

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

—————

18° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 GIUGNO 1995

—————

Presidenza del presidente MARTELLI

INDICE

Audizione del ministro della sanità Elio Guzzanti sulle trasfusioni di sangue e sulle facoltà di libera scelta dell'assistito

PRESIDENTE:

- MARTELLI (AN).....	Pag. 3, 6, 7 e <i>passim</i>
DIONISI (Rif. Com. Progr.).....	10, 17
DI ORIO (Progr. Feder.).....	8, 9, 10 e <i>passim</i>
GALLOTTI (Forza Italia)	17
GUZZANTI, Ministro della sanità.....	3, 6, 7 e <i>passim</i>
MANARA (Lega Nord).....	16, 17
MONTELEONE (AN)	18

I lavori hanno inizio alle ore 9,10.

Audizione del Ministro della sanità Elio Guzzanti sulle trasfusioni di sangue e sulla facoltà di libera scelta dell'assistito

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del ministro della sanità Elio Guzzanti sulle trasfusioni di sangue e sulla facoltà di libera scelta dell'assistito.

Abbiamo invitato il ministro Guzzanti, che ringrazio per essere intervenuto, per ascoltarlo sul tema. Pare tuttavia che insorga un conflitto tra la nostra Commissione e la 12^a Commissione permanente su chi debba svolgere l'inchiesta e chi l'indagine conoscitiva in relazione al tema delle trasfusioni di sangue. Allora, per non creare problemi, chiederemo oggi al Ministro di riferirci sulla gestione della libertà di scelta dell'assistito.

Sapete infatti che a tale riguardo la legge in varie regioni non è stata completamente applicata; in alcuni casi è stato addirittura presentato un ricorso davanti alla Corte costituzionale, in altri si è chiesto al paziente di continuare a fare le solite trafale presso le Usl per ottenere il ricovero. Invece la legge prevede che il paziente possa andare a farsi ricoverare dove vuole con la prescrizione del suo medico di famiglia. Il Ministro aveva ribadito questa disposizione nelle linee guida, circa un mese fa, ma le regioni continuano a disattenderla; vi sono poi ulteriori problemi, perchè vengono applicati dei tariffari diversi da una regione all'altra. Per tutti questi motivi avevamo chiesto un intervento del Ministro della sanità ed anche del ministro della funzione pubblica, dottor Frattini. Collegato a questo è anche il problema delle prestazioni erogate all'estero.

Do quindi la parola al Ministro, invitandolo a intervenire sullo stato di attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e sul problema della libertà di scelta dell'assistito.

GUZZANTI, *ministro della sanità*. Onorevole Presidente, onorevoli senatori, relativamente alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, quando sono arrivato al Ministero ho preso visione del documento che era stato elaborato; che - a mio giudizio - era troppo legato all'applicazione delle tariffe. Il nuovo sistema di renumerazione delle prestazioni sanitarie non deve riguardare una mera applicazione tariffaria, ma tutt'altra cosa, cioè un grande processo di riorganizzazione che deve porre i soggetti pubblici e privati (soprattutto quando sarà operante il regime dell'accrédimento, ma anche in regime di accrédimento provvisorio) in condizione di eguaglianza nei riguardi dell'attività da svolgere: nell'immediato per le prestazioni ospedaliere, dell'anno prossimo anche per le altre.

Ho ritenuto opportuno intanto rivedere le linee guida e poi discuterle passo passo con il gruppo tecnico delle regioni; infatti, l'esperienza

mi ha insegnato che è perfettamente inutile fare delle cose che si debbono calare in una struttura che poi per vari motivi, compresi quelli di carattere costituzionale, può agire in maniera completamente diversa. Questo paziente lavoro ha portato alla fine all'elaborazione delle linee guida definitive che sono state emanate il 12 aprile e comunicate agli assessori e ai presidenti della Conferenza Stato-Regioni con una lettera di trasmissione intestata «Linee guida sulle tariffe»; è stato anche accluso un corposo documento dal titolo: «Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994, relative alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera e alla sue relazioni con i presidi e servizi extra ospedalieri». È necessario che le regioni tengano a mente che devono, *ex lege*, riprogrammare la rete ospedaliera e che il nuovo sistema che andiamo introducendo di fatto sposta l'attenzione e l'organizzazione dall'indice di occupazione all'indice di rotazione, con tutta una serie di effetti a catena sulle strutture extra ospedaliere di portata inimmaginabile. Allora ho ricordato loro tutta una serie di passi da compiere, tra l'altro rimandando a breve termine - cosa che farò - un altro documento di linee guida sulla riabilitazione, che costituisce il pezzo più rilevante della parte extra ospedaliera, senza la quale la prima potrebbe portare persone a trovarsi in un vuoto assistenziale. Quando si impone di fatto una durata media delle degenze di gran lunga diversa dall'attuale (il che sarebbe dal punto di vista dell'efficienza un sogno, ma bisogna vedere in primo luogo i risultati dell'efficacia clinica, e poi come sono soddisfatti gli interessi delle persone) se non viene predisposta l'intera rete la cosa non può funzionare.

Però, come ho anche detto e scritto ai miei uffici, siccome ormai è convinzione comune che i documenti mandati solamente agli organismi di vertice non sortiscono nessun effetto nelle periferie, ne ho chiesta la pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale*, in modo tale che se ne abbia la diffusione quanto meno a tutte le aziende ospedaliere e a tutte le Usl-azienda, che ha messo a conoscenza di ciò informalmente (secondo me ciò non è corretto appunto perchè non si tratta di una disposizione ufficiale).

Relativamente all'aspetto specifico di cui si sta parlando, ad un certo punto delle linee guida ho trattato l'argomento degli istituti di cura privati. Alla fine ho scritto: «Non si deve dimenticare che anche dei confronti di dette istituzioni, con l'introduzione del nuovo sistema di pagamento, si esercita la facoltà di libera scelta del cittadino, il quale può pertanto accedervi, sulla base di apposita richiesta compilata sul modulo del Servizio sanitario nazionale dal proprio medico di fiducia». Questa è l'impostazione da me data alla questione, già ribadita anche nella risposta che ho reso recentemente ad una interrogazione presentata a tale proposito.

Detto così sembrerebbe tutto più semplice; in realtà, come qualche volta abbiamo anche constatato fra noi in maniera amichevole, forse non è stata approfondita da nessuno in maniera completa la filosofia che sta dietro questo sistema. Noi non dobbiamo interpretare la libera scelta come la capacità infinita degli erogatori pubblici e privati di rendere prestazioni ospedaliere. Stiamo parlando dell'anticipazione del sistema perchè il Parlamento per quanto riguarda il triennio previsto

dalla normativa (che è in perfetta linea con quanto è accaduto negli Stati Uniti quando si introdusse il *medicare*: la legge prevede tre anni per la messa in opera del sistema), ne ha anticipato i tempi rispetto a quello che doveva accadere nel 1996, graduando l'intervento in tre anni (che poi in questa materia sono due anni). Non si può pensare che la libera scelta significhi che a questo punto la prestazione ospedaliera possano mano a mano lievitare fino ad assumere il valore totale dell'intera cifra della quota capitaria. Voi sapete benissimo che il Fondo sanitario nazionale è costituito dalla quota capitaria fissata in base al criterio che ogni singolo cittadino pesa ugualmente in tutte le parti della penisola (in realtà epideiologicamente non è affatto così, però così è stato determinato); l'insieme forma la base del Fondo sanitario nazionale, a parte altre spese di natura fissa e vincolate e ne viene fuori un *pro capite* annuale di lire 1.532.000. Questa cifra è però legata ai livelli uniformi di assistenza; si tratta di sei tipi di attività che lo Stato deve assicurare. Ancora una volta devo sottolineare che in questo caso, malgrado tutte le critiche si fanno, la legislazione italiana è avanzatissima rispetto a quello internazionale. Si stabilisce cioè che si deve definire un pacchetto essenziale di prestazioni, di sanità pubblica e clinica, per i cittadini, ed è quello che abbiamo fatto; i sei livelli di assistenza vanno dalla prevenzione individuale e collettiva, passano attraverso la medicina specialistica, residenziale, di base, eccetera, e terminano con gli aspetti gestionali, organizzativi, informatici, informativi e quant'altro mai. Se si tiene presente che il settore ospedaliero è uno dei sei livelli e storicamente finora ha avuto un peso finanziario intorno al 52-53 per cento, si deve poi stabilire che le libere scelte devono intervenire nell'ambito di quella spesa.

Altrimenti noi tradiremo i principi in base ai quali abbiamo creato un sistema che ha forte valenza sociale per quanto riguarda l'intera problematica dell'assistenza sanitaria e rischieremo di far «succhiare» dal settore ospedaliero la parte più grande di questa cifra di 1.532.000 lire con buona pace della prevenzione, della riabilitazione, della medicina di base.

Ovviamente non è detto che le regioni, nell'ambito dei sei livelli di assistenza, date le differenti organizzazioni ed i diversi problemi, debbano spendere la stessa somma per la prevenzione, per l'assistenza ospedaliera e altro, altrimenti sarebbe finita l'autonomia delle regioni, ma neppure possono andare a libero campo omettendo qualcuno di questi aspetti.

Allora è qui che in qualche modo interviene il disagio, a mio parere solo apparente. Voi avete chiesto con la legge 23 dicembre 1994, n. 724, che la trattativa tra le regioni e le aziende avvenga sulla base di volumi predeterminati di attività con riferimento al tipo di prestazioni che ci si attende. Egualmente sarà per gli erogatori privati.

Ho parlato a lungo sia con gli uni che con gli altri, cioè i privati. Nessuno vede nell'immediato chissà quale sconvolgimento, ma quel che sicuramente bisogna ricordare è che coesistono da tanto tempo in Italia un sistema pubblico e uno privato anche se dovremmo intenderci sul significato di quest'ultimo termine, c'è, infatti, una serie di soggetti che svolgono una funzione pubblica, ma sono di proprietà privata; mi riferisco ai cosiddetti ospedali classificati, che consideriamo pubblici perchè

sono convenzionati obbligatoriamente. A seconda dei calcoli si può dire che il privato ha il 16, il 18 o addirittura il 40 per cento dei letti; è questione di intendersi, ma se ci limitiamo a considerare il privato convenzionato o accreditato provvisoriamente vediamo che per questi soggetti la situazione non cambia straordinariamente da un anno all'altro: da molto tempo la dotazione dei loro posti letto e la capacità di prestazione sono quelle che sono. Su tutto ciò - occorre dirlo - pende il problema, che andrà risolto velocemente, anche se con grande prudenza e riflessioni sui termini in gioco, della incompatibilità dei medici, che oggettivamente influisce molto sul rapporto tra i due fattori perchè se la situazione è a organici propri la linea va in un modo, se la situazione è quella di oggi la linea rimane invariata, cioè mediamente soddisfacente, per la parte pubblica decisamente insoddisfacente.

Le disposizioni impartite hanno, quindi, riguardato la situazione storica sia del settore pubblico che di quello privato, per partire da quell'aspetto e nel tempo riorganizzarsi, perchè tutti lo dovranno fare: pubblici e privati. L'avvio è stato dato, le disposizioni sono nel senso che voi avete indicato, la documentazione che vi lascio lo testimonia. In questa sono compresi il decreto ministeriale sulle tariffe e la risposta alla interrogazione della senatrice Alberti Casellati.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola ai colleghi, vorrei avere dal Ministro qualche informazione sulla migrazione sanitaria, soprattutto all'estero. Lei giustamente ha detto che bisogna tener conto della spesa storica e che più di tanto non si può fare nel primo e nel secondo anno; però lei sa benissimo che per alcune prestazioni, come la cura dei tumori, i trapianti di cuore e le operazioni al femore, la gente si reca in Francia, e non solo dal Sud Italia, con spese molte volte superiori a quelle del nostro sistema. Cosa si intende fare? Non è che questo tipo di interventi farà comunque oltrepassare il tetto di spesa? Perchè dobbiamo mandare i nostri soldi all'estero?

GUZZANTI, ministro della sanità. Mi sembra che questo aspetto non fosse all'ordine del giorno della Commissione; quindi ne parlo più perchè me ne occupo, piuttosto che per aver preparato l'argomento e aver portato della documentazione.

Ho visto con documentazione messa a vostra disposizione sua io stesso la considero insufficiente in quanto, pur essendo molto ben fatta in termini analitici, si riferisce un campione di 7.000 unità; probabilmente è rappresentativo, ma di tutti i campioni epidemiologici per dire che sono rappresentativi bisogna conoscere l'universo cui si riferiscono (che questo non conosco in questo momento e ho chiesto io stesso di conoscerlo).

In fondo ci sono due elementi: uno, si riferisce al numero delle autorizzazioni che mi sembra siano circa 65.000; l'altro, si riferisce alla spesa corrispondente, che è di circa 220 miliardi. Ciò però riguarda esclusivamente l'assistenza diretta; in questo momento non ho i dati relativi all'assistenza indiretta.

Io stesso ho fatto le osservazioni che voi avete evidenziato, ma dovette considerare che nel tempo relativamente breve che sono al Ministero, dovendo muovermi a 360 gradi e analizzare di tutto un po', non è

che mi sia potuto applicare molto alla questione, salvo accorgermi, come voi, che ci sono una serie di esigenze.

Non ero al corrente che in questa sede avreste affrontato tale argomento, ma siccome questo supplemento e approfondimento l'ho chiesto anch'io, non appena ne verrò in possesso, sperando che avvenga in tempi rapidi, vi informerò.

Allora, per quanto concerne le 65.000 autorizzazioni e i 220 miliardi di spesa, si deve considerare che il 38 per cento riguarda il settore oncologia medica e chirurgia, poi seguono i trapianti e infine gli altri problemi cardiovascolari. Lascerei da parte i trapianti, che purtroppo sono legati in Italia alla scarsa disponibilità di organi, anche se tutti credo dovremmo farci carico di questo problema. La legge è importante, ma credo che dovremo cogliere questa grande occasione del problema sangue, per porre una questione di principio. Non è pensabile che lo stesso gradiente Nord-Sud che c'è per la donazione del sangue sia accettabile anche per la donazione degli organi e che non si faccia nulla per cambiare la situazione.

Se qualcuno pensa che per il sangue alla fine basta avere l'autosufficienza ed una compensazione tra le regioni, secondo me commette un errore capitale perchè questo non risolve l'altro problema, che con questo sistema non si può affrontare, della donazione degli organi, che è identico. Non abbiamo una media nazionale di circa otto donazioni per milioni di abitanti, che però sono il frutto di dodici al Nord, sei al Centro e due al Sud. Questo è inaccettabile.

Sulle migrazioni in relazione ai trapianti purtroppo non si può intervenire.

PRESIDENTE. Mi ha avvertito ora il Segretario generale del Senato che, per quanto riguarda la questione delle trasfusioni di sangue, il Ministro può informalmente «agganciare» i due argomenti all'ordine del giorno, cosa che per la verità stava già facendo. Poi, se la questione l'affronteremo noi o la Commissione sanità è decisione che verrà presa dalla Presidenza del Senato.

GUZZANTI, ministro della sanità. Come stavo dicendo, lascerei per il momento da parte la questione dei trapianti perchè purtroppo è inevitabile una dipendenza dall'estero, nel momento in cui gli organi non vengono donati in maniera adeguata in Italia. Nel frattempo si sta lavorando proficuamente a livello della consulta tecnico-scientifica dell'Istituto superiore di sanità per individuare una serie di fattori che dovrebbero migliorare la situazione in Italia. Qualche nodo riguarda noi tutti, come quello di porre le rianimazioni e le terapie intensive in consizione di svolgere delle attività che, se non sono in qualche modo potenziate ed incentivate, non ci permetteranno mai di uscire da questa situazione. Il problema gravissimo dal punto di vista morale è di passare dalla cura eroica alla richiesta degli organi. Questo è un passaggio di mentalità non tanto semplice; chiunque è medico lo sa. Però alla fine si potrebbe anche compierlo, se non si dovesse anche discutere se tenere un letto occupato per un cadavere a cuore battente o per assistere un nuovo malato gravissimo, problema che dobbiamo affrontare.

Tornando alle migrazioni, il nodo è rappresentato dalle terapie oncologiche, su cui bisognerà compiere un enorme sforzo. L'individualismo sfrenato ha determinato una mancanza di organizzazione e fiducia da parte della gente, ma questo vale per ogni altra attività. La mia posizione in proposito l'ho già espressa. Il livello dell'ospedale italiano, attualmente è molto lontano da quelli medi occidentali: complessivamente in essi si lavora sei o sette settimane all'anno meno che negli altri ospedali per un motivo ben preciso. Infatti, il lavoro, nei casi migliori, si svolge dalle 0 alle 14 e non è possibile avere una struttura ospedaliera che funziona solo in queste ore; essendo tali le condizioni, le file d'attesa, per simili terapie, saranno sempre come quelle attuali.

Occorre porre mano all'intera materia. Il problema dell'incompatibilità dei medici deve essere affrontato con serietà e tenendo conto dei diritti stabiliti dalla legge per esercitare la libera professione: ma in luogo di dirlo, bisogna farlo. Occorre quindi adottare regole tali affinché entro un triennio una serie di adempimenti vada a regime: questa è l'ultima *chance* che abbiamo per far funzionare bene un servizio che, a mio giudizio, ha dato tanto alla nazione.

In conclusione, vorrei informare la Commissione che sto preparando una documentazione. Tutti gli indicatori di salute e di malattia dicono che negli ultimi venti anni l'Italia ha fatto molto più di tanti altri paesi. La durata media della vita è risultata nel 1991 di 74 anni per gli uomini e di circa 81 per le donne; ciò è molto indicativo. Certamente, non è solo merito della sanità ma anche del miglioramento delle condizioni sociali ed economiche di tutti noi. Questo lo abbiamo vissuto un po' tutti, in modo particolare chi come me proviene dall'Italia dei poveri. I cambiamenti sono visibili, ma occorre impegnarsi maggiormente, non basta far vivere di più la gente: bisogna dargli tutto quello che occorre.

PRESIDENTE. Signor Ministro, nel ringraziarla per la sua esposizione vorrei sapere se lei è a conoscenza di quanto è stato fatto in Israele dove c'erano lunghissime liste d'attesa che adesso non esistono più. I medici degli ospedali e degli istituti oncologici hanno chiesto ai primari di prevedere un turno pomeridiano con un ritocco dello stipendio. Non si può pretendere che la gente lavori il doppio senza essere pagata. Lei sa benissimo che gli straordinari non vengono corrisposti; si dice che verranno recuperati con le ferie ma poi quest'ultime non vengono concesse per esigenze di servizio. Questo è quanto succede nel nostro paese; non si può pretendere che la gente lavori il doppio senza che gli venga pagato neanche quello che gli è dovuto, non è giusto.

È facile dire che bisogna tenere aperte le strutture ospedaliere fino alle 8 di sera: bisogna anche pagare il personale.

DI ORIO. Questa audizione, così come è stata annunciata nell'ordine del giorno, doveva rispecchiare il dibattito di questi giorni e quindi incentrarsi sul problema delle trasfusioni di sangue, di grande attualità.

Il tempo del signor Ministro, nonché quello di tutti noi, è da ottimizzare non da disperdere. In questo senso, bisogna utilizzare

queste occasioni per dare quelle risposte che l'opinione pubblica ed il paese attendono.

In questa Commissione, nei confronti della Presidenza del Senato e della Commissione sanità, ho sollevato mesi fa un problema in relazione all'indagine conoscitiva sui farmaci nonché all'istituzione di una Commissione d'inchiesta sulla medesima questione. È stato spiegato a me, povero incompetente, ed ho cercato di fare tesoro di quelle nozioni, che la Commissione d'inchiesta è qualcosa di diverso da una Commissione permanente che svolga una indagine conoscitiva. Il presidente Martelli ricorderà bene quello scambio di lettere con la senatrice Alberti Caselati, alla quale posi tale questione; la senatrice mi rispose che le indagini che può fare una Commissione permanente sono quelle conoscitive, mentre una Commissione d'inchiesta è tutta un'altra cosa.

Non vorrei che, come si dice a Roma, una volta andiamo a tordi ed una volta a grilli. Questa è l'occasione giusta per ribadire che la nostra Commissione si deve occupare dell'inchiesta sul sangue e che la Commissione permanente si deve occupare dell'indagine conoscitiva.

Il signor Ministro ha parlato di questioni molto importanti e significative ma in questo momento noi siamo impegnati lungo questa linea di fuoco, che riguarda appunto le trasfusioni di sangue, che il paese ci ha segnalato come allarmante. Possiamo parlare di trapianti, di funzionalità degli ospedali, del sistema basato sui DRG ma sono argomenti che anche se importanti in questo momento sono al di fuori dell'attualità, non solo per la cronaca, ma anche delle risposte che dobbiamo dare ai cittadini che vogliono sapere se possono fare trasfusioni di sangue in maniera tranquilla. Signor Ministro, lei saprà che già in questa settimana è calato il numero dei donatori di sangue: in una dichiarazione lei ha detto di approvvigionarsi all'estero per il sangue.

GUZZANTI, *ministro della sanità*. Non l'ho detto.

DI ORIO. Sono convinto che così non sia. D'altra parte, la questione del sangue attraversando in questo momento una fase molto strana, perchè c'è un'azienda che ne ha quasi il monopolio. Su questo dobbiamo interrogarci al fine di verificare la funzionalità per il trattamento di plasma, sangue ed emoderivati.

Trovo accademico, pertanto, signor Presidente, affrontare altre questioni. Limitiamoci a quella sulla quale il paese attende risposte immediate se non vogliamo abbassare in qualche modo anche il livello della nostra inchiesta.

PRESIDENTE. Siamo stati autorizzati, in via preliminare, a parlare con il Ministro sulla questione delle trasfusioni di sangue e spiegheremo con una lettera quello che lei, senatore Di Orio, ha giustamente sottolineato nel suo intervento. Il Ministro è disponibile a partecipare ai nostri lavori sia oggi sia domani quindi ci informerà sia sul problema relativo alle trasfusioni di sangue sia sulla facoltà di libera scelta dell'assistito. Nell'ordine del giorno ci sono entrambi questi argomenti e se vogliamo verificare la regolarità del rapporto con le strutture sanitarie possiamo farlo.

DI ORIO. Propongo di inserire anche la questione riguardante la Commissione unica del farmaco che per taluni aspetti è illuminante.

PRESIDENTE. Esporrò il suggerimento del senatore Di Orio alla Presidenza del Senato.

DIONISI. Avverto l'esigenza di comprendere bene il gioco - inteso nel senso nobile della parola - che stiamo facendo. Alcuni degli elementi sottolineati dal senatore Di Orio sono da me condivisi poichè riconosco la difficoltà per questa Commissione d'inchiesta di centrare il suo ruolo ed il suo compito.

PRESIDENTE. Senatore Dionisi, avevo avvertito che il ministro Guzzanti sarebbe stato audito sulle trasfusioni di sangue ma ieri sera la Presidenza del Senato aveva bloccato la nostra Commissione facendo presente che la 12ª Commissione aveva proposto una indagine conoscitiva sullo stesso argomento. Le nostre idee erano pertanto chiare ma ieri si è posta una nuova questione.

DIONISI. In Commissione sanità tale questione è stata affrontata in maniera informale. Noi commissari ci siamo chiesti di chi fossero le competenze sulla questione delle trasfusioni di sangue e quale ruolo avessero le due Commissioni, quella permanente e quella d'inchiesta. Ha ragione il senatore Di Orio, della questione del sangue ce ne possiamo e ce ne dobbiamo occupare noi e credo che già sia giunta alla Presidenza di questa Commissione una mia richiesta ufficiale in tal senso. A mio avviso, comunque, anche la 12ª Commissione può e deve occuparsi delle trasfusioni di sangue per gli aspetti relativi all'applicazione delle norme legislative, alla eventualità di un loro cambiamento, alla verifica della loro attuazione reale.

Perciò sono due problemi diversi. Ho apprezzato la sollecitudine con la quale il Presidente della Commissione ha chiamato il Ministro per rispondere sulla questione del sangue. Io credo che le vicende che abbiamo conosciuto attraverso gli organi di informazione non possano ovviamente passare nella coscienza di ognuno di noi come una meteora: sono fatti che segnano non solo la nostra coscienza, ma anche quella collettiva. La gente si pone delle domande, i pazienti ed i familiari sono impressionati, ci sono difficoltà anche in tutto il mondo della donazione del sangue, delle trasfusioni, eccetera, sicuramente questo del commercio del sangue e dell'uso di sangue a rischio, proveniente dagli Stati Uniti o dai paesi sottosviluppati, ha messo un po' in subbuglio tutto il mondo della sanità, in particolare il settore che si occupa di queste pratiche sanitarie.

Oggi stiamo sentendo il Ministro che in qualche modo - lo dico fra virgolette per sfumarne il significato è qui nella veste di «inquisito», ma è anche compito del Ministro il controllo sulle strutture sanitarie. Capisco che tutto non si può fare, che è difficile anche solo avviare quest'opera, però qui assistiamo ad un ribaltamento della impostazione teorica, culturale ed anche organizzativa e strutturale del nostro sistema sanitario. Le contraddizioni, cari colleghi, ci sono; vi sono le cliniche private, sul cui ruolo tanto si enfatizza, che sicuramente insieme a strut-

ture pubbliche ci hanno messo di fronte ad una questione di non poco conto proprio per la salute dei cittadini. Io non pongo problemi di carattere morale, seppure esistano anche quelli, ma problemi strettamente sanitari.

Avverto un minimo di disagio nei confronti del signor Ministro: egli ci dice sempre cose interessanti e condivisibili; ma poi mi chiedo perchè, pur con un Ministro con una tale impostazione culturale e teorica, la sanità del nostro paese continui ad andare nel verso della privatizzazione e della diminuzione delle prestazioni. Spero che questa contraddizione la viva anche il Ministro, che pensa alcune cose e poi invece ne fa altre; abbiamo anche letto il documento economico che afferma sì che si garantiranno le stesse prestazioni ai cittadini, però poi si scopre che le pagheranno più di quanto non le paghino già. Abbiamo un Ministro che la pensa in un modo, che io condivido, ma poi continua a muoversi con una concezione della sanità che va nel verso della controriforma.

Caro Presidente, le pongo una domanda: che c'entra la Commissione di inchiesta con la libertà di scelta dei cittadini? Perchè si pone questo problema? Forse perchè si cerca ancora una volta di avviare una politica favorevole alla privatizzazione delle strutture, alle cliniche private e al loro ruolo? Allora perchè la Commissione di inchiesta deve parlare dell'applicazione del decreto legislativo n. 502? Perchè, signor Presidente, se la legge 23 dicembre 1978 n. 833, non è stata applicata, non svolgiamo un'inchiesta su come strutture dello Stato centrali e periferiche abbiano tradito quella riforma? Invece a due anni dal varo del decreto legislativo n. 502 chiamiamo il Ministro in sede di Commissione di inchiesta (se lo interpellassimo al proposito in sede di 12ª Commissione mi starebbe bene) per farci raccontare come non sia garantita la libertà di scelta del cittadino.

DI ORIO. Ma stiamo svolgendo un dibattito a tutto campo.

DIONISI. Caro collega Di Orio, mi sto riferendo alle affermazioni fatte dal Ministro, perchè non mi sarebbe venuto in mente niente di dire queste cose se il Ministro non ci avesse parlato del sistema basato sui DRG, dell'accreditamento, della libertà di scelta dei cittadini e se soprattutto il Presidente non lo avesse stimolato su questo terreno. Allora, signor Presidente, vogliamo stabilire che cosa è successo sul problema del sangue? Chiedo al nostro Presidente e al nostro Ministro che si parli di questo, dei rapporti fra le strutture pubbliche e quelle private, dei medici che svolgono una doppia funzione, del commercio di sangue infetto e di tutte le cose che riguardano questa Commissione inerenti al problema del sangue. Gli altri aspetti riguardano la politica sanitaria: trattiamole in sede di 12ª Commissione.

PRESIDENTE. Le rispondo, senatore Dionisi. Se lei va a rileggersi l'articolo 1 della deliberazione del 4 ottobre 1994, vi troverà che il primo scopo di questa Commissione è di verificare l'attuazione della normativa in materia, al fine di fornire al Parlamento i punti di riferimento in relazione all'applicazione del decreto legislativo n. 502. Comunque non ho chiesto al Ministro di venire a riferire sulla libertà di scelta; gli ho chie-

sto di venire per questo e per il problema del sangue. Sono previste due sedute per l'audizione del Ministro; vi è stato un problema di competenza con la 12ª Commissione, che spero dopo l'intervento del senatore Di Orio si sta risolvendo. Quindi adesso cedo la parola al Ministro sulla questione del sangue, sperando di poter riprendere l'audizione domani mattina. Il problema della libertà di scelta fa parte integrante delle problematiche di questa Commissione.

GUZZANTI, *ministro della sanità*. Il Ministro ha il dovere di rispondere ai parlamentari ed io sono qui in questa veste per risolvere questioni che altrimenti si chiariscono solo sui giornali, il che non può essere. La legge 4 maggio 1990, n. 107, molto sofferta nella sua elaborazione, ha dovuto trovare una mediazione tra le competenze delle regioni e quella dello Stato (oltretutto divise: le regioni sui servizi trasfusionali ed il sangue, lo stato sugli emoderivati) e ha stabilito, all'articolo 11, che il Ministro della sanità con atto di indirizzo e di coordinamento deve disciplinare tutte le attività.

Tuttavia, un ricorso della regione Lombardia alla Corte costituzionale ha fatto sì che nel 1991 questa norma venisse amputata: di fatto quella di indirizzo e coordinamento è scomparsa sono rimaste le norme per l'attuazione della legge, ma ciò non è accaduto è naturalmente si è sviluppata una serie di questioni che riguardano ciò che è avvenuto, ciò che sarebbe dovuto avvenire e quel che sto predisponendo.

Ricordo che la legge prevedeva che le regioni predisponessero dei piani di raccolta del sangue entro un anno dal piano sanitario nazionale; l'anno non è ancora scaduto perchè il piano sanitario è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* il 23 luglio 1994. In ogni caso, delle ventuno realtà tra regioni e province autonome, dieci hanno provveduto, anzi qualcuna ha fatto più di un piano; dieci non hanno provveduto e una, il Lazio, sta nel mezzo perchè ha predisposto il piano ma il commissario di governo gliel'ha modificato, respinto, emendato e quant'altro mai.

Comunque, la questione che è emersa in quest'ultimo periodo di tempo nè la legge n. 107 nè i piani regionali l'avevano affrontato: cioè in modo dettagliato e articolato come organizzare i rapporti tra le strutture dotate solo di frigo-emoteca, pubbliche, private e convenzionate o private *tuot court*, e le strutture uniche autorizzate che sono quelle dei servizi trasfusionali pubblici che, organizzati secondo bacini di utenza, hanno questi compiti. Questo non è stato recepito ed è un aspetto sul quale ho chiesto ai carabinieri del NAS di svolgere una indagine conoscitiva; non ho chiesto di svolgere indagini ripetitive di quelle della magistratura, ci mancherebbe altro: dove c'è la magistratura che indaga il Ministero sta fuori e fa altre cose ed io, infatti, ho chiesto di conoscere altro.

Ho riscontrato che non succedeva niente, salvo che per il Piemonte. Di tutto questo me ne stavo occupando molto prima che scoppiasse lo scandalo, perchè dopo neanche un mese che stavo al Ministero mi sono accorto che i lavori della commissione nazionale per il servizio trasfusionale, si erano arenati. Con due decreti del 15 e del 23 marzo ho ricostituito la commissione perchè un componente era deceduto, un altro si era dimesso e così via; in pratica il 30 marzo la commissione è stata ri-

costituita, è stata convocata e ha cominciato a lavorare. In quel momento ci siamo divisi in quattro gruppi di lavoro che dovevano elaborare documenti, il che abbiamo fatto; ci siamo rivisti il 5 giugno e il prossimo appuntamento è previsto per il 27 giugno, quando presenterò una serie di atti ben definiti e articolati.

Noi abbiamo un sistema di controllo del sangue o degli effetti negativi dello stesso che per ora si basa su due tipi di rilevamenti di sorveglianza epidemiologica. Uno riguarda i casi di AIDS e la loro provenienza causale. Sulla base dei dati più recenti abbiamo 305 casi cumulativi di AIDS attribuibili a trasfusioni di sangue registrati dall'Istituto superiore di sanità, pari all'1,1 per cento del totale, e questo rientra nella medie complessive europee. L'altro rilevamento riguarda i 235 casi verificatisi in emofiliaci, ovviamente quasi esclusivamente a causa degli emoderivati; questo valore dello 0,9 per cento sul totale dei casi di AIDS è francamente molto inferiore rispetto ai dati di altri paesi occidentali. Non ci risultano casi di AIDS che, dopo il 1985-1986, siano dovuti a trasfusioni di sangue; ho parlato di casi di AIDS, non di sieropositività!

C'è stato il caso recentissimo dal bambino Sollazzo che è stato per ora classificato come «indeterminabile», perchè finora nessuno ha dimostrato che il contagio sia avvenuto a seguito di trasfusione. Le indagini sono tuttora in corso: si pensa a tutto e al contrario di tutto; abbiamo seguito da un anno e mezzo una pista quasi di tipo poliziesco risalendo a Napoli, alla casa di cura dove il bambino è nato, ad altro, ma finora prove non ce ne sono.

L'altro sistema che controlliamo è proprio quello delle donazioni. Abbiamo controllato poco più di 14 milioni di donazioni per gli anticorpi anti-HIV tra il secondo semestre del 1985 e il secondo semestre del 1994. La presenza di infezioni da HIV nei donatori ha mostrato un andamento nettamente decrescente: era lo 0,029 per cento nel 1985 ed è sceso allo 0,004 per cento nel 1994.

Questo aspetto mette di nuovo in evidenza un'altra questione che conosciamo, e che ribadiamo con buona pace di quelli che hanno da ridire sulle eccezioni alle regole, cioè che i donatori periodici abituali sono dieci volte più sicuri dei donatori occasionali. Questo è un dato riscontrato, confermato e sicuro anche se poi magari esce fuori che il donatore abituale, infermiere del Policlinico, non ha detto qualcosa sui propri comportamenti. Siamo di fronte a qualche centinaia di migliaia di persone; attualmente conosciamo oltre 1.200.000 donatori che danno luogo ad oltre 1.800.000 unità di sangue intero da cui derivano circa 2.700.000 unità separate di sangue intero, emazie filtrate, concentrati piastrinici ed altro.

Conosciamo la maggior parte dei dati, anche se non la totalità. I dati di sorveglianza li abbiamo quasi da tutti: qualcuno che non ce li manda o ce li manda in ritardo non è che non compia i *test*. Sottoponiamo a controllo di qualità quasi tutti i centri trasfusionali che hanno aderito volontariamente al controllo di qualità dal 1989, che è di tipo europeo.

Diversa è la situazione riguardante l'epatite C. il sistema di sorveglianza ancora non l'abbiamo messo in piedi anche perchè - come sapete - il decreto, che ha inserito l'epatite C è del luglio 1990; il sistema di sorveglianza è in via di attivazione e sicuramente una parte consi-

stentissima delle oltre 21.000 domande presentate in base alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, riguardano proprio l'epatite C, che come sapete prima del 1990 non era determinabile, quindi si dovrà procedere a indennità di solidarietà sociale ma non è colpa di nessuno; alle cose impossibili nessuno può far fronte quando non esistono gli strumenti.

Tornando ai fatti recenti, l'Italia è autosufficiente dal punto di vista dell'approvvigionamento del sangue? Si dovrebbe ritenere complessivamente di sì, anche se la distribuzione di donazioni fra le varie parti d'Italia è straordinariamente disomogenea la Campania, la Sicilia, la Calabria, la Puglia e lo stesso Lazio sono al di sotto del loro bisogno talvolta in modo tragico. Lo stesso gradiente si riscontra anche per la donazione di organi. Questo porta e ha portato a squilibri spesso tremendi; le cosiddette compensazioni tra le regioni con fronte di una grandissima confusione.

Non solo: se noi ci adagiassimo sull'idea che alla fine c'è una compensazione e non importa se al Nord sono più generosi che al Sud in base a certi valori (ma non è così perchè è l'inerzia delle istituzioni che ha determinato queste situazioni) ciò non ci permetterebbe di risolvere i problemi dell'altro settore per il quale non siamo autosufficienti, cioè il plasma e gli emoderivati. È vero che probabilmente consumiamo più albumina del dovuto, ma sia per il sangue, sia per l'albumina e gli emoderivati si richiede e si farà sempre di più un buon uso del sangue attraverso non solo un'opera di informazione e formazione, ma anche attraverso l'istituzionalizzazione dei comitati trasfusionali negli ospedali. Debbo dire che già molti risultati sono stati ottenuti in varie parti d'Italia dove si è conseguita una sensibile riduzione del fabbisogno; a questo dobbiamo associare la politica dell'autotrasfusione nelle sue varie caratteristiche, che ovviamente non può essere spinta all'estremo perchè avremo sempre emergenze e altre esigenze.

Uno dei decreti che sto preparando, previsto dalle legge, riguarda proprio la promozione dell'offerta nelle aree dove il sangue è ancora insufficiente e tutto questo ci dovrebbe portare complessivamente all'autosufficienza anche per quanto riguarda il plasma e gli emoderivati.

Allora, da una parte, occorre riproporzionare i consumi di sangue, plasma ed emoderivati attraverso un corretto uso clinico di queste sostanze; dall'altra, occorre aumentare le donazioni, non tanto per il sangue intero ma per il plasma che da esso ne deriva: ciò consentirebbe soddisfare le richieste, altrimenti dovremmo coprirla dall'estero. In tal modo, arriveremo ad una soluzione del problema.

Per quanto riguarda le mie recenti dichiarazioni, non ho mai parlato del sangue da importare perchè il sangue è sufficiente. I donatori si sono stizziti: hanno detto che avrebbero fatto sciopero. Il loro atteggiamento è comprensibile perchè un donatore di solito è persona generosa e solidale e se ad un certo momento comprende che dietro alle sue spalle esistono situazioni di inganno, non può non avere una simile reazione. Tuttavia, i donatori hanno poi chiarito che volevano solo stimolare una presa di posizione da parte del Ministro, che comunque c'è stata. Pian piano passerà anche la paura della gente che conoscendo tali fatti pensa tragicamente che anche la donazione di sangue sia pericolosa; tanta gente, comunque, pensa ancora che l'AIDS si possa prendere con la puntura di una zanzara. Sono concetti che vanno rimossi. La do-

nazione non è pericolosa ma il ricevimento, purtroppo, presenta ancora un margine di rischio e questo lo devo dire perchè il Ministro della sanità non può vendere bugie alla gente. Il rischio è ridotto al minimo accettabile con i metodi moderni in Italia come negli altri paesi occidentali ma non è zero. Se dico che è zero, affermo una cosa non vera poichè oggi non lo è.

Per quanto concerne la questione degli emoderivati, mi sono trovato, come tutti voi e senza saperne di più, davanti all'annuncio delle ditte che non avrebbero prodotto più nulla se la situazione si fosse rimasta tale. Ho semplicemente suggerito un metodo da me adottato come medico: quando non trovavo medicine nel mio reparto, andavo al reparto di chirurgia a prenderle poichè servivano per i malati.

Alcune importanti società già importano oggi in Italia emoderivati sotto garanzia; quindi in caso di carenza, dobbiamo importare, naturalmente in condizioni di emergenza e limitatamente agli emoderivati, ma con garanzie almeno pari a quelle che abbiamo in Italia.

La mia dichiarazione era quindi questa: comunque oggi ciò non si è verificato e spero che non si verificherà.

Ho acquisito il discorso del monopolio, come voi, dalla legge. A suo tempo è stata fatta una previsione e si è detto perfino che doveva avere sede sul territorio nazionale, delineando quindi chiaramente un monopolio di fatto. Tale discorso non può interessarmi ma è emerso nell'ambito della cosiddetta Commissione sangue quando alcuni esperti hanno presentato un documento in cui chiedevano i motivi che oggi ci dovrebbero indurre alla produzione nel momento in cui c'è una politica europea del farmaco. All'origine c'è una spiegazione, non certo sciovinistica, ed è relativa alle sicurezze che si possono avere con sangue italiano e con controlli italiani. Questi ultimi sono fatti molto bene e ancora una volta devo dire che non siamo gli ultimi della classe; ad esempio, lo *screening* sui *test* dell'epatite C è stato introdotto da noi prima che in altri paesi occidentali. Avere plasma preparato e controllato in Italia, al di fuori dei concetti di autonomia e di autarchia, mi è sembrato un discorso seducente.

Riprenderemo la discussione con quegli esperti che hanno presentato un documento in contrasto con tale affermazione ma ritengo che non si possa fare nulla se non si modifica l'articolo 10 della legge n. 107, del 1990. Tra l'altro, ricordo che l'articolo 11 della citata legge era stato parzialmente modificato in seguito ad una sentenza della Corte costituzionale; l'articolo 10 ha subito invece una modifica in seguito al ricorso della Immuno contro la Farma Biagini ma rimane sempre valido perchè la possibilità di avere stabilimenti sul territorio nazionale ancora esiste.

Dopo aver esposto tali concetti in via preliminare, illustrerò adesso le iniziative che intendo adottare. Sto predisponendo per il 27 giugno, data nella quale è convocata la cosiddetta Commissione sangue, uno schema-tipo di convenzione (tra l'altro, già previsto dalla legge n. 107 ma non ancora attuato) con le imprese produttrici di emodiagnostici. Questa è l'occasione per costituire un gruppo di esperti in affiancamento all'Istituto superiore di sanità di modo che in maniera continuativa verremo sempre aggiornati sulla generazione successiva di *kit* di massima sensibilità e specificità. Vogliamo assicurare agli utenti i più

aggiornati metodi di rilevamento. I nuovi *kit* di terza generazione complessivamente riducono il cosiddetto periodo finestra da 45 a 25 giorni; mentre ancora - lo ribadisco - nessuno si azzarda a fare uno *screening* di massa sul sangue perchè non ci sono ancora le garanzie dei falsi negativi. È un argomento in discussione in sede europea e verrà affrontato alla fine dell'anno ma noi non vogliamo essere i primi a fare una cosa non sufficientemente dimostrata a livello scientifico anche se non vogliamo essere gli ultimi. Comunque, il primo compito di questo provvedimento sarà quello di attivare la Commissione al fine di predisporre lo schema di cui ho parlato. Il secondo compito è più complicato; penso che emanate un decreto regolamentare *ad hoc* da sottoporre al Consiglio di Stato: riguarda il coordinamento generale che nella legge n. 107 veniva attribuito all'Istituto superiore di sanità, ma nel decreto ministeriale del 7 aprile, relativo al piano sangue, anche con la collaborazione della neo costituita Agenzia per i servizi sanitari regionali. Stiamo lavorando su questo argomento; l'Istituto probabilmente si occuperà di tutto il coordinamento tecnico-scientifico di sorveglianza epidemiologica dei kit mentre l'Agenzia si occuperà dell'organizzazione, della gestione, della programmazione e degli aspetti finanziari. Tuttavia, come ho già avuto modo di dichiarare, non credo che riuscirò a presentare il decreto per il 27 giugno se non nei suoi principi più generali.

In questo decreto verranno stabiliti, gli standards di riferimento per i centri trasfusionali. La legge n. 107 faceva riferimento ad un numero di migliaia di unità di popolazione come bacino di utenza dei servizi immunotrasfusionali dei centri trasfusionali. Poi, nessuno si è fatto carico di verificare cosa c'era scritto in quella sentenza che prevedeva che per un certo numero di persone dovevano esserci almeno - e non invece non meno di - un certo numero di unità trasfusionali. Molte regioni pertanto si sono impantanate non sapendo come comportarsi poichè, ad esempio, non avevano 400.000 abitanti, ma il legislatore non aveva detto questo. La sentenza era stata male interpretata: essa prevedeva che almeno per un certo numero di abitanti dovesse essere assicurato quel servizio.

Un altro decreto riguarda lo schema di convenzione sul quale prima mi sono soffermato.

MANARA. Una legislazione di questo genere fa sì che ad ogni provvedimento sia sempre necessaria una interpretazione adeguata. Prendo atto della necessità di una interpretazione autentica di ogni legge.

GUZZANTI, *ministro della sanità*. Senatore Manara, un tempo era previsto il regolamento di esecuzione della legge, che nel passato ha sempre salvato molte situazioni. Abbiamo perso questa bella abitudine: il regolamento di esecuzione disciplinava la legge quadro in maniera chiara.

PRESIDENTE. Signor Ministro, nel momento in cui noi interveniamo lo facciamo attraverso il nostro ruolo di Commissione d'inchiesta. Sappiamo che i suoi segretari hanno documenti interessanti e desideriamo avere alcuni dati, in particolare sulla quantità di traffico di sangue...

GUZZANTI, *ministro della sanità*. Traffico?

PRESIDENTE. Qualcuno ha detto che il sangue dai centri trasfusionali transitava alle strutture private. C'è poi il problema delle autotrasfusioni: quanto sangue degli autotrasfusi viene mandato in giro invece che restituito? Sappiamo certe cose, ma desideriamo avere da lei domani una risposta precisa.

GUZZANTI, *ministro della sanità*. Queste sono materie di inchiesta giudiziaria.

DIONISI. Io avevo posto tali questioni in un'interrogazione urgente, che risulta agli atti. però, noi, quali membri di una Commissione di inchiesta, vorremmo sentire altre cose. C'è la magistratura che sta indagando, ma questo non significa che il Ministro non possa parlarci dei rapporti tra le strutture private ed il traffico del sangue.

PRESIDENTE. Noi porremmo una serie di questioni al Ministro, poi sarà lui a dirci se al proposito sa o non sa.

Vorrei sapere dal Ministro se è obbligatorio che gli emoderivati debbano essere prodotti dal privato e non dal pubblico. Perché il sangue *in toto* è trattato solo dal settore pubblico e gli emoderivati invece sono trattati dal privato? Perché la preparazione degli emoderivati non può essere fatta dai centri trasfusionali propriamente organizzati? Spero che domani il Ministro possa rispondere anche a questa domanda.

MONTELEONE. Inviterei il Ministro, esaurita questa parte della nostra audizione, a dirci dettagliatamente che cosa intende fare, perché tutti sappiano qual è il vero programma in base al quale muoversi. Ritengo che questa sia la questione centrale su cui il Ministro deve pronunciarsi.

GALLOTTI. Vorrei chiedere al Ministro se la stampa non abbia esagerato sulla dimensione del problema legato alle trasfusioni di sangue.

MANARA. Mi ricollego molto brevemente a quanto ha detto il collega Monteleone. Desidererei avere dal Ministro in primo luogo un'analisi critica della situazione e poi una proposta molto sintetica. Penso che le nostre vedute concordino in questo senso.

DI IORIO. Vorrei chiedere innanzitutto al Ministro quali sono le iniziative che ritiene necessarie per quanto riguarda il perseguimento in tempi brevi dell'obiettivo dell'autosufficienza; quali misure di incentivazione intenda promuovere per quanto concerne la donazione, anche attraverso la predisposizione del piano a cui fa riferimento l'articolo 11, comma 4, della legge n. 107. Il Ministro ricorderà senz'altro tutti gli adempimenti in relazione al sangue che discendono dal piano sanitario nazionale. In secondo luogo è necessario potenziare i controlli per quanto riguarda le importazioni e l'intero ciclo di produzione degli emoderivati, sempre al fine di garantire la sicurezza

delle trasfusioni. Io riterrei che sia opportuno arrivare anche a controlli per campione sul materiale biologico.

Mi pare che sia molto degenerata, per una serie di fattori che è troppo lungo qui richiamare, la ricerca scientifica nel settore; in passato era molto fertile, poi a poco a poco è andata perdendosi. Allora vorrei sapere se il Ministro ritiene opportuno istituire un organo di indirizzo e di coordinamento dell'intero settore; ciò dovrebbe passare naturalmente per una revisione delle funzioni della Commissione nazionale per il servizio trasfusionale. Sono convinto che a questo punto forse una riflessione sulla necessità di un organo di indirizzo e di coordinamento permetterebbe anche la soluzione di alcuni problemi organizzativi.

MONTELEONE. Signor Ministro, penso che in relazione alle vicende del sangue si possa a buon conto usare la parola «traffico» si riferisce alla vendita del sangue in modo lecito e anche meno lecito. A mio avviso è necessario vedere un po' più chiaro in questa situazione, specie per quanto riguarda, come lei ha accennato, il Sud; penso che poi in questo settore si debba procedere ad un riordino che può servire a risolvere questioni di estrema importanza.

PRESIDENTE. Vorrei rivolgere un'ultima domanda al Ministro sul rapporto tra le case di cura ed i centri trasfusionali. Vorrei sapere, in particolare, se c'è veramente un difetto da parte delle strutture private.

DI ORIO. Vorrei sapere che cosa pensa il Ministro sul fatto che in Italia abbiamo 500 centri trasfusionali, a fronte dell'Inghilterra che ne ha 12. Tra l'altro, sono 500 centri ufficiali, perchè, come ben sappiamo, ce ne saranno altrettanti ufficiosi, messi su in modo un po' artigianale.

GUZZANTI, *ministro della sanità*. In realtà in Inghilterra non sono 12; comunque là vi sono anche 140.000 medici, mentre noi ne abbiamo 300.000.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per essere intervenuto. Rinvio il seguito dell'audizione alla prossima seduta.

I lavori terminano alle ore 10,15.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA