controllo nell'attività quotidiana (che passa attraverso la responsabilizzazione degli operatori, in

primo luogo dei medici), il sistema non funziona e si rivelano inadeguate anche le iniziative mosse da buone intenzioni.

Questo discorso si collega alla proposta che lei ha fatto, signor ministro, di istituire una Commissione di inchiesta sugli sprechi; naturalmente, tutti sono interessati ad eliminare gli sprechi, a contrastare atteggiamenti e modalità che possano portare allo sperpero di denaro pubblico. Lo spreco, grave in qualsiasi caso perché si tratta di soldi dei cittadini, è ancor più grave quando parliamo di sanità, cioè di risorse che vengono sottratte ad un uso più efficace per la tutela della salute del cittadino; quindi, dobbiamo avvertire tutti la relativa responsabilità. Vogliamo capire poi se intendiamo effettivamente guardare ai meccanismi di funzionamento e di maggiore o minore responsabilizzazione degli operatori. Quindi noi non ci sottraiamo a questa proposta ma vogliamo aprire un confronto per capire che cosa si intenda effettivamente realizzare.

Un aspetto mi ha molto preoccupato: lo voglio dire esplicitamente. Già avevamo avuto le prime avvisaglie in alcune iniziative regionali, in particolare nella regione Veneto, nella programmazione delle attività formative per l'anno accademico. Mi riferisco a quanto abbiamo sentito anche qui con riguardo agli infermieri; credo siano argomenti preoccupanti non soltanto per la professione infermieristica ma anche per l'insieme delle professioni sanitarie, che è un'area sulla quale nella XIII legislatura abbiamo lavorato molto, in maniera unitaria e molto approfondita anche se, per certi aspetti, contrastata.

Però credo che alla fine tutta un'area professionale, grazie alla nuova legislazione, sia stata promossa, emancipata da un ruolo subalterno e valorizzata; le sono state date maggiori opportunità formative e di progressione anche di carriera, mentre abbiamo conferito un nuovo volto e nuova responsabilità a professioni importanti nella sanità, quali quelle infermieristiche (ad esempio, i terapisti della riabilitazione) e altre professioni sanitarie. Ritengo che molti problemi della sanità non nascano tanto dalla qualità e dai livelli di

professionalità espressi dal nostro sistema; spesso le difficoltà hanno origine organizzativa, relativamente agli aspetti, chiamiamoli così, intermedi della sanità, cioè quotidiani. Il cittadino, infatti, non si lamenta tanto del fatto che non ha risolto un problema di salute (perché il nostro sistema, tra l'altro, è valido, considerato il secondo al mondo dall'Organizzazione mondiale della sanità e da questo punto di vista soddisfa il cittadino); piuttosto, è in tanti piccoli aspetti della vita quotidiana del malato, nell'ospedale, nel poliambulatorio, che poi nascono le difficoltà. Le professioni sanitarie sono decisive in tale rapporto tra il sistema ed il cittadino. Dunque, abbiamo fatto un lavoro in questi ultimi cinque anni per promuovere le professioni, per garantire un accesso all'università, per attirare i giovani conoscendo tutti i problemi che vi sono, soprattutto nell'area del centro-nord, a reperire infermieri o altre figure di questo tipo. Ora, una volta completato quel lavoro, anziché insistere in tale direzione, anziché assumere iniziative per invogliare i giovani ad avvicinarsi a tali professioni, anziché stimolare le regioni a lavorare perché quei principi che noi abbiamo inserito nella legge si traducano in effettive responsabilità (e affinché a quei principi si dia attuazione a livello di legislazione regionale, di piante organiche di organizzazione di servizi) cosa si fa? Sostanzialmente — se ho capito bene — attribuiamo all'operatore sociosanitario — cioè a quell'operatore che avevamo individuato per affiancare l'infermiere e sgravarlo di una serie di funzioni che infermieristiche non sono, onde consentirgli di fare effettivamente il suo mestiere — competenze infermieristiche e in questo modo svuotiamo la professionalità di infermiere e torniamo a quegli infermieri generici che avevamo abbandonato.

Credo che questo sia estremamente grave e so che anche le organizzazioni degli infermieri sono mobilitate in questi giorni; ritengo sia un modo non per rafforzare ma per svuotare un lavoro fatto nel corso della precedente legislatura. Non possiamo mescolare competenze e fun-

zioni tra operatori; l'operatore socioassistenziale, l'ex OTA (operatore tecnico ausiliario) ha competenze assistenziali; l'infermiere professionale, laureato, ha competenze infermieristiche che non gli possono essere sottratte da altre figure. Analogamente, non si può fare un passo indietro rispetto alla formazione universitaria, per tornare alle vecchie scuole che abbiamo abbandonato. È una questione che vogliamo sia chiarita e che speriamo lei nella sua replica possa chiarire.

Concludo dicendo che credo, signor ministro, che lei abbia potuto apprezzare il fatto che in questa Commissione via siano tanti interlocutori, competenze e professionalità e comunque la possibilità di giovare dei tanti contributi che nascono anche da esperienze concrete fatte da molti di noi. Quindi, credo che sottrarsi al confronto con la Commissione e con il Parlamento non sia un bene e soprattutto che danneggi in primo luogo chi deve governare e prendere le decisioni; mi auguro che questo incontro sia l'inizio, invece, di un rapporto proficuo. Credo che il corretto rapporto istituzionale tra Governo e Parlamento debba prevedere che le proposte, i provvedimenti legislativi, le iniziative trovino quale primo interlocutore il Parlamento, ed in particolare questa Commissione; mi auguro, altresì, che quanto avvenuto fino ad adesso appartenga al passato. Sono un po' preoccupato, signor ministro, per la conferenza stampa di domani; non vorrei fosse una anticipazione ulteriore di altre iniziative che non vengono discusse e di cui non si dà informazione alla Commissione competente. Non vorrei ci trovassimo a prendere atto domani di un altro documento, dato alla stampa parlamentare, circa altre questioni di cui non si è parlato in questo confronto e su cui non si è avuto modo di misurarsi.

**PRESIDENTE.** La ringrazio onorevole Battaglia. Se permettete, vorrei aggiungere soltanto — e sicuramente penso di interpretare il pensiero del ministro — che, viste anche le difficoltà logistiche incontrate, sicuramente non fosse intenzione del

ministro mancare di rispetto né al Parlamento né soprattutto alla Commissione; ne stiamo dando atto oggi. Questa io ritengo sia una delle Commissioni più qualificate che vi siano oggi alla Camera per la presenza di moltissimi parlamentari che hanno acquisito ampia esperienza in questo campo e che hanno, altresì, avuto esperienze di Governo nelle passate legislature. Ritengo che ogni apporto sia importante e interessante; il Governo ed il ministro sicuramente sapranno farne tesoro.

OLGA DI SERIO D'ANTONA. Sarò breve, signor Presidente, anche perché molti autorevoli colleghi hanno già parlato prima di me ed espresso le loro preoccupazioni. Io, nella mia condizione di neo-eletta, devo dire di non avere una grandissima esperienza dei lavori parlamentari né esperienze di Governo che altri colleghi, invece, hanno. Quindi, mi sento di esprimere alcune preoccupazioni come cittadina, preoccupazioni che sono sorte anche dall'ascolto di molti degli interventi sin qui succedutisi. Da una prima lettura del documento che il ministro ha consegnato alla stampa, mi sembrava vi fossero elementi condivisibili e apparentemente di continuità con le linee del precedente Governo: si parlava di carattere universalistico e solidaristico del Servizio sanitario, di centralità del cittadino, di valorizzazione della professionalità del medico, sicuramente argomenti confortanti, parole d'ordine che anche noi abbiamo portato avanti in questi anni, financo durante la campagna elettorale. Si diceva inoltre di voler intervenire per finanziare il Servizio sanitario nazionale perché l'attuale finanziamento è insufficiente e di voler devolvere alle regioni alcune competenze. In una lettura iniziale, ciò appariva confortante; ma nell'approfondimento sono emerse alcune forti preoccupazioni, proprio perché i fatti erano contraddittori rispetto alle enunciazioni.

