

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

—————

54° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 FEBBRAIO 1996

—————

Presidenza del presidente MARTELLI

INDICE

Relazione sull'applicazione della legge 5 giugno 1990, n. 135, relativa al programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 11 e <i>passim</i>
BINAGHI (LIF)	8
CAMPUS (AN)	9, 13, 16
DIONISI (Rif. Com. Progr.)	12
DI ORIO (Prog. Feder.)	7, 8, 11 e <i>passim</i>
GUALTIERI (Progr. Feder.) ..	3, 8, 14 e <i>passim</i>
SERRA (Lega Nord)	14, 17
XIUMÈ (AN)	11

I lavori hanno inizio alle ore 9,35.

Relazione sull'applicazione della legge 5 giugno 1990, n. 135, relativa al programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della relazione sull'applicazione della legge 5 giugno 1990, n. 135, relativa al programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.

Cedo senz'altro la parola al senatore Gualtieri, estensore della relazione.

GUALTIERI. Signor Presidente, riassumerò brevemente il documento, nelle sue parti essenziali, che verrà allegata agli atti dell'inchiesta parlamentare.

In passato, avevo già presentato sull'argomento una relazione alla Commissione igiene e sanità del Senato, con la quale denunciavo lo stato di oggettivo ritardo del programma relativo alla lotta contro l'AIDS. Successivamente, mi sono reso conto che, oltre a denunciare il ritardo, occorreva chiedersi perchè il programma marciava con lentezza e quali erano i meccanismi che avevano portato al blocco del sistema di alimentazione finanziario previsto dalla normativa vigente. Infatti, all'atto della sua approvazione, la legge 5 giugno 1990, n. 135, recante «Interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS», aveva stanziato a tal fine circa 2.700 miliardi, di cui 2.100 per la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di malattie infettive e circa 600 per gli interventi di parte corrente. Va sottolineato che all'epoca questa risultava essere una delle leggi più avanzate in fatto di stanziamenti; nessun paese europeo, infatti, per la lotta contro l'AIDS, aveva assegnato una cifra così ingente tutta insieme.

Inizialmente, vi fu dunque un primo momento di grande attività da parte del Ministero della sanità affinché l'intero programma - così come previsto dalla legge - venisse completato in un triennio, ossia entro il 31 dicembre 1992. Si giunse però a quella data senza che nulla fosse stato realizzato in materia di costruzione delle strutture e che pochissimo fosse stato fatto in tema di spesa corrente. Quando il Ministero di accorse del ritardo provò a sollecitare le regioni in vario modo, ma senza ottenere alcuna risposta; poi improvvisamente, nel 1993, per effetto del decreto-legge n. 396, emanato il 2 ottobre e convertito nella legge 4 dicembre 1993, n. 492, le competenze in materia di edilizia sanitaria vennero trasferite dallo Stato alle regioni. A quel punto, il programma invece di subire un'accelerazione - come forse si era pensato - risultò ulteriormente rallentato perchè le regioni incontrarono difficoltà ancora maggiori rispetto allo Stato. Inoltre, sempre per effetto di quel decreto, persero efficacia le convenzioni

stipulate dal Ministero della sanità con i tre grandi consorzi di imprese che nel frattempo erano stati costituiti per la realizzazione delle opere.

Per vostra conoscenza, aggiungo che la dismissione di tali consorzi, che erano grosso modo riconducibili uno alla Fiat, uno all'Italstat e uno alla lega delle cooperative, è costata 122 miliardi per la realizzazione di progetti, finiti poi nel nulla. A questo proposito, faccio presente che di recente la regione Emilia Romagna, che è sempre tra le prime della classe, ha assunto, con una delibera, la decisione di procedere direttamente, tramite ditte di sua fiducia, alla costruzione delle strutture relative al suo territorio e quindi ha proceduto a nuovi appalti. Come dicevo, dunque, 122 miliardi sono andati ai consorzi e, al riguardo, occorrerà anche verificare come sono stati utilizzati; questo infatti è uno dei problemi che dovremo affrontare.

In ogni modo, si giunge al 1995. Con il decreto-legge 2 ottobre 1995, n. 409, vengono concessi alle regioni ulteriori otto mesi di tempo per procedere alla predisposizione e all'approvazione dei progetti esecutivi relativi ai programmi di edilizia sanitaria previsti dall'articolo 2 della legge n. 135 del 1990. Si arriva così al luglio 1995, ben oltre il quinto anno dal varo di una legge il cui programma doveva essere attuato alla fine del 1992 e che pertanto, bene che vada, ammesso che poi le opere di costruzione vengano realizzate in tempi rapidi, non verrà completato prima di dieci anni, con un divario notevolissimo tra i bisogni e la realtà.

Ebbene, nello stendere questa relazione ho cercato, con fatica, sia con l'ausilio del Servizio del bilancio del Senato, che - come sapete - è molto efficiente, sia rivolgendomi alla Ragioneria generale dello Stato e alla Procura generale della Corte dei conti, che ha aperto anche un contenzioso su questa vicenda, di rendermi conto di quale era il meccanismo di alimentazione finanziaria e del motivo per cui si era bloccato. A questo proposito, ho anche scritto ripetutamente al Presidente del Senato per rilevare che una delle carenze più gravi del Parlamento e, per quanto ci riguarda, del Senato è che quando variamo una legge poliennale di spesa non abbiamo modo di controllare quello che avviene successivamente; nelle leggi programmatiche invece si stabilisce sempre che ogni anno o ogni semestre il Ministro interessato deve presentare al Parlamento una relazione sull'attuazione del programma. Pertanto, ho scritto al presidente Scognamiglio per fargli presente che il Senato non può perdere il controllo delle leggi di spesa che approva, ma deve poter essere in grado di verificarne in ogni momento l'attuazione. Il Presidente del Senato mi ha risposto, per iscritto, affermando di aver istituito un'apposita commissione, presieduta dal professor Nocilla, proprio al fine di creare un ufficio che compia un accertamento sull'applicazione successiva delle leggi, in modo che il Senato abbia sempre la possibilità di esercitare un controllo su ogni legge poliennale. Tuttavia, mancando al momento questa struttura, è stato molto difficile ricostruire i flussi finanziari.

Al riguardo, ricordo che la legge n. 135 del 1990 prevedeva due filoni di alimentazione: uno relativo alla spesa corrente e l'altro riguardante la spesa in conto capitale. La somma stanziata per gli interventi di parte corrente era di circa 600 miliardi, mentre quella destinata alle spese in conto capitale ammontava a 2.100 miliardi. Ebbene, nella

prima parte della relazione ho analizzato come è stata utilizzata la spesa corrente, quella cioè che viene immediatamente pagata dallo Stato. La legge finalizzava gli stanziamenti di parte corrente a cinque obiettivi ben determinati, in favore dei quali prevedeva le seguenti assegnazioni: per il potenziamento degli organici dei reparti di malattie infettive, 80 miliardi per l'anno 1990 e 120 miliardi a regime; per lo svolgimento di corsi di formazione e aggiornamento professionale, 35 miliardi all'anno in forma continuativa; per il potenziamento dei servizi di assistenza, 20 miliardi per il 1990 e 38 miliardi a regime; per il potenziamento dei servizi multizonali, 6 miliardi a regime; per la promozione di servizi per l'assistenza a domicilio, 60 miliardi all'anno. In sostanza, vi era una destinazione precisa dei fondi, suddivisa in cinque grandi capitoli.

La ripartizione fu poi effettuata dal CIPE nell'anno 1990 (delibera CIPE 28 giugno 1990): 80 miliardi per il potenziamento degli organici; 35 miliardi per lo svolgimento di corsi di formazione; 20 miliardi per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti; 20 miliardi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS; per un totale di somme impiegate pari a lire 155 miliardi contro una autorizzazione di 201 miliardi. Nell'anno 1991 (delibere CIPE 8 ottobre 1991 e 26 novembre 1991): 120 miliardi per il potenziamento degli organici; 35 miliardi per lo svolgimento di corsi di formazione; 38 miliardi per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti; 60 miliardi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS; per un totale di somme impiegate pari a lire 253 miliardi contro una autorizzazione di 259 miliardi. Nell'anno 1992 (delibera CIPE 13 ottobre 1992): 120 miliardi per il potenziamento degli organici; 35 miliardi per lo svolgimento dei corsi di formazione; 38 miliardi per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti; 60 miliardi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS; per un totale di somme impiegate pari a lire 253 miliardi contro una autorizzazione di 259 miliardi.

Complessivamente, nel triennio sono stati erogati 661 miliardi, così suddivisi: 320 miliardi per il potenziamento degli organici; 150 miliardi per i corsi di formazione; 96 miliardi per i servizi ai tossicodipendenti e 140 miliardi per l'assistenza domiciliare.

Ho verificato come queste cifre siano state utilizzate. Per la prima voce, relativa al potenziamento degli organici, al Ministero risulta che sono stati assunti circa 500 medici e 1.050 infermieri, nonché 250 unità con altre qualifiche. Molti degli infermieri sono stati assunti a chiamata diretta, cioè senza concorso. Se si analizza come questi medici ed infermieri siano stati utilizzati, ci si accorge che non sono stati impegnati nei reparti o nei laboratori di malattie infettive, ma che i direttori sanitari hanno utilizzato questa «valvola» per immettere medici ed infermieri in altri reparti. Questo personale non è stato utilizzato nei reparti di malattie infettive per la ragione semplicissima che tali reparti non erano stati ancora realizzati. Per curiosità, sono andato a controllare quanti medici erano stati assunti nella mia regione nei reparti di malattie infettive e i direttori sanitari mi hanno confermato di aver assunto alcuni medici sulla base di quella legge, ma di averli immessi nel complessivo sistema ospedaliero. Lo stesso si può dire per i corsi di formazione, che sono serviti a tutto il sistema sanitario-ospedaliero e non solo a formare specialisti nel campo delle malattie infettive. In conclusione,

si può dire che la destinazione specifica della legge n. 135 non è stata rispettata.

Nel 1993 questo sistema di alimentazione si è spezzato in virtù di un decreto-legge, poi convertito in legge, con il quale si è stabilito che le due voci relative al trattamento a domicilio ed ai corsi di formazione dovessero conservare dei fondi a destinazione vincolata, mentre le altre due voci relative al potenziamento degli organici e dell'assistenza ai tossicodipendenti dovessero finire nel calderone indistinto del Fondo sanitario nazionale. Pertanto, dal 1993 in poi è quasi impossibile sapere quanti soldi sono stati spesi per queste specifiche voci; per verificarlo bisognerebbe fare un'analisi ospedale per ospedale.

Secondo tali indicazioni dovrebbe essere stato assunto personale in gran numero, dato che solo per la voce del personale sono stati spesi 120 miliardi l'anno; sono cifre pazzesche, di cui non c'è riscontro, e chi conosce il sistema ospedaliero lo può confermare. La spesa corrente ha degli obiettivi ben precisi, ma se facciamo dei riscontri non li troviamo. Il Ministero sostiene che le regioni abbiano emanato le loro delibere ma che poi sia mancato il controllo sulla loro attuazione.

L'aspetto più drammatico riguarda la spesa per investimenti, originariamente prevista in 2.100 miliardi; però, 122 miliardi sono stati stralciati per pagare i tre grandi consorzi e inoltre in questi anni sono stati impiegati circa 600 miliardi, per cui sono rimasti a disposizione del sistema e non ancora utilizzati circa 1.350 miliardi. Ma per attingere a queste somme le regioni devono accendere dei mutui presso determinati istituti bancari, presentando dei programmi. Quindi, non si tratta di 1.350 miliardi immediatamente spendibili, perchè per accendere i mutui è necessario un programma regionale, che può essere presentato entro il giugno del 1996 e quindi ancora non lo conosciamo.

In sostanza, di realizzato c'è pochissimo; il solo ospedale che è stato costruito, ma non con questi fondi, è lo «Spallanzani» di Roma, che però è entrato in funzione un anno prima della legge, appunto utilizzando altri fondi. Infatti, per costruire reparti di malattie infettive molte regioni hanno utilizzato l'altra grande legge poliennale di spesa in materia sanitaria, i famosi 30.000 miliardi previsti dall'articolo 20 della legge finanziaria del 1988. Anche per quei 30.000 miliardi si dovrebbe compiere un'analisi, per sapere dove sono andati a finire, come sono stati utilizzati e quanti ne abbiamo ancora a disposizione. In ogni modo l'Ospedale «Spallanzani» è stato costruito con tali fondi.

Ora, le regioni che hanno utilizzato fondi di altre leggi per realizzare alcuni reparti di malattie infettive, trovando aperta la strada della legge n. 135, cercano di ricondurre la spesa fatta sulla base di altre leggi all'interno delle disponibilità previste da tale provvedimento per liberare altre risorse. La partita è difficilissima da seguire, posso solo dire che è stato costruito pochissimo; in base al programma iniziale dovevano essere realizzati per i reparti di malattie infettive 6.900 posti letto, mentre oggi ai 1.000 posti letto che avevamo inizialmente se ne sono aggiunti in vari modi - un po' con questa legge, un po' con leggi precedenti - solo altri 600 invece dei 6.900 previsti.

Concludendo, nella spesa per investimenti abbiamo ancora una disponibilità di circa 1.350 miliardi legati però, come dicevo prima, a quei programmi approvati dalle regioni, sulla base dei quali devono essere

accesi dei mutui. La destinazione della spesa corrente la possiamo seguire soltanto per due capitoli, in quanto gli altri due sono finiti nel calderone del Fondo sanitario nazionale, per cui si può riassumere la situazione dicendo che il programma AIDS e il programma malattie infettive non è neanche partito.

Ritengo allora, che le cose non possono marciare così e che noi dobbiamo metterci nelle condizioni di avere, ogni sei mesi, ogni anno, delle relazioni precise su come vengono spesi i soldi. Dobbiamo uscire dai meccanismi della cassa e della competenza o dei residui passivi; noi legislatori dobbiamo sapere, secondo schemi molto semplici, che ogni anno si fanno determinate spese in determinati settori magari con elenchi dettagliati almeno delle strutture edificate, e a fianco di ogni voce deve essere riportata la cifra spesa. Si dica quanti medici sono stati assunti e che destinazione hanno avuto; in caso contrario rischiamo di perdere il controllo delle leggi che facciamo. Abbiamo varato una legge con una destinazione specifica per 2.100 miliardi e dopo sei anni prendiamo coscienza che ancora 1.350 miliardi non sono stati spesi, che per spenderli ci vogliono altri meccanismi, che i soldi utilizzati sono stati spesi male (122 miliardi per la sola progettazione è una somma incredibile).

Io credo inoltre che una Commissione di inchiesta come la nostra debba esaminare alcune zone a campione e fare un accertamento, oppure insistere per avere dal Ministero una relazione precisa su ogni singolo capitolo di spesa, in modo che sappiamo come è stata impiegata ogni singola cifra. Se non riusciremo ad appurare con certezza questi dati, perderemo come legislatori il contatto con le leggi che noi stessi avevamo varato.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Gualtieri per la sua relazione e dichiaro aperto il dibattito.

DI ORIO. Vorrei innanzi tutto esprimere vivo apprezzamento per l'ottimo lavoro svolto dal senatore Gualtieri. L'impostazione della sua relazione ci porta ad approfondire un argomento anche in alcuni risvolti che, almeno per me, non erano affatto conosciuti.

Vorrei ricordare che il nostro paese dispone di una Commissione ministeriale per la prevenzione e la lotta all'AIDS, ma mi risulta che, oltre ad interventi che riguardano la parte clinica, e quindi come tali del tutto apprezzabili, per quanto riguarda questo tipo di analisi essa abbia dedicato ben poco tempo a sviluppare tali tematiche. Ritengo invece che questo documento sia di grande importanza; anche il modo in cui è stato scritto dal senatore Gualtieri rivela un po' la sua recente esperienza di Presidente di una Commissione di inchiesta, perchè fa pacatamente il punto della situazione ed arriva alle conclusioni.

Io eccepisco solo due aspetti. In primo luogo, nelle conclusioni il senatore Gualtieri fa riferimento all'eventuale potere sostitutivo dello Stato rispetto alle regioni, che per la verità ben argomenta in vari passaggi. Si fa capire nella relazione che le regioni non possono sostenere questa lotta *uti singuli*, ma c'è bisogno di un altro potere che intervenga. Vorrei che questo aspetto fosse tuttavia più sfumato nella relazione perchè, al di là delle giuste considerazioni del senatore Gualtieri non so

quanto sia opportuno in questo caso evocare, oltre alla Commissione ministeriale sull'AIDS, un altro intervento dello Stato. Credo che forse anche in questo vadano maggiormente responsabilizzate le regioni perchè - continuo ad affermarlo - queste devono essere in prima linea anche da tale punto di vista.

In secondo luogo, io ritengo che questa relazione non solo debba essere inserita integralmente nel resoconto, ma che sia uno dei lavori più significativi che possiamo in qualche modo portare a consuntivo della nostra Commissione, anche se mi rendo conto che si tratta della elaborazione di un solo membro.

Infine, nell'ultima parte della relazione il senatore Gualtieri propone di fare un'analisi per campione su alcuni ospedali. Io ritengo che si possa elaborare una scheda da inviare a tutti i primari dei reparti di malattie infettive degli ospedali italiani, e anche chiaramente ai direttori generali delle Asl, per avere informazioni circa l'applicazione della legge n. 135 del 1990 ed i risultati raggiunti. Una volta ricevute le risposte a tale questionario, per il quale, se la Commissione è d'accordo, mi impegno a dare un contributo, avremo una serie di dati e di informazioni che potranno costituire un fascicolo a sè del lavoro di questa Commissione.

GUALTIERI. Senatore Di Orio, vorrei precisare che io sono un regionalista convinto. Però nella legge è scritto che quando una regione, ripetutamente avvertita, non fa le cose che deve fare nei termini previsti indebolisce il sistema e allora lo Stato ha il potere sostitutivo di procedere a quegli atti (programmi, appalti, eccetera) per i quali la regione è stata inadempiente. Forse questo aspetto va chiarito meglio: non si tratta di andare contro le regioni, ma non possono essere ignorate le responsabilità della regione inadempiente.

DI ORIO. Io non volevo attribuirle intenti antiregionalisti; volevo solo dire che in tutto il comparto sanitario, considerato nel suo complesso, la regione svolge un ruolo talmente importante per cui il frequente esercizio del potere sostitutivo dello Stato indebolirebbe il sistema, anche appunto quello complessivamente regionale.

BINAGHI. Voglio anch'io ringraziare il senatore Gualtieri per la sua relazione, che è opera di una singola persona e quindi è ancora più meritoria, perchè mette in chiaro tanti aspetti relativi al problema dell'AIDS, ma non solo, in quanto costituisce quasi una documentazione della malasana organizzativa tipica del nostro paese. Riusciamo ad approvare delle leggi anche buone (mi sembra che tutte le leggi varate per la sanità siano ben fatte) e poi, forse per una nostra incapacità organizzativa, non riusciamo mai a vedere realizzato in maniera esatta quanto abbiamo deciso.

In questo argomento probabilmente, anche se è difficile avere dati precisi, si è partiti da un progetto un po' troppo ambizioso, con un ingente finanziamento, per cui come al solito i responsabili della sanità hanno pensato di farvi rientrare tanti altri aspetti relativi alle attività sanitarie. Da qui deriva quanto ha detto il senatore Gualtieri sul personale assunto e non utilizzato per il motivo specifico per cui era stato richie-

sto; non c'è mai una concatenazione dei problemi. Si deve assumere il personale quando si può farlo lavorare; viceversa può anche accadere – tanto per fare un esempio – che un ospedale acquista delle apparecchiature diagnostiche e non si preoccupa di aumentare l'organico del personale per farle funzionare. Questa mancanza di organizzazione contraddistingue anche la sanità del nostro paese.

Il senatore Di Orio ha ricordato nel suo intervento che esiste una Commissione ministeriale per la lotta contro l'AIDS; ebbene, io mi chiedo che senso abbiano da noi le commissioni. Ad esempio, sia io che il presidente Martelli facciamo parte da un anno della Consulta per le malattie cardiovascolari, la quale è stata convocata una sola volta ed è andata quasi completamente deserta, mentre i problemi da affrontare sono tanti e di rilievo perchè, oltre all'AIDS, vi sono tante altre patologie importanti che necessitano di un supporto economico, quali le neoplasie e appunto le malattie cardiovascolari.

Apprezzo inoltre la relazione perchè mette in evidenza quello che accade nella realtà del nostro paese: l'abbiamo visto nella vicenda degli ospedali incompiuti che sono stati progettati e mai finiti, l'abbiamo visto nel caso degli 8.000 miliardi stanziati per l'edilizia sanitaria e mai spesi. In pratica, ogni volta che si apre un capitolo nuovo, il problema non è tanto che non vi sono i soldi quanto piuttosto che essi o non vengono spesi o vengono spesi male e questo è fonte di notevole discredito perchè poi è facile fare ironia sulla sanità che spende troppo. La questione di fondo, invece, è che c'è una cronica cattiva organizzazione ogni qualvolta si deve programmare qualcosa.

A questo proposito, aver pagato 122 miliardi per opere di progettazione è scandaloso; non lo sarebbe stato se poi tali progetti si fossero tradotti in qualcosa di concreto, ma mi sembra veramente pazzesco spendere una somma così ingente in progetti per poi non realizzarne neanche uno. Peraltro, l'esigenza di avere una legge più snella è un'altro punto su cui bisognerebbe insistere; infatti, se oggi stanziamo 1.000 miliardi in favore della lotta all'AIDS evidentemente è perchè ne abbiamo bisogno in questo momento, non li possiamo quindi utilizzare tra vent'anni, quando o la malattia ha assunto un rilievo ben più grave o magari è addirittura scomparsa. pertanto, occorre emanare norme di più agevole applicazione e soprattutto monitorare lo stato di attuazione dei programmi previsti dalle varie leggi in materia.

CAMPUS. Signor Presidente, rinnovo con piacere i complimenti al senatore Gualtieri, anche perchè non è la prima volta che egli si sobbarca da solo un onere così gravoso per portare avanti la battaglia nei confronti di questo problema. Esistono, infatti, già due relazioni sull'argomento, che hanno peraltro dato i primi frutti; infatti, se abbiamo ottenuto il «libro-rapporto» del Ministero, lo dobbiamo proprio all'iniziativa del senatore Gualtieri. Per questo motivo, quindi, lo ringrazio nuovamente.

Personalmente, sono convinto che questo ennesimo tentativo di capire cosa sia successo a proposito della legge n. 135 sia fondamentale e mi auguro che, nonostante il ristretto margine di tempo che sembra avere questa legislatura, non si arresti anche questo tentativo di fare

chiarezza che, con notevole fatica ma con grande efficacia, il senatore Gualtieri ha condotto da solo in questi mesi.

La legge n. 135 del 1990, sicuramente utilissima, è stata però varata sotto una spinta che non esito a definire molto demagogica: fu infatti sostenuta sulla base di un'ondata emotiva e quindi è risultata essere sovrafinanziata rispetto alle reali esigenze. Tuttavia - ripeto - era una legge utilissima in quanto consentiva di mettere a punto un programma volto a potenziare l'intera rete dei reparti di malattie infettive presenti in tutta Italia. A questo proposito, debbo anche dire di non essere particolarmente sconcertato per il fatto che sicuramente le regioni hanno utilizzato una parte dei fondi, stornandoli dall'obiettivo preciso cui erano finalizzati, per far fronte ad altre voci di bilancio. Infatti, trattandosi - come ho detto prima - di una legge sicuramente sovrastimata ed essendo invece tanti altri settori della nostra sanità sottofinanziati, posso anche capire che le regioni abbiano deciso di utilizzare in modo diverso le somme stanziati dal provvedimento, però ci debbono dire come le hanno impiegate. Su questo concordo con il senatore Gualtieri, mentre non condivido del tutto la posizione del senatore Di Orio. Certo, le regioni sono e debbono restare in prima linea, però in questo momento sono anche le principali responsabili della mancata utilizzazione dei fondi messi a disposizione dalla legge in anni di «vacche grasse», anche se solo ipotetiche (erano infatti soltanto anni in cui si potevano accendere molte cambiali). Ora, certe leggi non ce le possiamo più permettere; anche se esse assorbivano più delle nostre possibilità le varavamo ugualmente ed oggi paghiamo i debiti conseguenti a quelle scelte operate in passato; tuttavia, visto che le abbiamo fatte e che comunque costituiscono un onere, tanto vale renderle il più produttive possibile.

Ad esempio, c'è un passaggio nella relazione del senatore Gualtieri in cui ci si chiede chi spinse all'epoca il Parlamento perchè saltasse l'obbligo per le regioni di mantenere quei progetti che già erano stati realizzati dai consorzi già selezionati. Al riguardo, posso sospettare che si volesse liberare una nuova area di contrattazione, di progettazione e quindi di tangenti. Può anche darsi che si volesse colpire - come mi suggerisce il senatore Dionisi - chi aveva intascato le tangenti; tuttavia, se una regione ha pagato tangenti per avere un progetto e poi però lo ha ottenuto, mi pare molto sciocco buttare via il bambino insieme all'acqua sporca. Credo dunque che giustamente il senatore Gualtieri ponga l'accento sul fatto che l'autonomia regionale è fuori discussione, però il dovere primario dello Stato è quello di tutelare il cittadino, anche quindi nei confronti di una regione che si dimostra incapace. Personalmente, ad esempio, non ho difficoltà a dire che la Sardegna in questo momento detiene il *record* di incapacità nella programmazione: siamo stati infatti l'ultima regione ad avere i direttori generali; siamo, insieme ad altre due regioni, gli unici a non avere impegnato i fondi stanziati dall'articolo 20 della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67. Per quanto riguarda invece la legge n. 135 del 1990 qualcosa si è mosso - e qui devo ringraziare ulteriormente il senatore Gualtieri - perchè io ho portato le sue due precedenti relazioni e ho detto ai responsabili del settore: «Benissimo, se non vi muovete al più presto mi rivolgo alla procura della Repubblica, perchè nella vostra inerzia è possibile riscontrare il reato di omissione di atti d'ufficio» e qualcosa ho ottenuto.

In conclusione, dunque, è giustissimo quanto dice il senatore Di Orio e cioè che dobbiamo chiedere ai primari e ai direttori della Asl che vantaggi hanno avuto, se ne hanno avuti, dall'applicazione della legge; però è altrettanto vero che tale domanda dobbiamo rivolgerla soprattutto agli assessorati regionali alla sanità. Io, ad esempio, ho scoperto di avere un servizio nel mio Centro-ustioni, che invece non può aprire per mancanza di personale, quattordici infermieri professionali assunti già da sei anni e però smistati in altri reparti. Quindi, invierei la scheda non solo ai direttori delle Asl ma anche ai singoli assessori; ritengo che questa sia un'indagine fondamentale perchè va a toccare un campo in cui sicuramente la miglior terapia è la prevenzione. Infatti AIDS ed epatite sono malattie che sicuramente è molto più complesso curare che non cercare di prevenire, ciò non toglie però che i reparti ci vogliono e che sia necessaria l'assistenza domiciliare; a questo riguardo mi piacerebbe anche sapere dove sono andati a finire tutti quei medici preparati nei vari corsi di formazione professionale, perchè non vorrei che tali corsi – come troppo spesso accade in Italia – fossero serviti solo come aree di parcheggio, per dare un po' di soldini a qualcuno.

Pertanto – ripeto – sono disponibile a preparare una scheda da inviare agli assessorati regionali, in cui si chieda anche che fine hanno fatto i progetti che erano stati realizzati, se sono stati ripresi o se sono stati completamente abbandonati per poi ripartire da zero. Infine, sono d'accordo nello svolgere – come suggeriva il senatore Gualtieri – un'indagine a campione in alcuni ospedali; temo però che il temo non giochi a favore di questa nostra iniziativa.

PRESIDENTE. Proprio su questo, purtroppo, sono diventato un esperto: ho scritto centinaia di lettere agli assessorati regionali ma non ho mai avuto risposta, dopo mesi e mesi; credo di avere più esperienza di chiunque altro di voi. Nonostante insulti e minacce, non ho ricevuto nessuna risposta.

Credo allora che sarebbe più importante ascoltare il responsabile della Conferenza Stato-regioni, ponendogli domande precise: così forse con una audizione riusciamo ad ottenere qualche risultato.

DI ORIO. Dobbiamo rivolgerci direttamente alle strutture interessate, cioè ai primari di infettivologia, che conoscono la situazione.

PRESIDENTE. Possiamo anche recarci in tre o quattro centri ospedalieri per verificare direttamente la situazione.

XIUMÈ. Senatore Gualtieri, il suo esame sull'applicazione, nel bene e nel male, della legge n. 135 del 1990 mi sembra una esplorazione chirurgica, concreta, precisa e impietosa; e di questo mi complimento con lei. Ma a lei, uomo libero non solo nel nome, vorrei porre delle domande, che in parte le ha già posto il senatore Campus.

L'affidamento alle tre mega-società del progetto della rete infettivologica per l'AIDS da chi fu deciso? E da chi fu deciso lo scioglimento del contratto con quelle tre mega società? Le chiedo questo perchè a me sorge il dubbio che per molte realizzazioni ospedaliere rimaste incomplete la chiave di lettura sia sempre quella, cioè che non abbiamo vo-

luto servire l'utenza ma il potente di turno e che abbiamo badato più alla committenza, in quanto fonte di profitti, che non alla realizzazione delle opere.

Per quanto riguarda la scheda da inviare agli assessorati, forse perchè provengo dalla Sicilia, ritengo che sia assolutamente inutile inviarla all'assessorato sanità della regione siciliana. Ritengo invece che sia produttore coinvolgere gli interessati, cioè i primari dei reparti di malattie infettive, come proponeva Di Orio, perchè i primari sanno bene che la legge n. 135 è stata utilizzata come un grimaldello per assumere qualche medico, qualche infermiere o qualche operatore sanitario, da destinare a tutt'altro che alla cura dei malati di AIDS.

DIONISI. Come gli altri colleghi che mi hanno preceduto, voglio ringraziare e apprezzare il lavoro svolto dal senatore Gualtieri, che ancora una volta ha dato un esempio di correttezza metodologica e ha dimostrato una voglia di trasparenza. Senza esagerare, ma sono convinto di questo: il senatore Gualtieri ha saputo nobilitare la funzione del Parlamento, che in questo caso è quella di controllo; sono convinto che anche in futuro, per come posso giudicare lo sviluppo del dibattito sulle riforme istituzionali, si accresceranno i poteri di controllo del Parlamento, proprio perchè si intravede all'orizzonte un rafforzamento dell'Esecutivo. Perciò, il senatore Gualtieri in qualche modo già prepara la strada per i prossimi lavori parlamentari.

Al di là di tali questioni di carattere molto generale, che pure sono importanti ma che non è il caso di sviluppare in questa sede, credo che tale relazione avrebbe dovuto contenere anche un giudizio sulla politica realizzata nel nostro paese nei confronti dell'AIDS, anche se so perfettamente che non era questo l'obiettivo che il senatore Gualtieri si era prefisso. Abbiamo già letto una relazione presentata alla 12ª Commissione permanente nella quale si evidenziava l'insufficienza dell'azione che i diversi Governi avevano sviluppato rispetto alla prevenzione e alla cura di tale malattia. Forse un cenno poteva essere inserito in questo documento per rimarcare i danni che un certo moralismo bigotto e un'impostazione ideologica del problema hanno determinato nel nostro paese. Mi riferisco esplicitamente al tabù sui preservativi, ad un atteggiamento anti-scientifico e moralistico che si è tenuto rispetto a questa piaga sociale, che perciò ha potuto diffondersi nel nostro paese più di quanto sarebbe accaduto se fossero state messe in atto tutte le misure che il buon senso e la scienza epidemiologica ci suggeriscono e ci mettono a disposizione.

Per quanto riguarda il merito della relazione, che come ho detto prima è molto ben fatta ed apprezzabile in tutte le sue parti, faccio notare che - seppure con molto garbo il collega Gualtieri non lo abbia detto - tutte le contraddizioni e le dissonanze tra i vari provvedimenti di legge indicati nella relazione possono anche essere stati determinati dal tentativo di servire interessi diversi, compresi quelli legati al fenomeno di tangentopoli e all'intreccio molto stretto che si è verificato tra le commesse ai tre consorzi e il malaffare. Voi avete visto che la maggior parte delle società che hanno costituito questi tre grandi consorzi sono le stesse che ricorrono sempre nelle indagini di tangentopoli; in fondo questo poteva essere il boccone più significativo, per lo meno nel settore

della sanità, per il corrotto mondo della politica e dell'impresa. Perciò il Parlamento, cercando di intervenire, ha fatto poi i pasticci che ha fatto. Sebbene indirettamente, tutto questo viene affermato nella relazione Gualtieri. A pagina 8 vengono riportati tutti i tempi, con una stretta cronologia e poi si afferma: «Con queste procedure veloci, da vero primato mondiale, il Ministero della sanità anticipò di cinque giorni il termine dell'8 agosto fissato dalla legge». In una frase come questa va letto fra le righe l'interesse di personaggi come, ad esempio l'ex ministro De Lorenzo per portare avanti lavori e compiere probabilmente anche affari. Certo, alla sanità italiana sono derivati grossi danni.

Credo che questa relazione debba servire anche per varare provvedimenti legislativi che possano magari affrontare l'intera tematica della sanità nel nostro paese. Infine, mi dichiaro favorevole alla proposta del senatore Di Orio di continuare l'azione di controllo, predisponendo un questionario da inviare agli assessori ed ai primari dei reparti di malattie infettive.

PRESIDENTE. Innanzi tutto vorrei invitare gli altri relatori di questa Commissione a fare quello che ha fatto il senatore Gualtieri, cioè a produrre in tempi rapidi una relazione tanto completa.

Sono d'accordo con quanto ha detto il collega Dionisi, che procedure troppo veloci in uno Stato solitamente così lento possono creare molte perplessità: forse andrebbe approfondito anche questo aspetto. Vi è poi il problema qui a Roma dell'Ospedale «Spallanzani», il cui nuovo reparto di malattie infettive è funzionante solo con venti letti per mancanza di personale. Da quanto dice la relazione del senatore Gualtieri, in realtà il personale deve essere stato assunto; quindi credo che dovremmo chiarire la situazione dello «Spallanzani» per capire che fine hanno fatto i medici e gli infermieri che hanno frequentato i corsi. Purtroppo nel nostro paese, senatore Gualtieri, il controllo del Corte dei conti non è molto efficace e l'eventuale contenzioso di fronte ad essa non servirebbe a niente, se non a perdere tempo.

Sono infine d'accordo con quanto ha detto il senatore Di Orio: l'unico modo per conoscere la situazione è coinvolgere i responsabili dei reparti di malattie infettive perchè essi sono, secondo me, a conoscenza della situazione più di chiunque altro, se non altro per la rabbia di non aver avuto nuovi posti letto e nuovo personale per i quali erano stati disposti dei finanziamenti.

CAMPUS. Ma loro non possono sapere se l'assessore ha utilizzato delle deroghe per ricorrere allo specifico finanziamento. Io ho scoperto dopo si anni che erano state utilizzate le mie deroghe per assumere alcuni infermieri.

PRESIDENTE. Allora agiamo diversamente, perchè abbiamo l'esperienza che l'80 per cento degli assessori a cui mandiamo lettere non ci risponde. Possiamo anche decidere, senza più perdere tempo, di recarci presso degli ospedali del nostro paese con la Guardia di finanza: allora forse riusciremo ad avere qualche risposta.

SERRA. Mi complimento anch'io con il senatore Gualtieri, di cui tutti conosciamo la competenza e lo scrupolo con cui ha sempre affrontato i problemi nelle Commissioni di cui ha fatto parte.

Vorrei solo eccepire una considerazione fondamentale. Intendo infatti rilevare lo scollamento tra quanto disposto dal legislatore e quello che poi avviene sul territorio e la grave responsabilità che hanno al proposito le regioni. Se dobbiamo andare verso una sempre maggiore autonomia, occorre che questa autonomia non sia arbitrio, ma responsabilità, ed è nostro compito quindi verificarlo.

Prendendo spunto da quanto ha detto il senatore Campus, mi associo alla proposta del senatore Di Orio. Reperirò nella 12ª Commissione le altre due relazioni del senatore Gualtieri per cominciare direttamente le indagini sulla situazione complessiva della Liguria: vorrei verificare come sono stati utilizzati questi fondi, se sono stati dirottati verso altre finalità e fare il punto della situazione con una relazione.

GUALTIERI. Signor Presidente, dopo aver ringraziato sentitamente tutti i colleghi per i giudizi lusinghieri espressi nei miei confronti, vorrei concludere con una breve replica.

Il primo argomento su cui intendo rapidamente tornare è quello relativo al meccanismo finanziario inizialmente utilizzato e alla scelta dei consorzi. A quest'ultimo riguardo, debbo dire che non solo io ho avuto dei sospetti, tant'è che la magistratura sta indagando già da tempo su alcuni degli appalti concessi ai consorzi; però, non ho voluto inserire nella relazione quanto riportato da servizi giornalistici sulle inchieste in corso perchè è bene aspettare che esse si concludano. Tuttavia, non posso fare a meno di ricordare che sono state condotte dal Ministero della sanità, con i fondi previsti da questa legge (il loro costo probabilmente rientra in quei famosi 122 miliardi), cinque campagne di informazione; ebbene, per quattro di esse l'ex ministro De Lorenzo è già comparso davanti ai giudici. Debbo aggiungere però che una parte di responsabilità grava anche su noi legislatori. Quando nel 1993 trasferimmo le competenze in materia di edilizia sanitaria dallo Stato alle regioni, pensammo che attraverso questa via saremmo riusciti ad accelerare l'esecuzione del programma e ad esercitare un maggiore controllo. Invece è successo che, nel corso di sei mesi (dal giugno al dicembre 1993), sono intervenuti tre successivi decreti, nel primo dei quali si diceva che: «...Nella prosecuzione del programma... le regioni possono avvalersi delle concessionarie...»; nel secondo che: «... le regioni si avvarranno delle concessionarie» e, infine, nel terzo si tornava all'originaria versione: «...le regioni possono avvalersi...». Probabilmente, non ci siamo accorti di questa incongruenza, però il risultato è stato che le regioni si sono venute a trovare nell'incertezza assoluta. A questo proposito, ho avuto occasione di leggere la tesi di laurea di una studentessa che aveva seguito il percorso di questi decreti, in cui si traeva la conclusione che il legislatore era completamente impazzito. Questo per sottolineare le difficoltà che ci sono in questo campo.

Inoltre, personalmente sono dell'idea che dovremmo procedere nel modo suggerito dal senatore Di Orio, cioè predisponendo una scheda da indirizzare a coloro che operano direttamente in questo settore, vale a dire i primari dei reparti di malattie infettive. Tuttavia, sono anche convinto che contemporaneamente dovremmo procedere ad una serie di ve-

rifiche a campione su un numero ristretto di ospedali, magari scegliendo questi ultimi nelle città in cui sappiamo vi può essere il massimo di dispersione, perchè francamente alla risposta degli assessorati regionali ci credo poco. Infatti, il Ministero ha tempestato ripetutamente le regioni di telegrammi e non ha mai ricevuto risposte, anche perchè le regioni non hanno alcun interesse a fornire i dati in loro possesso in quanto hanno bisogno di adoperare in forma generica somme che hanno invece una precisa finalizzazione. Pertanto, io sarei dell'opinione di seguire contemporaneamente le due strade: quella della scheda e quella della verifica a campione.

Infine, debbo dire che manca nella relazione il riferimento al danno che la mancata esecuzione del programma ha comportato e di cui, almeno in parte, dobbiamo farci carico come legislatori. Infatti, nel 1992, rifacendoci alla legge n. 135 del 1990 che ne doveva costituire la premessa, abbiamo deciso che i detenuti malati di AIDS in fase terminale non dovessero restare negli istituti di pena, bensì dovessero essere ricoverati in strutture ospedaliere o in case-alloggio oppure dovessero essere curati a domicilio. In questo modo, abbiamo buttato sulla strada una quantità di gente senza aver realizzato però le strutture in grado di accoglierla, il che ha fatto sì che si verificassero episodi come quelli di Torino in cui ammalati di AIDS, rimessi in libertà e lasciati in mezzo alla strada, hanno violentato donne, commesso rapine, omicidi: eppure non si è potuto tenerli in carcere.

Ebbene, di questa situazione noi abbiamo una responsabilità grave, anche per non aver dato copertura ad un'altra legge fondamentale dello Stato. Nel frattempo, però, è intervenuta la Corte costituzionale - con due sentenze alle quali, peraltro, non abbiamo ancora adeguato la legislazione - la quale ha affermato che gli ammalati di AIDS non debbono essere rimessi in libertà, ma curati in strutture ospedaliere interne al carcere. A questo proposito, va ricordato che nel nostro sistema penitenziario esistono già cinque o sei centri attrezzati, tra cui quello di Opera, a Milano, che dispone di strutture più avanzate di qualsiasi altro ospedale esterno, ma che non viene attivato per mancanza di personale. Pertanto, ha sicuramente ragione la Corte perchè, se effettivamente già vi sono nel sistema carcerario 5-6 centri superattrezzati per la cura delle malattie infettive, non si vede il motivo per cui questi malati debbano essere buttati sulla strada a commettere violenze.

Noi, per quanto riguarda l'AIDS, stiamo perdendo il controllo anche in merito al più grande serbatoio di diffusione della malattia che è il carcere. Dal 1992 ad oggi abbiamo rimesso in circolazione 3.600 detenuti ammalati di AIDS in fase terminale, pensando che dovevano morire entro breve tempo, e invece in gran parte sono sopravvissuti. A questo proposito ho studiato gli atti dell'ultimo convegno internazionale sull'AIDS che si è tenuto a Roma e ho capito che, grosso modo, la malattia ha un periodo di incubazione di tre mesi; poi c'è un periodo di un anno e mezzo in cui viene controllata e quindi esplose per un periodo che dura sette-otto anni fino all'ultimo anno in cui c'è il crollo. Adesso, con le nuove terapie, il periodo intermedio si è allungato di molto e si sostiene che può essere portato fino a venti anni. Richiamo questi dati soltanto per dire che la combinazione di varie tecniche di aggressione nella fase iniziale rende più cronica una malattia che prima era di sviluppo rapidissimo; quindi, per affrontare questa nuova situazione ci vogliono strutture e tecniche che in questo momento non abbiamo. Il fatto

che la malattia da acuta sia diventata cronica comporta il bisogno di maggiori strutture e quindi la situazione a mio avviso è ancora più grave.

PRESIDENTE. Passiamo ora all'esame della proposta del senatore Di Orio di inviare una scheda ai primari dei reparti di malattie infettive e della proposta di delegare ad un gruppo di senatori il compito di recarsi, insieme alla Guardia di finanza, a compiere una verifica presso tre o quattro centri ospedalieri significativi, che prego la Commissione di voler indicare in questa sede.

Metto pertanto ai voti la proposta del senatore Di Orio per l'invio delle schede.

È approvata.

Passiamo ora all'esame del secondo punto, cioè del sopralluogo ad alcune strutture ospedaliere.

CAMPUS. Perchè il lavoro non sia sprecato proporrei di aspettare di ricevere le schede, dato che potremmo averle anche rapidamente; in seguito, sulla base delle risposte, decidiamo i sopralluoghi...

PRESIDENTE. Così non finiamo mai.

CAMPUS. Ma è inutile andare alla cieca o scegliere qualche struttura così per sentito dire; cerchiamo di conoscere i casi più eclatanti e andiamo a visitare quelli.

PRESIDENTE. Li conosciamo.

CAMPUS. Sappiamo dello «Spallanzani» che non ha personale, ma poi?

PRESIDENTE. All'Ospedale di Cagliari non è stata assunta neanche una persona e sono convinto che i componenti della Commissione conoscano altri casi: quando ne abbiamo scelti tre o quattro abbiamo risolto il problema.

CAMPUS. Sono d'accordo che la Sardegna è al primo posto dal punto di vista delle deficienze, ma se riuscissimo a compiere una valutazione sulla base delle schede e a tirar fuori cinque o sei centri sui quali c'è il sospetto di una maggiore carenza, penso che il nostro lavoro sarebbe più incisivo.

Possiamo anche deciderlo adesso, ma a mio avviso sarebbe più utile aspettare di esaminare le schede.

PRESIDENTE. Sono d'accordo con il suo ragionamento, ma prima di avere le risposte dei responsabili dei reparti di malattie infettive passerà almeno un mese. Se invece decidiamo adesso possiamo guadagnare tempo.

GUALTIERI. Ne abbiamo già individuati due, l'Ospedale «Spallanzani» di Roma e l'Ospedale di Cagliari.

SERRA. E per quel che riguarda la strutture carcerarie?

GUALTIERI. Il finanziamento delle strutture carcerarie è previsto da un'altra legge.

PRESIDENTE. AL carcere di Opera ci sono quattro sale chirurgiche mai aperte.

GUALTIERI. Opera è una struttura ultra moderna senza personale.

Lascio alla Commissione questa memoria sullo «Spallanzani».

PRESIDENTE. Propongo che, oltre le prime due visite, la Commissione ne compia una al Nord e una al Sud.

DI ORIO. Per quanto riguarda l'Abruzzo ci sono già state denunce sui reparti di malattie infettive, che hanno avuto dei finanziamenti cui non ha corrisposto l'acquisto delle attrezzature.

Per quanto riguarda il Nord mi sembra che la Liguria sia una delle regioni più esposte.

GUALTIERI. C'è poi la questione dei 122 miliardi per i quali non sono competenti le regioni, per cui dobbiamo inviare una specifica lettera al Ministero chiedendo in dettaglio le spese effettuate con questi 122 miliardi, che risultano assegnati per la progettazione dei tre consorzi. Inoltre, dobbiamo avere notizie sui costi delle cinque campagne di informazione sull'AIDS, che sono di competenza ministeriale.

DI ORIO. Se dobbiamo scegliere una regione del Sud, mi sembra che dal punto di vista epidemiologico le più significative siano la Puglia e la Campania; per il Nord mi sembra la Liguria.

GUALTIERI. Mi risulta che le regioni che non hanno fatto assolutamente niente sono la Sicilia, la Puglia, il Molise, l'Abruzzo e la Valle d'Aosta; tra le grandi regioni, quindi, la Sicilia e la Puglia.

PRESIDENTE. Metto pertanto ai voti la proposta di effettuare sopralluoghi in Abruzzo, Liguria, Puglia e Sardegna, nonché presso l'Ospedale «Spallanzani» di Roma.

È approvata.

I lavori terminano alle ore 10,50.