Si parla di carattere universalistico e solidaristico ma poi, nello stesso tempo, si propone un *bonus*; ed allora è dalla scarsa chiarezza che nasce la mia preoccupa-

zione di cittadina: a quanto ammonta questo *bonus*? In che modo viene erogato? Mi domando: se io cittadina mi trovassi in una condizione di grave malattia, nella necessità di sottopormi ad operazioni molto costose, e spendessi tutto il *bonus* assegnato, avrei, signor ministro, l'opportunità, la garanzia di essere comunque curata? È una domanda che le faccio proprio da cittadina, perché sento di rappresentare i cittadini che mi hanno eletto. Lei mi garantisce che avrò le prestazioni essenziali, anche se avrò esaurito il *bonus*? Su che cosa potrò contare? Dovrò scegliere il tipo di terapia all'interno delle possibilità concesse dalla quantità di denaro che mi è stata assegnata? Ecco, vorrei ricevere chiarimenti da tale punto di vista. Dovrò stipulare un contratto con una assicurazione privata? So che alcune assicurazioni non rinnovano il contratto dopo gravi malattie ed alcune prestazioni.

Quindi, vorrei da parte sua garanzie, spiegazioni ed assicurazioni, nei limiti del possibile. Inoltre, lei parla di equità, equità in tutto il paese; garantirla è un compito che è assegnato al Ministero della sanità; allora, mi chiedo se sia vero quanto ho letto sulla stampa, e cioè che saranno le regioni a stabilire se un cittadino dovrà pagare il *ticket* sanitario oppure no. Ancora, mi chiedo se si porrà l'eventualità che a pochi chilometri di distanza — in fondo, le regioni italiane non sono così sconfinata — o, addirittura, a poche centinaia di metri sussistano condizioni diverse per ogni singolo cittadino. Vede, le voglio raccontare un episodio, occorso durante la mia campagna elettorale, da me svolta sulle strade, nei mercati. Mi si avvicinò un giorno una signora molto anziana, una povera vecchina o, se vogliamo, una vecchina molto povera. Questa signora mi domandò se sarebbero stati reintrodotti, qualora avesse vinto lo schieramento opposto al mio, i *ticket* sui medicinali. Con un gesto impulsivo, le ho risposto di no, di stare tranquilla. Poi, un attimo dopo aver salutato questa vecchina, mi sono chiesta se la mia risposta, così istintivamente consolatoria, non fosse stata menzognera ed ho cominciato a preoccupa-

parmi. Ora, le sue affermazioni, in qualche modo, avvalorano la mia preoccupazione; sono stata affrettata nel rassicurare questa vecchina. Allora, vede, vi sono persone per le quali pagare o no un *ticket* sulle medicine rappresenta un problema, un problema vero e allora è giusto che noi mettiamo le persone nate in una regione in una condizione diversa da quelle nate in un'altra regione? Garantiremo le prestazioni essenziali a tutti? Ecco, questa è la domanda che le pongo. Riusciremo a conciliare innovazione ed equità?

Nel precedente Governo si dava una grande importanza alla prevenzione; penso, ad esempio, al piano triennale dell'handicap. Visto il grande numero di disabili, che ogni anno, purtroppo, aumentano per i gravi incidenti stradali, mi chiedo, signor ministro (anche considerato che lei, nel suo documento, dà segno di grande sensibilità nei confronti degli stili di vita dei cittadini) in che rapporto si ponga lei con il ministro dei trasporti Pietro Lunardi. Quest'ultimo non tiene conto della prevenzione, non tiene conto dell'elevato numero di incidenti stradali, di vittime, di disabilità gravi, di drammi veri e profondi per le famiglie italiane; vuole aumentare il limite di velocità a 160 chilometri all'ora ma sicuramente ciò farà crescere quei drammi e accrescerà i costi della sanità e di tutto il contesto socio-sanitario per degenze che durano fino alla fine della vita. Queste sono le domande che io sento di doverle porre e per le quali mi aspetto risposte ed assicurazioni.

**LUIGI GIACCO.** Il mio intervento vuole essere metodologico e di merito. Sul metodo vorrei sottolineare, tenendo presente la giornata di oggi, come sia importante che il ministro partecipi alla vita della Commissione e a quella dell'Assemblea, proprio perché dal dibattito vengono i suggerimenti che riguardano l'organizzazione della sanità. Per i parlamentari è comunque un fatto negativo essersi sentiti scavalcati e apprendere le notizie dalla stampa e dai mass media. È opportuno

che il confronto avvenga prima in Commissione e poi con i mass media, e non viceversa.

Sul merito mi vorrei soffermare sugli argomenti che non sono stati trattati in questa giornata. Il primo aspetto da esaminare è quello della prevenzione e lei ha fatto un accenno agli stili di vita. Ritengo fondamentale per la prevenzione parlare di educazione alla salute, che è una premessa indispensabile per risparmiare in termini economici e sociali, intervenendo anche però nei settori della vita domestica, dell'ambiente di lavoro e della strada, che rappresentano altrettanti aspetti di relazione estremamente significativi ed importanti.

Un altro tema che non risulta trattato dalla sua relazione è quello della disabilità: in Italia su mille bambini quattro sono disabili. La ricerca nel settore della prevenzione, che è assai importante per una nazione civile, può avere un rilievo significativo, soprattutto a livello genetico (si pensi anche alla ricerca biomedica per le malattie rare) per scoprire le cause di queste malattie. Il Piano sanitario nazionale del 1998-2000 presentava progetti di ricerca per il genoma umano e per le malattie mentali (altro tema importante per la nostra società). Al di là di questa prevenzione di base, sottolineo la necessità della prevenzione secondaria - intesa come diagnosi precoce - soprattutto per la disabilità. Sa meglio di me che, quanto più precocemente si interviene sia a livello educativo sia a livello riabilitativo, tanto più aumenta la probabilità che ai danni con cui si è nati non se ne aggiungano altri, che con il passare del tempo diventano probabilmente più invalidanti della minorazione primaria: affrontare tali aspetti è fondamentale per la soluzione di queste patologie.

La sanità è prevenzione, cura e riabilitazione; forse però abbiamo parlato spesso di cura e poco di prevenzione e di riabilitazione, che hanno bisogno di vedere rafforzata la rete dei servizi sul territorio. Per la riabilitazione è previsto un posto letto per ogni mille abitanti: in Italia abbiamo 55 milioni di abitanti, 27.000

posti letto con una carenza di ben 25 mila, tenendo conto che la maggior parte risultano collocati soprattutto al centro e al nord, mentre il sud ne è quasi sprovvisto, determinando un fenomeno migratorio notevole. Un altro problema importante è la mancanza di unità spinali unipolari, che sono fondamentali per le patologie provocate dagli incidenti stradali.

L'altra considerazione da fare riguarda la norma che regola i centri di riabilitazione per i pazienti che hanno bisogno di un intervento. Come pagano le ASL queste rette e quali sono gli standard qualitativi garantiti da questi servizi? Non vorrei infatti che questi centri di riabilitazione diventassero dei ghetti: non possiamo permetterci una tale situazione, essendo molto più civili degli spartani e dei romani — che avevano il monte Taigeto e la Rupe Tarpea — e contrari all'aborto. Quando la vita di una persona non risponde a criteri di bellezza ed efficienza, la nascondiamo alla nostra vista e le dedichiamo risorse insufficienti. È importante quindi che il Ministero stabilisca alcune linee guida per garantire al cittadino una riabilitazione intensiva o prolungata in qualsiasi momento della sua vita e nel rispetto dei suoi bisogni e delle sue esigenze, non essendo pensabile che in una situazione di gravità, dopo 80, 90 o 360 giorni, decada il diritto alla riabilitazione. Il nomenclatore tariffario delle protesi riabilitative e degli ausili per l'autonomia deve essere rivisto, come tutte le procedure burocratiche che servono ad ottenere questi strumenti.

Nella precedente legislatura abbiamo costituito una Commissione di indagine sulla chiusura degli ospedali psichiatrici. Sappiamo che è un problema impellente e grave per le famiglie che, anche se non hanno preso tangenti, si trovano per così dire agli arresti domiciliari per seguire i loro familiari ventiquattr'ore su ventiquattro per 365 giorni l'anno, senza nemmeno avere il diritto di andare in ferie o di ammalarsi, vivendo per di più continue situazioni di aggressività. Il problema della psichiatria deve essere posto prioritariamente, evitandone l'istituzionalizzazione e

la ghettizzazione nei cosiddetti « reparti » di alcune cliniche trasformate in ospedali psichiatrici e facendo in modo che il ministero si impegni nella verifica della chiusura effettiva di tali ospedali e nella creazione di nuove strutture di accoglienza.

In Italia ci sono circa 10.000 medici e 6 milioni di cittadini che utilizzano le medicine non convenzionali, tra cui spicca in particolare l'omeopatia. Non essendo pensabile che da una parte si parli di libertà di scelta e di cura e dall'altra si imponga il pagamento dei farmaci omeopatici, chiedo che la commissione costituita dal ministero (nella precedente legislatura, l'IVA sulle medicine non convenzionali è stata rapportata a quella dei farmaci convenzionali e per quelli attualmente esistenti tale regime è stato prorogato per altri tre anni) valuti tale situazione sotto l'aspetto sociale, oltre che sanitario, come avviene in tutti gli altri paesi civili europei, a cominciare dalla Germania per finire con la Francia, dove questi sistemi sono riconosciuti ed i cittadini hanno l'opportunità e la libertà di scegliere il tipo di cura che preferiscono.

GIUSEPPE FIORONI. Alcune sue affermazioni in Commissione, ribadite poi sui giornali, mi hanno lasciato alquanto perplesso: la sensazione generale è che probabilmente nel Governo la mano destra non sa quello che fa la mano sinistra. Abbiamo ascoltato le sue dichiarazioni, quelle del ministro Maroni, quelle del capigruppo di maggioranza — in particolare della Lega — ma al di là di questo emerge l'intenzione preoccupante di separare le competenze del Ministero della sanità in due grossi filoni: da una parte la competenza professionale e tecnica, dall'altra quella decisionale, mantenuta nei dicasteri economici. Con questa impostazione la cultura sanitaria nazionale sarebbe ricondotta nell'ambito di una mera valutazione di natura economico-contabile — di pareggio di bilancio — sottovalutando la domanda di salute dei cittadini; nonostante la grande competenza tecnico professionale, sul Fondo sanitario nazionale e

sul federalismo fiscale le decisioni apparirebbero a centri diversi, che hanno unicamente l'obiettivo di razionalizzare le spese della sanità (uno dei peggiori capitoli di spesa del bilancio dello Stato).

In questa situazione economica è raro trovare qualcuno che non sia d'accordo sulla opportunità di eliminare gli sprechi ma il rischio è che, guardando solo al pareggio del bilancio, i tagli indiscriminati colpiscano la qualità dei servizi e le prestazioni per i cittadini.

Lei afferma che il rapporto tra spesa sanitaria e PIL è inferiore alla media europea ed è necessario incrementare il Fondo sanitario nazionale; tale affermazione però non può che essere a titolo personale, perché lei, che dovrebbe comunque parlare a nome del Governo, sa che in questa veste non può sostenere quello che ha detto, alla luce delle indicazioni provenienti dagli altri dicasteri sulla razionalizzazione delle spese sanitarie. In questo processo è coinvolta anche la Commissione di inchiesta sulla spesa sanitaria — la prima promossa dal Governo invece che dal Parlamento — che però non deve rappresentare, con una inutile enfasi, l'anticamera dell'affermazione per cui la lotta agli sprechi ed i reinvestimenti dei risparmi rappresentano le uniche essenziali risorse in bilancio per la sanità. D'altronde, nessuno sa meglio di lei che i tanti viaggi della speranza, dal sud al nord e dal nostro paese all'estero, non sono una forma di attività societaria di turismo sanitario, bensì un fenomeno negativo, la cui tendenza però i Governi di centro-sinistra hanno cominciato ad invertire.

Le dichiarazioni sulla *devolution* di Bossi e Tremonti e quelle di esponenti del Governo sul ripristino del Ministero della sanità, che sicuramente il ministro Sirchia ha ascoltato, mi hanno lasciato perplesso: è eufemistico dire che le impostazioni appaiono semplicemente diverse. Da una parte Bossi spiega che ha intenzione di andare oltre la strada della regionalizzazione e della aziendalizzazione; il ministro ricorderà la « splendida » intervista del capo di gabinetto Speroni che voleva af-

fidarle la responsabilità di coordinare il settore delle vaccinazioni insieme ai responsabili di altri paesi esteri (comunque, non ho compreso la relazione intercorrente tra la politica sanitaria italiana e quella europea); dall'altra parte invece il Governo presenta un decreto legge — che condivido nella sostanza — con cui si ripristina il Ministero della sanità, istituendo la direzione dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, garantendo così, nello spirito dell'articolo 32 della Costituzione, che sia lo Stato ad assicurare il diritto alla salute dei cittadini, il quale non può essere affidato alla capacità degli amministratori regionali o alle singole volontà regionali (in questo caso si potrebbero altrimenti creare amministratori di serie A e di serie B).

Talmente forti sono le espressioni usate per sottolineare questo cambiamento che sembra inevitabile, coerentemente con la normativa, giungere ad eventuali poteri sostitutivi del Ministero della sanità, laddove, sia con l'azione di vigilanza sulla Agenzia per i servizi sanitari regionali, sia monitorando le regioni, si accertassero inadempienze nel raggiungimento degli obiettivi fissati. Queste due linee mi sembrano nettamente in opposizione ed in contraddizione tra loro, così come lo sono gli intenti di regionalizzazione e di aziendalizzazione che il Governo vuole completare, e le dichiarazioni del ministro che nel DPEF, da una parte sostiene che abbiamo bisogno di un maggior rafforzamento delle competenze della commissione unica del farmaco, dall'altra invece crea una centrale degli acquisti che non si occuperà solamente di stabilire le tariffe per l'acquisto di beni e servizi ma disegnerà un albo nazionale dei fornitori per risparmiare sulle spese (anche se io credo che così si favoriranno i cartelli delle aziende, mettendo in piedi un regime di monopolio, che non favorirà la concorrenza e l'abbassamento dei prezzi). Mi domando, inoltre, quali competenze nel processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione in atto rimarranno ai manager delle aziende e ai direttori generali, se il Ministero della sanità non solo aumenta

le sue competenze di controllo e i poteri sostitutivi ma, intervenendo pesantemente sulla gestione, determina di fatto a livello nazionale i costi di beni e servizi e la scelta dei fornitori e stabilisce che l'altra grande parte della spesa sarà affidata, come sempre, alla commissione unica del farmaco.

Il Governo, rendendo autonome le regioni per il finanziamento della spesa sanitaria nell'arco di tre anni e sostituendo nel frattempo l'IRAP con l'IRPEG, provocherà un ulteriore elemento di incertezza sulla disponibilità economico-finanziaria delle regioni centromeridionali: come si potrà pensare che riescano a mantenere gli stessi livelli di spesa del 70, 80 per cento del loro bilancio, quando saranno in competizione tra loro le altre voci di spesa che i consigli regionali indicheranno? Il buono salute costituirebbe allora lo strumento per scardinare il sistema sanitario universale e solidaristico. Ho apprezzato il ministro quando sostiene che c'è la volontà governativa di garantire la salute del cittadino a prescindere dai soldi che ha in tasca e dal luogo di nascita, ma non riesco a comprendere come lo si possa fare attraverso forme appropriate su tutto il territorio nazionale, se non si riescono a definire con rapidità i protocolli diagnostici e terapeutici di cui non si parla neanche più, né come si faccia a definire i margini lasciati ai fondi integrativi e alle assicurazioni, se non si stabiliscono prestazioni uniformi ed appropriate gratuitamente a tutti. Se il professor Sirchia ha letto le dichiarazioni del ministro Maroni, dovrebbe dirci se condivide la sua interpretazione quantomeno singolare del buono salute che egli — quando ancora pensava di essere anche competente nel settore della sanità — rileva essere una elargizione *una tantum* per coloro che, non riuscendo altrimenti, avrebbero avuto la facoltà di curarsi nelle cliniche private. Prevedendo il buono salute a livello nazionale o imponendolo alle regioni (che si vedono sostituire l'IRAP con l'IRPEG e togliere contemporaneamente le rimesse finanziarie), agendo come Ponzio Pilato o come lo struzzo, che mette la testa sotto la

sabbia, si è davvero certi che si assicureranno alle famiglie prestazioni uniformi ed appropriate (dal medico di famiglia agli accertamenti diagnostici, dalle visite specialistiche ai ricoveri clinici)? Quello che poi resterà di questa cifra minima del buono salute, oscillante tra gli 8 e i 10 milioni per nucleo familiare, sarà garantita da assicurazioni o fondi sostitutivi. Credo che il professor Sirchia, che ha dedicato buona parte della sua relazione alla patologia dell'anziano e alla cronicità, debba convenire sulla difficoltà di reperire una assicurazione in grado di erogare tali prestazioni, particolarmente dopo la liberalizzazione del mercato già avvenuta nelle assicurazioni delle auto. Inoltre, quelli che non potranno permetterselo saranno sicuramente affidati ad una ospedalità, non dico dei poveri, ma tale che non assicurerà più il diritto di essere curati, evitando solo il disturbo di morire per strada.

Dalle dichiarazioni del ministro e da quello che si sostiene nel DPEF, ho tratto l'idea che l'accreditamento fosse non solo uno standard di qualità ma anche un modo virtuoso di far incontrare la domanda e l'offerta in base alla qualità, all'efficienza e all'efficacia delle prestazioni, senza mettere in discussione la sicurezza del cittadino. Non vorrei invece che attraverso questo albo, che ho chiamato dei fornitori, in cui si valuterà la qualità degli erogatori sanitari, si superasse in modo surrettizio l'accreditamento, con un grosso « listone » nazionale che stabilirà chi potrà fare le ecografie e a quali prezzi.

Nella riforma-*ter* l'esclusività di rapporto era diventato un requisito del sistema, che in linea di principio anche per il professor Sirchia è difficile non sostenere, in un sistema universale e solidaristico che vuole vivere anche della concorrenza per offrire prestazioni di qualità migliori al cittadino, visto che è complicato assicurarle quando qualcuno la mattina lavora per un'azienda e il pomeriggio per un'altra. Se invece oggi fosse rimesso in discussione questo principio, dovremmo spiegare che abbiamo scherzato all'85 per

cento dei medici che ha aderito e ha sottoscritto un contratto e alle singole aziende sanitarie locali ed ospedaliere che hanno organizzato in tal modo il loro lavoro. E lo scherzo sarebbe andato a vantaggio di quel 10 per cento, che ha interessi diversi da quelli del Sistema sanitario nazionale? Ho apprezzato la discussione sull'assistenza *intra moenia* e il doppio canale, anche se dopo le dichiarazioni dell'onorevole Costa, che dimostrano l'inadeguatezza del sistema, bisognerebbe avere un minimo di onestà intellettuale: se la stessa indagine sugli ospedali piemontesi fosse stata fatta prima di un intervento in regime *intra moenia* e avessimo controllato quanto tempo trascorrevano tra un ricovero in ospedale, seguito alla visita privata presso lo studio del medico, e quanto invece doveva aspettare chi non era in grado di pagarsi la visita privata, giungeremo a conclusioni note a tutti, che non è eticamente corretto non ricordare.

Sul problema degli infermieri, in particolare per quello che ha detto l'onorevole Battaglia, ritengo che la proposta del ministro sia una cura eccessiva, che rimette in discussione una impostazione culturale di crescita e di qualità di questi operatori del nostro Sistema sanitario nazionale; per cui è necessario ipotizzare una qualche figura intermedia.

Le sue dichiarazioni sulla rete ospedaliera non hanno trattato il tema di cui all'*ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e delle capacità di investimento, mentre per le forme di gestione si sono delineate ipotesi sperimentali e di coinvolgimento dei privati, ipotizzando società miste o fondazioni. Che scenario allora ci troveremo davanti? Quanti privati saranno interessati a gestire l'ospedale di Frosinone o di Reggio Calabria e quando e dove si avrà la volontà di far funzionare le strutture ospedaliere? Così facendo, non rischieremo di aumentare il divario tra strutture di serie A e di serie B? Avremo gli stessi ospedali al nord come al sud, soprattutto quando non ci sarà più il riferimento agli incrementi dei fondi per investimento?

In questo contesto, vorrei ricordare un elemento poco presente nella relazione del ministro, che riguarda il ruolo dei comuni nella sanità. Il ministro ha da poco compiuto un'esperienza come assessore in un importante comune del nostro paese e credo che nessuno meglio di lui sappia che i sindaci ed i comuni hanno un rapporto diretto con i problemi della salute e della sanità. Credo che, se si deve avviare un discorso di ripensamento ed una discussione generale del sistema di rapporti nell'ambito dell'assunzione di responsabilità e di ruoli di programmazione, prima di ipotizzare la presenza dei privati, questo discorso potrebbe riguardare direttamente i comuni che altrimenti, dalle dichiarazioni, potrebbero apparire esclusi: basti pensare alla vicenda dell'integrazione socio-sanitaria.

Riguardo alla questione dell'alimentazione, mi lasciano perplesso, nel decreto-legge che ha ripristinato il Ministero della sanità, le norme sulle competenze per quanto riguarda la veterinaria, laddove si parla di concertazione insieme ad altri aspetti. Credo che la titolarità del servizio veterinario, dei compiti della medicina veterinaria, della tutela degli alimenti, non possa che essere attribuita al Ministero della sanità, senza compartecipazione alcuna.

Anche il fatto che spetti al Ministero della sanità soltanto la tutela della salute — e non più anche della sicurezza — sui luoghi di lavoro, mi sembra una riduzione che pone in capo ad altri dicasteri le competenze, che invece hanno preminenza nell'ambito della salute. Attendo con ansia la sua prossima conferenza stampa, ministro, perché spero che in quella sede riusciremo a capire le dichiarazioni riguardanti lo sfascio della spesa sanitaria in questo paese, che andrebbe magari articolata per regioni per distinguere quanto ad esso hanno contribuito la Lombardia piuttosto che il Lazio o la Campania: si eliminerebbe quel dubbio che molti hanno — pensando male a volte si indovina — che forse serviva, un'altra volta, sollevare un grande polverone sulla sanità per cambiare la mano della gestione. Nella

conferenza stampa capiremo se il Governo pensa di predisporre manovre finanziarie serie all'interno non solo della spesa sanitaria, ma anche del sistema universale e solidaristico: apprenderemo così, in qualche modo, la reale entità di questo buono salute perché, tra le tante dichiarazioni, non abbiamo ancora compreso come funzionerà e a che cosa servirà.

PRESIDENTE. In un clima di ritrovata serenità della Commissione, do la parola al ministro Sirchia per la replica.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Questo dibattito si è svolto in modo molto produttivo, contrariamente a come era cominciato: mi rallegro di ciò e ringrazio i membri della Commissione per i contributi che sono pervenuti, soprattutto quelli ricchi di idee e critiche costruttive. Vorrei precisare che mai è stata mia intenzione quella di offendere la Commissione: questo argomento viene continuamente riproposto, ma non è stato mio intendimento quello di ritardare l'audizione per recare offesa; ciò è avvenuto semplicemente perché dovevo acquisire il parere del Governo prima di proporre le linee strategiche descritte in questa sede. Sarebbe stato poco serio se avessi presentato le mie idee personali, anziché quelle condivise dal Governo.

Per quanto riguarda la nota polemica circa la mia conferenza stampa, credo che nessuno voglia mettere in discussione la mia libertà personale, di esponente del Governo, di parlare alla stampa: mi auguro che non ci sia questo sottile intendimento nei continui attacchi alla mia decisione di parlare alla stampa.

Durante lo svolgimento del dibattito, ho colto un argomento che mi permetto di sottoporre alla vostra attenzione: credo che ci sia da fare chiarezza riguardo al fatto che sembra quasi che si affermi che il Servizio sanitario nazionale sia un sistema equo. Non credo che oggi il servizio sia equo perché non è uniforme sul piano quantitativo e tanto meno sul piano qualitativo; produce delle lunghe code in alcuni settori in cui è difficile l'accesso, che

è a due vie; sicuramente, non era nelle intenzioni del legislatore la costruzione di un sistema che offrisse ai pazienti la doppia via: subito a pagamento o, con un po' di attesa (magari anche di qualche settimana o qualche mese) quando il pagamento non avviene, ma la realtà è questa (l'ex ministro Costa ha molto convincentemente presentato dei numeri). Al di là delle ideologie, siamo in presenza di un doppio regime, di una doppia corsia.

Vi sono sprechi enormi — è una realtà che non si può negare — di cui è interesse di tutti capire l'origine al fine di correggerli. Vi è una gestione politica delle aziende sanitarie ed ospedaliere ed uno strapotere dei direttori generali che hanno asservito i medici. Non credo, lo ha detto l'onorevole Bogi, che la *clinical governance* passi dall'aver «impiegatizzato» i medici ed averli asserviti al potere politico. I direttori generali non sempre hanno la competenza per gestire bilanci da 2-300 miliardi: i buchi continui nei bilanci delle aziende ne sono una prova molto convincente. Gestioni a volte disastrose; un territorio imperfetto e debole che, malgrado le declaratorie continue sulla sua valorizzazione, continua ad essere tale; non abbiamo realizzato una efficiente medicina delle cure primarie. Non credo che si possa definire equo un sistema che ha un settore socio-sanitario zoppicante, con un totale sbilanciamento a favore delle malattie acute, con un'eccedenza di posti letto per acuti, mentre la cronicità della malattia non è tutelata. Se osserviamo l'autoreferenzialità del sistema, credo che l'iniquità risulti ancora più evidente: nella stessa città si sono costruiti 15 ospedali che replicano gli stessi servizi, con la corsa ai fatturati, e l'inappropriatezza dei ricoveri: non penso che questo sia un sistema equo. Mi sorprende molto che ci sia sempre la tendenza a dire: chissà cosa succederà di questo sistema equo se andremo incontro al futuro. Credo che, forse, potremo considerare il futuro come un'occasione per correggere le gravissime iniquità del sistema presente.

Molti sono stati gli spunti interessanti: vorrei precisare — ci tengo a sottolinearlo

— che le linee strategiche che ho presentato non sono state frutto di improvvisazione, ma molto studiate, non solo da me durante moltissimi anni di professione ed esperienza gestionale, ma da gruppi che hanno ragionato su questi temi; non si tratta dunque di proposte nate all'improvviso e presentate alla Commissione; inoltre, si tratta di linee di massima, non di dettaglio, perché le proposte del Governo dovranno essere concretizzate e sottoposte all'esame del Parlamento, che riteniamo essere sovrano e che, personalmente, rispetto e stimo, malgrado ciò che qualcuno ha ritenuto di imputarmi. Non ho nessuna volontà di prevaricare la Commissione né di mancare di rispetto al Parlamento che resta sovrano nella decisione finale sugli atti concreti. I provvedimenti di dettaglio non possono essere definiti tutti insieme, ma le linee strategiche devono costituire una cornice all'interno della quale definire i provvedimenti, che saranno vagliati dalle competenti Commissioni del Parlamento e quindi diventeranno operativi.

L'ultima premessa riguarda il fatto che non esiste un sistema ideale: è inutile che continuiamo a proporlo perché non esiste un Servizio sanitario ideale in nessuna parte del mondo; esiste una rincorsa continua tra la crescita dei bisogni ed il finanziamento e siamo consapevoli che non è possibile soddisfarli tutti.

Riguardo al valore del Servizio sanitario nazionale, dovremmo avere la forza di distinguere, per dare credibilità a questo valore, tra ciò che è essenziale e ciò che non lo è. Le questioni essenziali non sono moltissime, mentre gli aspetti tecnici e le modalità gestionali sono numerosissimi: esistono aspetti etici e di inquadramento generale essenziali ed aspetti gestionali di dettaglio che sono solo strumenti per raggiungere quegli obiettivi. Questa è la logica che informa la cosiddetta « devoluzione » o decentramento che dir si voglia. Ritorno tra poco su questo argomento.

Il Documento di programmazione economico-finanziaria afferma che il finanziamento pubblico lieviterà di poco mentre l'impostazione del ministro è che questo sistema debba essere finanziato in ma-

niera ben più consistente: non c'è nessuna incompatibilità tra le due affermazioni, bisogna accettare semplicemente la necessità di convogliare le risorse private — 45 mila miliardi l'anno oggi sono spesi, come è stato detto, di tasca propria dai cittadini — perché si integrino con il Servizio sanitario nazionale. Non vedo nessuna contraddizione in ciò, né alcuno scandalo: non significa che le risorse pubbliche debbano essere abbandonate; abbiamo bisogno di risanare riguardo al passato ed aumentare le risorse per il futuro, tagliando le spese inutili. Rispondo all'onorevole Fioroni: non pensiamo che con i tagli alla spesa si risolvano tutti i problemi, ma il taglio delle spese inutili è fondamentale ed etico; si tratta davvero di un passaggio etico e far finta di non vedere la realtà e non voler tagliare la spesa costituisce una colpa molto grave. Verrà stipulato un contratto preciso con le regioni, in cui si dice che il Governo ripianerà ciò che riguarda il passato e si impegnerà a fornire, nel Fondo sanitario nazionale, una certa cifra che dovrà essere concordata nella Conferenza Stato-regioni; al termine di tre anni non ci sarà più il Fondo sanitario nazionale. Non sarà più possibile per le regioni avanzare l'alibi di non saper governare la spesa né richiedere allo Stato altri ripiani. Ricordo che da anni si continua a ripianare la spesa, in base all'equivoco che essa è sottofinanziata e che le regioni non la controllano, attribuendo la responsabilità al fatto che la decisione avviene a livello dello Stato ed esse sono tenute ad eseguire decisioni di altri: questa storia deve finire, perché non è serio continuare ad enunciare gli stessi problemi senza risolverli mai. C'è la volontà di conferire vera autonomia alle regioni, iniziando dall'autonomia della spesa. Siamo ben consapevoli che ciò creerà problemi alle regioni: prevediamo un triennio affinché questo processo possa essere governato e sostenuto dal centro, in particolare dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, per tenere sotto controllo i costi, in accordo con il Ministero per l'innovazione e le tecnologie.

Siamo inoltre consapevoli del fatto che una parte delle difficoltà di alcune regioni meridionali è costituita dalla migrazione sanitaria: si tratta di un vero problema che dobbiamo affrontare ancora una volta non con declaratorie, con editti o con divieti (che non risolvono nulla, come già è stato dimostrato dalla storia recente), ma dando alle regioni meridionali la forza di migliorare se stesse e di riuscire a contrastare questo fenomeno conquistando la fiducia dei cittadini. Come riuscire in questo intento, al di là delle dichiarazioni? Crediamo sia opportuno creare nelle regioni meridionali dei centri di eccellenza, utilizzando i fondi dell'edilizia e della tecnologia ospedaliera in modo da concentrarli su pochissime priorità che le regioni individueranno: si tratta di un percorso difficile ma da preferire, chiaramente, alla distribuzione dei fondi a pioggia per riparare vecchi e piccoli ospedali, che non sono interessanti né strategici per la regione. Al contrario, si possono e si debbono creare centri di eccellenza e gemellare le scuole di medicine del sud e del nord: ciò può portare risultati non certamente caratterizzati da « salti della natura » (che sono impensabili), ma che attiveranno un processo di crescita della qualità dei servizi nelle regioni meridionali e quindi della capacità di attrazione verso i propri concittadini.

In questa logica rientra anche quella che viene chiamata la conferenza dei servizi nelle grandi città: crediamo talmente nel valore del sindaco e del comune che pensiamo che il sindaco stesso debba farsi promotore di una conferenza di servizi, che abbia la forza di mettere intorno al tavolo la regione, la provincia, ovviamente il comune, ma anche le forze che costituiscono robuste *lobby* e che hanno creato non pochi problemi: mi riferisco, nella fattispecie, alle spinte ed agli interessi a far crescere gli ospedali, in termini numerici e di qualificazione, indipendentemente dai servizi forniti al cittadino, solo per promuovere l'immagine dell'azienda. Ho visitato alcuni ospedali e tutti mi hanno proposto l'attivazione di un centro per i trapianti; ciò significa non avere coscienza

della realtà perché il centro per i trapianti è sicuramente un fatto nobilissimo che qualifica l'ospedale, ma non è certamente a favore dei cittadini che l'azienda chiede un centro di trapianti: infatti, sappiamo che l'interesse dei cittadini è di avere pochi centri per i trapianti che lavorano molto e non di averne tanti che lavorano poco. Questo rende la misura del fatto che una conferenza dei servizi può e deve moderare queste spinte cosiddette aziendali, ma non solo. Questo è un impegno che le città devono assumere: programmare veramente la sanità nelle città costituisce la loro forza.

MAURA COSSUTTA. Come le 24 strutture di cardiocirurgia in Lombardia... !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Come i quattro centri di trapianto che abbiamo; non è certamente questa la strada...

MAURA COSSUTTA. Siccome il modello Formigoni è vostro... !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Non mi soffermerò sul dettaglio, perché abbiamo esempi in tutte le regioni d'Italia: il modello Formigoni, che non le piace, è un modello come un altro, ha vantaggi e, probabilmente, svantaggi: ne esistono altri che non hanno né vantaggi né svantaggi.

Vorrei parlare ora della devoluzione e poi del *bonus*, che ha turbato le coscienze di molti. Credo che la devoluzione esiga una forza di decentramento a condizione che si mantengano alcuni pilastri essenziali del sistema. Gli obiettivi sono: i livelli uniformi di assistenza, i livelli di finanziamento bilanciati, i livelli di qualità assicurata, un fondo di perequazione adeguato e ben gestito, un livello di controllo, i livelli di etica del sistema. Una devoluzione corretta si articola all'interno di questi obiettivi e pilastri fondamentali: non ho ragione di pensare che ciò non avvenga...

GIUSEPPE FIORONI. Ci consenta di dissentire...

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Onorevole, lei esercita la professione di futurologo: sono felice e verrò a farmi leggere la mano, perché lei vede nel futuro più lontano di me... !

GIUSEPPE FIORONI. Io vedo Bossi da lontano, lei lo frequenta !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Non lo frequento, lo vedo anch'io da lontano... !

GIUSEPPE FIORONI. Allora sarà per questo che le sfugge la differenza !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Capisco che ci siano delle perplessità, però è necessario ragionare in termini concreti, non cercare di indovinare un futuro catastrofico, perché altrimenti siamo rovinati.

GIUSEPPE FIORONI. Ministro, ha letto l'intervista a Speroni ?

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Leggo i pareri di tutti e li rispetto: si tratta di capire come tali problemi verranno affrontati da un atto normativo, dal momento che le idee sono una cosa, gli atti un'altra.

Abbiamo sempre affermato che il soggetto centrale della sanità deve essere il malato — non c'è dubbio — ma come si concilia tale centralità tanto declamata con il fatto che non esiste un'informazione al paziente ? Come mai non abbiamo pensato di formare graduatorie delle *performance* sanitarie e pubblicarle ? Ciò è strano: abbiamo declamato che il paziente è centrale ma non gli abbiamo concesso scelta. In cosa si sostanzia tale centralità ? Prevalgono gli interessi degli erogatori: basta guardarsi intorno. Abbiamo già citato alcuni ospedali che si duplicano, *lobby* che agiscono come vogliono: come mai non ci siamo chiesti se il cittadino — centrale — poteva tollerare *lobby* che lo schiacciavano ? Il famigerato *bonus*, che non sposo e non detesto perché è una *technicality*...

GIUSEPPE FIORONI. Spererei che non si attuasse !.

PRESIDENTE. Per cortesia, onorevoli colleghi, lasciate continuare il ministro.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Non si tratta di questo: il finanziamento che non arriva nelle mani del paziente, come l'attuale, ma nelle mani dell'erogatore, finisce per costituire un trattamento negativo per il paziente stesso, perché di lui non c'è bisogno.

Questa è la sottile differenza tra il *bonus* destinato direttamente al paziente ed il finanziamento attribuito all'erogatore. Il finanziamento dato all'erogatore ha pregi ma anche difetti perché l'erogatore si comporta a suo piacimento e tratta il paziente come un numero. Questo è ovvio, lo vediamo tutti i giorni: se il paziente paga è un « signor paziente », se non paga è un numero.

Fu pubblicato un famoso articolo a proposito di un celebre ginecologo che chiese ad una signora di togliersi le mutande, affinché egli potesse visitarla: come pensate che i cittadini possano frequentare un ospedale pubblico quando si sentono frasi di questo tipo echeggiare nei corridoi ? Non si trattava di una signora, ma di un numero. Il *bonus* non è un demone ma una *technicality*: non sono molto d'accordo con il mio amico, l'onorevole Bogi, nel senso che si tratta semplicemente di spostare il finanziamento da una mano all'altra. Forse si otterranno risultati positivi o forse no; nel mondo della sanità può darsi che ciò dia risultati peggiori che nel mondo della scuola, dove credo che il *bonus* avrà sicuramente effetti positivi: non capisco perché dovrebbe funzionare male, dal momento che le famiglie sono molto informate, sanno cosa vogliono, capiscono perfettamente chi eroga buoni servizi. Nella sanità, purtroppo, non siamo ancora a quel livello, però potremmo raggiungerlo. Le *report cards* in America stanno riscuotendo grande successo: vorremmo importarle anche in Italia, in modo da consentire la graduatoria dei centri che hanno *performance* migliori o

peggiori: si tratta di uno strumento che permette di rispettare i pazienti. Portare al centro il paziente vuol dire rispettarlo, non fare declaratorie.

MAURA COSSUTTA. Ministro, mi scusi, a quanto ammonterà il *bonus*?

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Lei continua ad insistere onorevole Cossutta: evidentemente, non riesco a spiegarvi: il *bonus* è un argomento tecnico che nel mio programma non c'è, è stato da altri proposto, non è il demonio e può variare da 1 a 101: non mi dà nessun calore e motivo, contrariamente a quanto accade a lei, onorevole Cossutta...

LUIGI PEPE. Chi assisterà il malato cronico grave?

GIUSEPPE FIORONI. Il ministro è stato chiaro: non lo ha proposto lui!

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Bene, affronterò subito il tema del malato cronico. Questo sistema, che si sta difendendo con tanto accanimento, non tutela affatto il malato cronico: ci sono anziani che perdono l'autonomia e che gravano interamente sulle famiglie. Chi ha ricoperto il ruolo di assessore ai servizi sociali, come me, li ha visti realmente e non semplicemente descritti dai libri: ho visto le famiglie disperate perché, con un reddito di 4 milioni, pagano una retta di 6 milioni per la RSA, senza servizi di assistenza domiciliare. È inutile reclamare in presenza di tale realtà: allontaniamoci dalle ideologie e osserviamola bene. Questo sistema fu costruito in altri tempi, sulle esigenze del malato acuto, e non per cattiveria: ora è cambiata la situazione epidemiologica del paese. La famosa legge Turco-Signorino — meravigliosa declamatoria — non ha stanziato risorse: non ci sono i fondi. La Germania ha varato il fondo assicurativo obbligatorio per l'anzianità e la cronicità e non ha pronunciato una bestemmia; ho citato questo fondo come esempio di una nazione civile che, nel 1995, ha realizzato una tutela per

l'anziano, nel momento in cui rischia la mancanza di autonomia e dunque la dipendenza: la Francia è un altro esempio. Non ho auspicato che si dovesse passare dalla forma di assicurazione obbligatoria contro il rischio della vecchiaia, ma ho condannato un paese, giunto nell'anno 2002 senza pensare alla tutela del malato cronico: queste sono le gravi iniquità del sistema che derivano dal non saper guardare alla realtà. Quando si difende questo sistema è necessario osservare bene i fatti: non si è saputo affrontare il problema del cambio demografico. Difendiamo questo? Quanti posti letto abbiamo per malati acuti, in Italia? Esistono regioni con 7 posti letto ogni mille abitanti, contro lo *standard* internazionale di 3,5. Ci piace questo sistema che, in alcune regioni, riempie i letti dei reparti di chirurgia generale con gli anziani che mai vengono operati, perché sono pazienti geriatrici? Un sistema che, in virtù del fatto che si deve riempire il letto, prevede un ricovero di due giorni per un'operazione di cataratta (ed il Servizio sanitario paga)? A fronte di questo non diamo cibi iproteici ai dializzati, non curiamo i vecchi quando sono cronicamente ammalati. Queste sono le iniquità gravi del sistema. Si abbia la pudicizia di non difendere il passato quando è pieno di errori, ma difendiamo le cose positive, ampliamo la visuale, vogliamo più alto, guardiamo al di là delle Alpi, cerchiamo di internazionalizzare questo « pollaio » che si è creato in Italia, per cui ci si confronta solamente all'interno delle comunità locali.

LUIGI PEPE. Guardiamo agli Stati Uniti ed ai suoi risultati!

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Anche agli Stati Uniti, laddove è utile. Magari avessimo alcuni strumenti americani: vorrei che ci fossero l'università e la ricerca americana!

LUIGI PEPE. La ricerca è una cosa, ma l'intervento da 400 milioni quale *bonus*, quale assicurazione lo garantisce? Quale assicurazione, quale *bonus* cura l'emofiliaco?

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Non vogliamo questo, ho scritto un documento non indirizzato a voi: c'è un resoconto stenografico - dunque non un comunicato stampa - per rispetto ad una Commissione formata da deputati. Non c'è motivo per questa sceneggiata riguardante il fatto che non ho distribuito il documento: esso invece esiste e lo avete avuto, onorevoli, bastava leggerlo. Il resoconto per la stampa era necessariamente diverso.

Non capisco la paura di un arretramento riguardo agli infermieri. Esso consisterebbe nel fatto che vorremmo aumentare le possibilità per i giovani di frequentare (oggi non possono farlo) le scuole universitarie di infermieri, pur abitando nei piccoli centri? Se questo costituisce un arretramento non capiamo che cosa vuol dire la parola indietro: secondo me, si tratta di un passo avanti perché consente di offrire eguali opportunità sia a coloro che vivono nei grandi centri sia a coloro i quali vivono in quelli piccoli, dove hanno la possibilità di ottenere lo stesso *curriculum* formativo e la stessa direzione universitaria e dove però utilizzano le ex scuole infermieri con docenti ospedalieri, che non mi pare valgano meno dei docenti universitari, a meno che non si sia di parere contrario.

L'operatore socio-sanitario non può toccare il malato: voi sapete bene che si tratta di una questione di mansionario. Quando è stato riferito che l'operatore socio-sanitario tocca il malato, è stata detta una cosa sbagliata. Chiediamo allora che l'infermiere laureato, che guadagna due milioni di stipendio, pulisca il paziente e compia anche quelle prestazioni di altissimo profilo che giustamente pretende di fare. Creare una figura intermedia che svolga le funzioni elementari sul paziente (lavarlo, imboccarlo, eccetera), non mi sembra degradante per nessuno, nemmeno per gli infermieri. Si qualifica anzi un personale di cui c'è ampia disponibilità, creando nuovi posti di lavoro (e questo ha il suo valore) negli ospedali, nelle ASL e soprattutto nelle RSA, che oggi non hanno più infermieri e che rischiano di dare una

pessima assistenza a causa del lavoro più pesante rispetto a quello svolto nelle altre strutture e delle ideologie che perpetuano tale situazione. Non mi sento in grado di dire ai miei vecchi di Milano che per motivi ideologici non si può garantire loro l'assistenza infermieristica: questo è il pragmatismo che alcuni propongono.

Il discorso sul grande e sul piccolo ospedale è diretto decisamente alla analisi delle funzioni del distretto, che non è mai riuscito a decollare - salvo notevoli eccezioni che esistono in alcune regioni - e che invece dovrebbe essere il centro dove si costruisce la domanda finalizzata al meglio, evitando gli sprechi e le inapproprietezze. Purtroppo, questo lavoro non siamo riusciti a farlo anche perché in Italia la domanda non è moderata: una delle cause per cui gli ospedali lavorano molto - anche in eccesso - mentre le cure territoriali non esistono. Sarebbe in definitiva una magnifica missione quella di convertire il piccolo ospedale in una struttura di sostegno per la medicina generale e per le cure primarie, sia dando un pronto soccorso ed una astanteria di base per la comunità locale, oltre ad una diagnostica elementare al medico di medicina generale, che deve potere fare una ecografia senza dover acquistare un ecografo, come disse - a mio avviso - improvvidamente il professor Veronesi, sia concentrando nell'attività distrettuale la semplice diagnostica di laboratorio e di bioimmagine per garantire soprattutto la convalescenza per gli anziani. Questa struttura, che non chiamerei più ospedale, ma centro di salute o centro delle cure primarie...

LUIGI PEPE. Ospedale di comunità.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Non è un ospedale e non deve esserlo. Non vorrei chiamarlo più ospedale, perché - come stamattina qualcuno ha già detto - al paziente e al medico di medicina generale non serve un luogo che crea il primario, gli assistenti, la gerarchia, e dove tutti poi fanno l'assistenza in regime di *intra moenia* (altrimenti la loro carriera è penalizzata). Pensiamo invece

seriamente alla loro conversione canalizzando i medici, che ovviamente non devono essere « ammazzati » — come l'onorevole Baiamonte diceva prima — in un processo con una finalità seria, utile ai pazienti e non alle *lobby*. C'è stato qualche ottimo suggerimento.

LUIGI PEPE. Il potenziamento territoriale !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. No, mi scusi: il potenziamento territoriale passa attraverso l'organizzazione territoriale. Avendo speso tutto quello che avevamo sull'acuto, il territorio continuerà a soffrire fino a quando non riusciremo a spostare le risorse.

In Italia esiste una pletera medica ma stranamente nessuno ne ha parlato. Se mi concedete altri cinque minuti della vostra attenzione, proverò a parlarne. Il nostro numero di medici è superiore a quello degli infermieri, costituendo un'anomalia che non esiste in nessun altro paese civile. I signori del Fondo monetario internazionale, che ho ricevuto oggi, hanno sgranato gli occhi quando hanno visto il numero dei medici e quello degli infermieri. Non sarà forse il caso che si attivi con l'università una programmazione seria ed equa, rispettando la sua autonomia ma anche quella dei pazienti, che si trovano sempre al centro, ma che poi in fondo non importano a nessuno ? C'è gente però che ha tuonato contro il numero chiuso nelle università e conosco alcuni di quelli che l'hanno fatto. I guasti delle ideologie chi li paga ? Senz'altro quel povero paziente, che è sempre al centro, ma sempre più solo. È il caso allora di guardare in faccia la realtà e di correggerla, guardando magari agli errori compiuti senza prosopopea perché tutti abbiamo sbagliato qualche cosa. Se avessimo l'umiltà di dirlo, saremmo più simpatici all'umanità. Parlo per me, voi siete già simpatici, io no !

Dovremmo quindi aprire un tavolo con le università per stabilire un rapporto serio, evitando ad esempio di ripetere l'intesa dello scorso anno che ha perpetuato le *lobby* ed avviare una politica che

metta il paziente al centro, senza agire come si è fatto per l'Umberto I, con i suoi 320 primari che non aiutano i pazienti, bensì se stessi. Voi cosa ne pensate ?

LUIGI PEPE. Senta il professor Frati, che è di Forza Italia !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Il professor Frati non è del mio schieramento.

LUIGI PEPE. È male aggiornato !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Non mi dica che sono male aggiornato. Comunque non personalizziamo le cose. Abbiamo 320 primari e questo è il punto. Storace afferma che ci sono 1000 miliardi di buco nel policlinico Umberto I. Se è vero, non lo so. Ho solamente letto la lettera di Storace. Chi ne risponde ? Chi lo dice a quel cittadino, che è sempre al centro ma che non conta niente ? Chi ha fatto qualcosa per risanare il Policlinico ? Nessuno.

GIACOMO BAIAMONTE. Lo scorso anno è stata fatta una manovra per impadronirsi del policlinico Umberto I !

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della sanità*. Ecco, abbiamo visto qualche piccola speculazione sul Policlinico. Forse la magistratura, che mi risulta stia indagando su questo « giochetto », la vedrà meglio di noi.

Qualcuno ha suggerito, molto opportunamente, di recuperare anche fondi INAIL per l'edilizia ospedaliera: credo sia un'ottima indicazione.

Esistono disastrose mancanze riguardo le cure palliative ed i malati terminali, che non interessano solamente le unità spinali ma tutta la cronicità grave.

Abbiamo il problema degli *hospice*, tutti da costruire, ma le risorse — ripeto per l'ennesima volta — si trovano solo recuperando quelle mal spese a favore dell'acuto e trasferendole al cronico; se non siamo solidali su questa manovra non ci saranno mezzi sufficienti, perché conti-

nueremo a buttare il denaro senza offrire servizi. Ci terrei che ciò venisse condiviso da tutti perché non si tratta di polemica ma solo di numeri.

Potenziare la ricerca costituisce un impegno di questo Governo. È necessario attrarre ricercatori che se ne sono andati: in un'intervista, ma di quelle demonizzate da qualcuno, ho detto che presso il NIH (*National Institute of Health*) ci sono 200 ricercatori italiani di altissimo livello; molti di loro sarebbero lieti di tornare in Italia se, invece di creare balzelli, vincoli, *intra moenia* ed *extra moenia*, dessimo loro la possibilità di compiere la propria ricerca. Questa è cultura: riportare in Italia, creando le condizioni ed un *humus* favorevoli, questi ricercatori che hanno un patrimonio scientifico che potrebbe essere utilizzato dal nostro paese e che invece concediamo ad altri Stati. Dobbiamo riportare in patria gli investitori stranieri ed italiani che hanno abbandonato il paese: inutili vincoli, balzelli e separazione tra i comparti hanno creato l'impossibilità per i capitali che vogliono investire di farlo, per i *venture capitals* di venire in Italia perché non abbiamo costruito la logica del capitale di rischio, che consideriamo un demone. Questi demoni hanno costituito la ricchezza di alcuni Stati, ad esempio Israele, per non andare troppo lontano e citare sempre gli Stati Uniti. In Israele, un giovane che abbia una piccola idea, trova immediatamente chi la finanzia, la società che la realizza viene quotata in Borsa e così si accresce la ricchezza nazionale, si fa impresa. Questo è il senso della politica della ricerca, non l'assistenzialismo — che dobbiamo aborrire — che ha consentito per anni che progetti fasulli venissero finanziati dallo Stato o peggio dalla Comunità Europea.

Vorrei dedicare una nota anche all'argomento degli stili di vita: qualcuno ha riso, ma credo che correggere gli stili di vita sia molto importante per gli investimenti perché sappiamo bene quanto costano cattivi stili di vita come il fumo, l'obesità, l'alcol, per non parlare della droga, ma anche aspetti minori: ad esempio, nel nostro paese si sta diffondendo

uno stile alimentare perverso che è esattamente l'opposto della dieta mediterranea. La grande cucina di *catering* sta distruggendo il gusto regionale ed uccidendo il prodotto tipico. Perché non valorizziamo il prodotto tipico regionale nella cucina dell'ospedale o delle scuole? È una questione, culturale prima che di convenienza. Sono progetti che devono essere perseguiti perché non viviamo negli Stati Uniti: il *catering* è « un'americana » che in Italia non funziona, ma che si sta diffondendo. Per stili di vita intendo anche gli aspetti di valorizzazione del prodotto tipico italiano, che è primo in tutto il mondo tranne — stranamente — in Italia. Il *jamon serrano* non è un'invenzione spagnola ma è nata a Norcia, dove hanno inventato il prosciutto. Perché non valorizziamo tutto ciò? Non è difficile realizzare queste idee, ma bisogna porle come obiettivi.

Vorrei sottolineare inoltre la questione dell'educazione o informazione istituzionale, indirizzata al grande pubblico, alla scuola e ai medici. Negli Stati Uniti esiste (demonizziamo sempre quel paese, ma qualche volta ci piace anche osservarlo) una realtà fondamentale che vi invito a studiare, descritta in un libro fantastico che si chiama *The brand spirit*, dove si dimostra come, con grande scientificità, gli americani hanno coinvolto i grandi capitali industriali nell'investimento sul piano sociale, dimostrando a grandi aziende, come ad esempio l'Unilever, che questo tipo di investimento ha un ritorno enorme in termini di immagine. Dobbiamo importare questa cultura, perché lo Stato non potrà mai reggere il confronto con i grandi gruppi industriali, che hanno una penetrazione dieci volte superiore a quella dello Stato stesso, che non dispone di risorse di quel tipo, non ha un prodotto da vendere, non ha nulla di paragonabile ad un dentifricio che rende, dopo aver fatto 50 passaggi al giorno in televisione, un aumento del fatturato del 50 per cento. Dobbiamo, con intelligenza, coinvolgere nella comunicazione istituzionale questi grandi complessi. Non si tratta di un'invenzione ma di un fatto sperimentato,

basta copiarlo. *Drug free America* ha condotto una campagna sulla droga riducendone i consumi — vorrei ricordare ciò che lo Stato italiano ha invece messo in atto, facendo una brutta figura presso le Nazioni Unite — impiegando solo capitali privati. Sono stati pubblicati libri che è sufficiente leggere, non c'è bisogno di inventare nuove ricette. Leggiamo, copiamo dalle *best practice*, dalle migliori pratiche; si abbia l'umiltà di imitare chi è meglio di noi.

Forse ho esagerato nel calore con cui ho toccato alcuni argomenti: vi chiedo scusa.

A proposito del volontariato, qualcuno concepisce il volontario come un vicario: si tratta di un errore che uccide il volontariato, perché credo che nessun volontario voglia diventare aiutante dell'infermiere.

Vorrei inoltre citare l'argomento dell'omeopatia, di cui però non sono esperto: credo ci siano già provvedimenti che hanno elevato la medicina omeopatica a livello di cura. Personalmente, non ho molta fiducia in questo tipo di cure, ma ciò è irrilevante perché, in quanto ministro della Repubblica, sono tenuto a rispettare ciò che il Parlamento decide.

In questi giorni, inoltre, è nata una inutile polemica sul problema della Fivet, della fecondazione artificiale: ho semplicemente affermato che il documento che il Parlamento aveva già esaminato poteva costituire la base perché lo stesso Parlamento tornasse a discutere tale questione. Non mi sembra di aver offeso nessuno, né di aver affermato di voler anticipare il regolamento rispetto alla legge: sono affermazioni che mi sono state attribuite e

che smentisco categoricamente. Il regolamento è ancora all'esame del Consiglio superiore di sanità: ciò costituisce la prova che non può essere pubblicato domani mattina.

Ho probabilmente dimenticato alcune questioni, ma vorrei concludere la mia replica.

Vi ringrazio dell'attenzione e vi rivolgo il mio saluto, nella speranza che questo clima sereno, che mi conforta molto, preluda ad un rapporto di collaborazione. La salute, come tutti hanno detto, non è né di destra né di sinistra, ma di quel povero cittadino rimasto solo al centro del sistema.

Ringrazio tutti i membri della Commissione per questo utilissimo dibattito ed in modo particolare il presidente.

**PRESIDENTE.** Ringrazio a mia volta il ministro, anche a nome della Commissione, per le puntuali risposte che ci ha fornito questa sera, che sicuramente hanno allontanato uno spirito di polemica che, forse per mancanza di conoscenza, si era creato. Proseguiremo sicuramente il nostro lavoro con un più proficuo rapporto di collaborazione. Dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 20.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

---

Licenziato per la stampa  
il 25 settembre 2001.

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO