SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE SULLA SINDROME RESPIRATORIA ACUTA SEVERA (SARS)

4º Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 MAGGIO 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

CG 0811

TIPOGRAFIA DEL SENATO (500)

INDICE

Comunicazioni del ministro della salute sulla sindrome respiratoria acuta severa (SARS)

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 18, 19
* BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)* 14, 16
* DANZI *(UDC)* 11, 19
FASOLINO *(FI)* 13, 14
* LONGHI *(DS-U)* 18, 19
* MASCIONI *(DS-U)* 8
* SIRCHIA, *ministro della salute* . . 3, 9, 12 e *passim*
TONINI *(DS-U)* 20
* ULIVI *(AN)* 23

N.B.: ***Gli interventi contrassegnati da asterisco sono stati rivisti dagli oratori.***

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Indipendente della Casa delle Libertà: Misto-Ind-CdL; Misto-Lega per l'autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Udeur Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.

Interviene il ministro della salute Sirchia.

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Comunicazioni del Ministro della salute sulla sindrome respiratoria acuta severa (SARS)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le comunicazioni del Ministro della salute sulla sindrome respiratoria acuta severa (SARS).

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Do subito la parola all'onorevole Ministro.

SIRCHIA, *ministro della salute.* Signor Presidente, la SARS è, come tutti voi sapete bene, una sindrome, quindi una serie di segni che possono riferirsi – e si riferiscono – a cause diverse e che si caratterizzano per il reperto anatomopatologico di un'interposizione tra capillari e alveoli di un essudato che viene generato dagli agenti in modo specifico. Questo, rallentando lo scambio dei gas, comporta ipossia, ossia mancanza di respiro, e anche danni gravi, quali morbosità e mortalità.

La sindrome non è nuova, ma è nuovo l'agente che lo causa, che origina in Cina o in una zona dell'Estremo Oriente intorno alla fine del 2002 e che si manifesta come nuovo solo circa sei mesi dopo, quando l'OMS, in base ad una serie di rilievi e, soprattutto, in base ai *cluster* di soggetti affetti, se ne rende conto e il 12 marzo dà l'allarme e indica le linee guida per il comportamento da seguire.

Mancando un *test* specifico che permetta di fare la diagnosi, l'identificazione avviene per esclusione: eliminati tutti gli altri possibili agenti, ne rimane uno, questo. Tuttavia la definizione del caso si basa anche su criteri fondamentalmente clinici ed epidemiologici: sarà infatti un caso probabile o sospetto quello di un soggetto proveniente da un Paese a rischio, che abbia febbre superiore a 38 gradi, tosse (primo segno, eventualmente associato ad ipossia) e grave senso di prostrazione.

I Paesi dell'OMS si impegnano alla notifica dei casi che vengono segnalati dai vari ospedali e dalle autorità sanitarie, che possono essere in numero inferiore o superiore rispetto alla realtà – che non conosciamo – a seconda dell'accuratezza e del grado di collaborazione di un Paese nei

confronti di tale organismo. Tanti sono i motivi, in primo luogo commerciali, che possono interferire con queste segnalazioni. Infatti comunicare che in una Nazione esiste un'epidemia di un'affezione che ha bassa contagiosità, inizialmente ritenuta anche di bassa letalità, comporta paura e rallentamento degli scambi – cosa che puntualmente è avvenuta – con il Medio Oriente, e quindi un danno grave all'economia.

Questa realtà è seguita con attenzione da parte delle autorità sanitarie di tutti i Paesi, con allarme della popolazione, ancorché lo stesso sia ritenuto da tutti eccessivo. Infatti sappiamo che l'influenza, quella normale del 2002, in Italia ha generato un numero di morti superiore a 5.000, quindi ben maggiore come rischio; ma in alcuni anni, come avvenne per l'asiatica – per non parlare della spagnola –, ha registrato una mortalità superiore al 20 per cento dei casi affetti. C'è una sproporzione tra la percezione del pericolo ed il pericolo effettivo, tra la percezione della letalità e la letalità. Sta di fatto che questa letalità, che è proporzionale alla capacità del servizio sanitario di intervenire e curare – ancorché con cure di supporto, quindi non specifiche, perché non ne esistono – varia non solo da Nazione a Nazione, ma anche in rapporto all'età. Solo recentemente in Cina, ma solo in quella realtà, è emerso che la letalità è proporzionale all'età ed è molto elevata per persone con più di 65 anni, visto che il tasso ha raggiunto il 50 per cento e ha destato grande preoccupazione.

L'OMS ha fornito linee guida e indicazioni, ha attivato un comitato *ad hoc*, con osservatori che si spostano sui territori per verificare come si muova l'epidemia, e ha spiegato che per i Paesi a rischio ci sono determinati provvedimenti, mentre per gli altri ciò che è più importante è la prevenzione, ossia evitare che l'infezione originata nelle zone a rischio si trasmetta in quelle non a rischio. La cosa è puntualmente avvenuta in tutto il mondo evoluto, soprattutto all'inizio, quando l'infezione non era conosciuta, a causa di alcuni viaggiatori. Il Canada ad esempio ha importato l'infezione da una persona ricoverata in ospedale, la quale poi l'ha diffusa al suo interno. D'altronde, essendo la malattia in fase precoce, non si era percepito il rischio.

Diversa è l'operazione nei Paesi a rischio, laddove l'infezione è autoctona, nasce per un contagio, per un *cluster* di contatti, perché in questo caso c'è un'attività di cura e di assistenza, oltre che di prevenzione, e c'è l'impegno affinché un filtro sanitario eviti la fuoriuscita di soggetti malati che, andando in altri Paesi, soprattutto per via aerea, possano trasmettere l'infezione.

In Italia la situazione è stata molto favorevole, nel senso che il nostro filtro alla frontiera, già esistente, ma messo in allerta, ha fatto sì che nel nostro Paese non ci siano stati casi autoctoni, ma solo casi importati, in un numero molto limitato, che non sappiamo esattamente definire, ma che è inferiore alla decina. Non appena poi sarà disponibile il *test* specifico, vedremo che saranno in quantità molto inferiore a tale numero, perché già sappiamo che alcuni casi possono essere derubricati come «non SARS», in quanto la diagnosi ha mostrato altri agenti che provocano la sindrome.

Con l'evolvere della conoscenza, anche in Italia si è stretto il filtro, inizialmente impostato con prevalenza ai due *hub* che ricevono voli diretti dalla Cina, da Singapore e dal Canada, cioè Fiumicino e Malpensa. Ieri, il dottor Bertolaso – che ringrazio sempre per la collaborazione pronta ed efficace – ci ha fornito i dati relativi ai controlli effettuati: sono stati controllati più di 9.500 passeggeri sbarcati dai voli provenienti dalle zone a rischio, ma in realtà è stato individuato un solo caso.

I controlli sono diventati sempre più severi, perché purtroppo il filtro in ingresso, che abbiamo realizzato subito, non è nelle raccomandazioni dell'OMS. A mio avviso, il filtro in ingresso è ovvio. Cito sempre l'esempio paradigmatico di un imprenditore italiano che, andato in Cina, crede di avere la febbre e di essersi ammalato; egli cercherà di imbarcarsi per tornare a casa. Se il filtro è in uscita, quando un impiegato gli chiederà se sta bene o male, sapendo che se afferma di stare male verrà bloccato in Cina, evidentemente dirà che sta bene. Mi sembra intuitivo! Pertanto, sarebbe più realista del re se dicesse di stare male per essere bloccato in quel Paese. È ovvio, quindi, che c'è una ragione rispetto al concretizzarsi del superamento del filtro, legata all'interesse del cittadino in partenza, che va contro l'interesse della collettività che lo deve ricevere. Ciò non vale solo per l'imprenditore italiano che ritorna a casa, ma magari anche per il cinese che sa benissimo che l'assistenza in Italia è ben superiore a quella che ottiene nel suo Paese dove vi sono ovvie difficoltà.

Mi sembrava pertanto che un filtro in ingresso fosse più ovvio e mi sono fortemente meravigliato per il fatto che ciò non venisse proposto dall'OMS. Per questo motivo, ho chiesto che la questione venisse discussa in un Consiglio dei Ministri straordinario, in occasione del quale ho proposto che tutti i Paesi europei predispongano un filtro in ingresso. Non intendevo fare il primo della classe, ma ho ritenuto opportuno presentare tale richiesta perché alcuni voli non sono diretti in Italia, ma vanno in transito in altri *hub*, europei e non, comunque non di Paesi ritenuti a rischio. Quindi, se in quei Paesi non esiste analogo filtro, ritroviamo – come è accaduto – casi all'interno del nostro Paese.

La risposta è stata parzialmente insoddisfacente, nel senso che si è detto che in futuro tale proposta potrà essere effettivamente considerata. Si deciderà il 2 giugno 2003, perché per il momento altri Paesi affermano di non poter accettare una modifica delle linee guida dell'OMS; si sono opposti con notevole tenacia, in particolare, la Germania, l'Irlanda e la Norvegia, per ragioni probabilmente legate alla paura di intralciare gli scambi commerciali. Questa è una mia opinione, data dal fatto che non riscontro alcun motivo di sanità pubblica che possa ostacolare una misura più efficace dell'attuale e con un costo molto limitato.

Il costo è infatti quello di attivare un canale sanitario (che comunque ogni aeroporto ha) e potenziarlo con dotazioni di sicurezza per i medici e per il personale che vi lavora, magari con l'aggiunta di qualche medico, considerato il numero maggiore dei voli da controllare. In quei Paesi però non esercitano i controlli neanche sui voli provenienti direttamente

dalle zone a rischio. Ciò è abbastanza sorprendente. Comunque, il 2 giugno prossimo conosceremo quale sarà la posizione assunta nel merito.

Nel frattempo, abbiamo previsto un filtro ancora più stretto sui voli in arrivo, sia diretti che indiretti, attivando per entrambi il passaggio attraverso il canale sanitario: non solo si fa quanto suggerito dall'OMS (cioè si chiede al comandante se qualcuno ha sviluppato sintomi durante il volo e, quindi, si controllano le persone indicate), ma si effettua un controllo su tutti i passeggeri allo sbarco, chiedendo loro esplicitamente se hanno sintomi di malattia; a quel punto, il cittadino ha tutto l'interesse ad ammettere che li ha, perché riceverà l'assistenza. Inoltre, si misura loro anche la temperatura corporea.

Così facendo, mi sembra che la situazione sia sotto controllo, considerato che gli altri canali di accesso, oltre a quelli aerei, sono di minore importanza. Via mare, vi sono due scali – Gioia Tauro e Vado Ligure – nei quali viene attivato lo stesso tipo di controllo. Poiché, però, via mare sono necessari dai cinque ai sette giorni per arrivare a destinazione, il rischio è minore perché normalmente la malattia si manifesta prima che sia trascorso un tale periodo di tempo.

Non è possibile poi pensare di realizzare analoghi controlli ai valichi stradali, che peraltro sono anche di minore importanza.

L'immigrazione clandestina è stata posta sotto controllo: abbiamo chiesto ai prefetti di attivare le ASL affinché nei campi di accoglienza ci sia un controllo continuativo sulle persone originarie di quelle zone (che, in realtà, sono poco numerose). Ovviamente, c'è una clandestinità che non ricade nei campi e che, pertanto, non è raggiungibile, se non con moltissime difficoltà e sporadicamente.

Possiamo affermare comunque che la copertura è abbastanza stretta, talché i casi – come ho evidenziato – sono assai limitati e non sono aumentati; infatti, non si sono accertati nuovi casi e quelli veri probabilmente – ripeto – sono meno di quelli dichiarati.

Contestualmente a queste misure di prevenzione, cioè di igiene pubblica tradizionale (in cui ricordo che l'Italia è stata maestra in Europa, perché abbiamo avuto le persone più celebri nel mondo dell'igiene e della prevenzione), abbiamo istituito una commissione presso il Consiglio superiore di sanità – che ci è stata suggerita dall'esperienza internazionale del bioterrorismo – incaricata di valutare i pericoli, costruendo scenari di rischio diversi e preparandosi con appositi piani ad affrontare quei rischi, in modo tale da non essere impreparati nel caso in cui effettivamente questi si dovessero verificare.

Il rischio è che l'infezione superi più decisamente la barriera delle province cinesi, del Canada e del Vietnam per arrivare più massivamente in Europa; potrebbe essere favorita dal fatto che con l'inverno essa si associa ad altri virus e, quindi, ad un indebolimento delle resistenze che particolarmente in alcune fasce a rischio, cioè gli anziani, può raggiungere livelli tali da creare un facile accesso.

Negli scenari disegnati da questa commissione (che ieri abbiamo presentato in un piano sottoposto alla discussione delle Regioni, ricevendo un

assenso di massima con alcune importanti osservazioni, che sono state recepite), emerge che in un certo senso possiamo essere favoriti dal fatto che in Australia in questo momento sta cominciando l'inverno. Quindi, avremo un modello che ci sarà molto utile, perché ci dirà se davvero l'influenza o altri virus associati a questo possono determinare un aumento del pericolo dell'epidemia. Pertanto, ciò ci metterà in grado di definire quali degli ipotetici scenari dobbiamo considerare: in base allo scenario numero 1, sparisce l'infezione; in base allo scenario numero 2, rimane più o meno così; in base allo scenario numero 3, peggiora e, quindi, dobbiamo mettere in azione tutte le batterie dell'assistenza al malato.

Ci sono delle linee guida che sono state appunto condivise con le Regioni in un piano vero e proprio, che prevede una serie di punti (che troverete nella documentazione che ho consegnato agli Uffici, e se volete ne parliamo) che ci permetteranno, grazie anche al fatto di disporre di un'ottima rete di reparti malattie infettive, molti dei quali – non sappiamo ancora esattamente il numero perché il censimento non è stato ancora avviato – dotati di camere a pressione negativa che servono all'isolamento stretto, oltre ad una serie di regole di comportamento e di igiene dei locali pubblici, soprattutto quelli affollati, di essere in condizioni di tranquillità assoluta nei confronti di questa infezione, che – ripeto – ha una gravità media, medio-bassa, ma una contagiosità molto bassa; è ben diversa quindi da una malattia ad alta contagiosità, che costituirebbe una linea di grave pericolo di salute pubblica e quindi esigerebbe misure molto drastiche, come quelle che stanno prendendo, ad esempio, in Cina e che anche noi abbiamo stimolato. Abbiamo infatti chiesto al Governo cinese di dare garanzie perché queste misure vengano rinforzate e abbiamo avuto garanzie che questo accade. Naturalmente, anche lì è molto difficile capire se questa continuità di attenzione è garantita, ci sono un po' di problemi, come voi ben immaginate, però abbiamo avuto anche questa garanzia.

Per concludere, non abbiamo una terapia, né un *test*, specifici. Il *test* esiste, ma deve essere validato, abbiamo bisogno ancora di qualche mese, probabilmente sarà disponibile entro l'autunno; si tratta di un *test* rapido di *screening*, ce ne sono di più complessi, ma è chiaro che non possono essere di *screening*. La terapia non c'è, però c'è una terapia di supporto, che è altrettanto importante, perché ben sappiamo, ad esempio, che una ventilazione assistita in un soggetto che ha una forte polmonite interstiziale ne determina la guarigione: avendo delle sale rianimazione assolutamente ben attrezzate e capaci, abbiamo possibilità in più rispetto a quelle che ha, ad esempio, la Cina, dove questi presìdi ancora non sono così diffusi. Quindi, abbiamo tutta la possibilità di affrontare serenamente questi scenari.

Ovviamente, dobbiamo ricordarci che le regole sono sempre le famose tre: la preparazione, quindi avere i piani già pronti per evitare di trovarci impreparati; l'allerta rapido, cioè capire esattamente quello che succede; l'intervento rapido, perché più precoce è l'intervento più sicuro è il risultato.

Credo che tutte queste cose siano state avviate e gestite bene, con una grande collaborazione – ripeto – sia della Protezione civile e dei nostri uffici, sia delle Regioni; credo quindi che possiamo dare alla popolazione tranquillità. Su proposta delle Regioni, stiamo preparando una campagna informativa che gestiremo insieme, per eliminare o ridurre l'allarme sociale.

MASCIONI *(DS-U)*. Signor Ministro, la ringrazio e mi dichiaro soddisfatto, soprattutto perché lei dai primi momenti ha cercato di evitare, o comunque di non alimentare, allarmismi su un problema che tocca Paesi lontani. Tra l'altro – leggevo Televideo prima di venire qui – in Cina la situazione credo sia sempre più grave, anche dal punto di vista politico, al punto che la Corte suprema ha deciso – lì c'è un sistema giudiziario *sui generis*, evidentemente – che si può applicare la pena di morte a chi diffonde la SARS e, se va bene, l'ergastolo; questo leggevo e adesso verificheremo la sua rispondenza al vero.

Relativamente a questo problema ho letto anche molte cose: tra le altre, quella di una possibile vaccinazione che non tocca più soltanto gli ultrasessantacinquenni, ma anche altre fasce di popolazione, per evitare che ad ogni insorgere di una banale influenza tutti pensino che si tratti di SARS. Ciò significa anche controllare socialmente il problema. Quindi c'è soddisfazione rispetto alla sua comunicazione e – direi – serenità rispetto agli effetti che questa patologia ha nel Paese.

Se il Presidente mi consente, dato che non abbiamo avuto molte occasioni ultimamente di vedere il Ministro, che pure si era sempre detto affezionato alla 12ª Commissione del Senato – ma ultimamente ci ha un po' trascurato –, ci sono molti temi che vorrei porre (anche se non è questo il momento per dibatterli, è però l'occasione formale, istituzionale, per parlare con lei, signor Ministro), temi che lei affronta quotidianamente e che noi leggiamo sui giornali. Io li leggo con molto interesse, la sanità è l'impegno della mia vita politica, però la stampa non rappresenta l'ufficialità. Sentiamo la necessità – non solo io, perché ho parlato con diversi colleghi di diversi schieramenti – di un confronto con lei a 360 gradi, senza con questo voler nulla togliere alla presenza attiva e costante del sottosegretario Cursi; lei però rappresenta il Governo nella sua titolarità in quanto componente del Consiglio dei ministri, su alcuni temi che ci arrivano di rimbalzo, ufficiosamente, e che però ci coinvolgono politicamente.

Per esempio, mi riferisco alla questione che è stata un po' pesante come impatto in questi giorni – non ne voglio parlare oggi nel merito perché dobbiamo giustamente stare al tema della SARS – dell'economicismo nella sanità; al Fondo per gli anziani non autosufficienti (se la prossima legge finanziaria se ne farà carico, non ci sarà opposizione da parte dell'opposizione); agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), questione che ci ha impegnato nel provvedimento collegato di riforma degli stessi; ai criteri di riparto alle Regioni del Fondo sanitario nazionale (tutti i senatori vivono in qualche Regione e quindi hanno un confronto politico su una questione di tal genere). Naturalmente, vogliamo

parlare anche dell'esclusività del rapporto di lavoro dei medici e, più in generale, del rapporto tra Parlamento, Governo e Regioni, della spesa farmaceutica, della *devolution* che riguarda prevalentemente la sanità per la dimensione che essa ha nell'ambito delle singole Regioni.

Credo che una discussione, anche preliminare, con la 12ª Commissione potrebbe essere utile anche a lei, sicuramente a noi, per sapere ufficialmente gli orientamenti del Governo. Noi dell'opposizione, signor Ministro, ci siamo fatti la fama in questa Commissione di non «sparare sul pianista»: abbiamo deciso dall'inizio di stare al merito delle questioni della sanità, che richiedono non comizi, ma un approccio serio e corretto, e le parla una persona che nella sanità c'è ormai da qualche decennio e si è anche un po' stancata (non so lei, ma io sono un po' stanco). Noi abbiamo quindi responsabilità e chiediamo un corretto rapporto istituzionale.

Mi consenta di accennare al fatto che è suo diritto, signor Ministro, parlare con i colleghi della sua maggioranza in determinate circostanze: penso, ad esempio, al confronto che c'è stato sull'ultimo decreto, poi ritirato dal Governo. Però, credo sia anche dovere del Ministro confrontarsi con tutta la Commissione permanente, che poi è il suo interlocutore istituzionale. Signor Ministro, ci conosciamo da anni: le assicuro che non c'è alcuna polemica nelle mie parole, ma la volontà di far funzionare meglio, per così dire, le massime istituzioni del Paese. Mi rivolgo al Presidente della Commissione, ma anche direttamente a lei: penso che sarebbe utile se riuscissimo, entro la metà di giugno (ad esempio, entro il giorno 20), a dedicare un paio d'ore ad un confronto su quei temi e su altri che ho dimenticato o non ho citato, perché quando ci si parla e ci si confronta certi nodi, poi, non vengono al pettine.

SIRCHIA, *ministro della salute.* Innanzitutto la ringrazio, senatore Mascioni, per quanto ha detto così pacatamente. D'altra parte, conosco l'allora assessore Mascioni da tanto tempo e ne ho sempre apprezzato l'equilibrio: non lo dico per piaggeria, ma solo perché è così.

Dalla professione che svolgo da tanti anni porto con me l'abitudine di attivare dei dibattiti sui temi che mi sembrano importanti. Lei sa bene, senatore, che ho attivato e sostenuto per anni il dibattito sui trapianti e le donazioni; dal dibattito prima nasce la polemica, poi si arriva a costruire il pensiero.

Le dico con franchezza che temo soprattutto il fatto che nel nostro Paese c'è tanta polemica e poco pensiero costruito. Per mia abitudine spesso, sui temi che mi sembrano importanti (che sono certamente quelli che lei ha enunciato), sento il piacere di confrontarmi, di dire quello che penso. L'economicismo, nella fattispecie, rappresenta un problema. Noi abbiamo un buon servizio sanitario, ancorché di esso andrebbero riconsiderati alcuni aspetti. Credo non sia un'offesa affermare che un servizio sanitario nato 25 anni fa, che pure è stato «rimaneggiato» e rimodernato, oggi, di fronte a problemi così nuovi e diversi (di natura epidemiologica, tecnologica, di percezione della gente), possa essere rimesso in discussione, ma non nei suoi princìpi, quanto nella sua concreta attivazione.

Ieri ho incontrato i rappresentanti delle Regioni (anche quelle governate dall'opposizione) e si è sviluppato un dibattito di grandissimo peso ed interesse culturale che ha arricchito ognuno di noi e ha indicato una strada da seguire.

Il problema che è stato sollevato della politica negli ospedali purtroppo è una realtà: non dico che sia tutto un male, però qualche male lo fa; potrei portare nomi e cognomi del male, se si desidera che faccia questo, ma non credo che ciò corrisponderebbe allo spirito giusto.

Gli anziani non autosufficienti rappresentano una preoccupazione non soltanto per me che sono un anziano ancora parzialmente autosufficiente, ma per tutti i nostri anziani. Sui giornali di oggi avrete letto dell'ulteriore vergogna in Italia. Immagino che abbiate visto quanto è emerso su una cosiddetta «casa di riposo». Vivo e ho sempre vissuto (anche quando ero a Milano) come una vergogna il fatto che delle persone anziane possano venir trattate in quel modo. Questo genere di cose fa offesa alla civiltà, al sentimento, a tutta la nostra cultura e tradizione.

Certamente, i criteri di riparto rappresentano un fatto regionale, ormai. Sostanzialmente le Regioni hanno ritenuto opportuno procedere così e a me va benissimo: non ho obiezioni, al riguardo.

I medici sono in discussione perché reputo che non sia più il momento di andare avanti per la strada attualmente vigente per quanto concerne la loro situazione. Ci sono cose che non funzionano. Bisogna riconsiderare serenamente se sia il caso di mettere da parte il vissuto personale e le proprie convinzioni per accettare la realtà.

La devoluzione sicuramente è un problema *in itinere* al quale non so dare risposta, così come in merito alle risorse per il Fondo sanitario. Sicuramente sono tutti grandi temi.

Penso che il dibattito non comporti il fatto che si accusi Tizio, Caio o Sempronio o che io voglia fare personalmente polemica con qualcuno di loro: non è assolutamente così. Il dibattito è essenziale anche per l'azione di governo, perché il pensiero non può nascere solo nella testa di un soggetto che non guarda il mondo o non ascolta il parere degli altri. Ognuna di queste critiche e contributi è vitale per costruire un servizio migliore. Dico sempre che la mia «stella polare» è il paziente. Non è demagogia questa. Ci sono altri interessi nobilissimi (come ad esempio l'impresa, i medici o gli infermieri) e legittimi, però il servizio sanitario nasce per il malato e non per contenere la spesa, per soddisfare i medici, gli infermieri, l'industria o alcunché: nasce – ripeto – per servire l'ammalato. Nell'attimo in cui non serve all'ammalato mi chiedo se noi siamo autorizzati a far finta di non accorgercene. Da qui deriva il discorso dell'economicismo, che forse è giusto sia attuato così, ma io lo rimetto in discussione, perché a me non piace e penso sia un grave male.

Il suo invito, senatore, lo accetto con tutto il possibile entusiasmo, se la Commissione ha piacere di dibattere di questi temi, però con approccio culturale, perché io ho ad esempio una proposta per quanto concerne il discorso della non autosufficienza, però non ho proposte per tutti i mali

del mondo; potremmo «costruirle» (perché no?): credo che la salute interessi tutti.

Per quanto riguarda, invece, la questione della vaccinazione, questa sarebbe riservata agli anziani, alle persone con più di 65 anni, perché non nel contesto attuale non avrebbe senso estenderla a tutta la popolazione.

DANZI *(UDC)*. Signor Ministro, la ringrazio e mi associo al ringraziamento dei colleghi per la sua presenza in Commissione. Vorrei rivolgerle un apprezzamento sentito e sincero, perché ritengo che l'Italia si sia posta un passo innanzi rispetto agli altri Stati, tanto per la tempestività di intervento per la SARS, quanto soprattutto per la qualità dell'intervento stesso che lei ha appena enunciato in modo dettagliato.

Così come ritengo sia assolutamente fondamentale questo atteggiamento di tranquillizzazione della popolazione per il timore, già sottolineato dal collega Mascioni, di scambiare per SARS una banale virosi e quindi di creare panico. Sono altrettanto convinto, anche da medico, che non sia un atteggiamento dettato dal solo obiettivo di non creare panico, ma che sia confortato anche dai dati: siamo assolutamente d'accordo su quanto ha detto il Ministro e cioè sul fatto che i dati relativi alla mortalità per SARS non sono assolutamente preoccupanti.

Ma mi consenta di sottolineare un altro aspetto, signor Ministro. La ricerca, e in generale il mondo scientifico, hanno sottovalutato negli ultimi anni i problemi virali, forse anche legittimamente, perché i virus erano portatori di patologie che si sono sempre curate con l'antipiretico, con l'aspirina. Siamo quindi assolutamente impreparati e ci troviamo di fronte a situazioni spaventose nel momento in cui dei virus particolarmente aggressivi (come nel caso dell' l'AIDS e, evidentemente un po' meno della SARS) diventano cause di epidemia.

Per cui probabilmente, al di là delle grandi patologie (come la ricerca sul cancro e gli altri problemi che abbiamo), sarebbe opportuno che tutti ponessimo una maggiore attenzione nei confronti dello studio e della ricerca sulle malattie virali che, come sapete (i componenti della Commissione, infatti, sono quasi tutti medici) sono prodotte da micro organismi soggetti a mutazioni, che spiegano il fatto che le vaccinazioni poi non risultano perfettamente efficaci. Ritengo quindi che probabilmente sarebbe molto importante sviluppare maggiormente la ricerca in questo settore anche da parte delle industrie produttrici, oltre che dello Stato e delle università.

Il collega Mascioni è di un garbo da autentico riformista, e con lui lavoriamo benissimo tutti. Non voglio quindi ripetere le sue considerazioni, che condivido, poste in termini tanto pacati e costruttivi, però il Ministro mi deve permettere, con molta serenità ed obiettività, di complimentarmi con lui, perché ho condiviso molto quello che ho letto sulla stampa di oggi e di ieri circa la sua opinione sui problemi dei *manager* delle ASL e sui concorsi per i primari.

Colleghi, questo è un problema che non riguarda una parte politica. Oggi avremmo bisogno di politici locali estremamente illuminati, cioè capaci di scegliere autonomamente il meglio, tanto nelle Regioni governate da una parte politica quanto nelle Regioni governate dall'altra parte politica. Non credo che dei *manager* che abbiano il potere assoluto nelle scelte, nominati dal potere politico regionale, non siano, pur in buona fede, condizionabili almeno mentalmente, soprattutto considerato che la loro riconferma viene poi avallata da chi li ha nominati e a cui devono comunque rispondere. E molte volte non si risponde solo in senso qualitativo, sviluppando alla fine una rete di clientele, che non è questione riferibile a parte politica. Mi sembra assolutamente non in linea con i tempi il fatto che un *manager* possa scegliere un primario dopo un semplice colloquio e magari, nella scelta della gestione di un reparto importante, escludere chi ha molti titoli a favore di chi ne abbia di meno, giustificando il tutto con la strategia aziendale. Abbiamo il dovere di correggere questo sistema e di affiancare ai *manager* la figura del Consiglio dei sanitari, magari rivalutandolo, dandogli più poteri o comunque consentendogli una condivisione nelle scelte.

Ritengo che proposte del genere possano essere accettate da tutti, anche se nei dettagli bisogna vedere come muoversi meglio. Il problema, di equità, giustizia e indirizzo, riguarda tutti nel complesso.

Io la ringrazio, signor Ministro, per questo. Sono mesi che ne parlo, anche nel mio collegio elettorale. Sto studiando un progetto di legge che spero sia condiviso da lei come dai colleghi.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Grazie per l'apprezzamento. Vorrei fare un breve commento sul problema dei farmaci, da lei opportunamente sollevato, che è particolarmente grave quando si riferisce a malattie emergenti che investono il Sud del mondo, nei confronti delle quali, visto che si pensa che non interessino il mondo evoluto, ma solo quello sottosviluppato, nessuno investe. Porto solo l'esempio, oltre quello della SARS che investe anche noi, della malaria. In Africa c'è un plasmodio che resiste a tutte le terapie conosciute e che sta mietendo vittime soprattutto tra i bambini. L'Africa non è così lontana come sembra, ma è appena fuori dalla porta. Ogni anno in Italia si registrano casi di malaria importati da quel continente. Se per caso arrivasse un plasmodio di questo genere nel nostro Paese, avremmo guai seri.

Proprio oggi ho incontrato l'organizzazione Medici senza frontiere, con la quale ho un rapporto di stima molto particolare, e insieme abbiamo stabilito di vederci il 1º luglio presso l'Istituto superiore di sanità per riflettere sulla questione della malaria. C'è un farmaco, l'artemisina, capace, in associazione con farmaci tradizionali, di bloccare il plasmodio. Tuttavia esso non è di sintesi, ma estrattivo da una pianta che cresce in Cina. C'è qualcuno che cerca di sintetizzarlo e probabilmente ce la farà, ma nessuno investe nel suo uso per debellare la malaria. Allora si pone il conflitto tra sanità pubblica e interessi – giustissimi – dell'industria, la quale, se non ne tare reddito, non produce farmaci. Il problema però è che, se non si

producono farmaci, non si può debellare un problema di salute pubblica che interessa tutto il mondo.

La SARS è prova di come, non avendo investito sugli antivirali, se non negli ultimi vent'anni – soprattutto in relazione all'AIDS e all'HCV, perché prima non c'è stato niente –, oggi siamo scoperti. L'OMS nella prossima riunione penserà a come affrontare il conflitto da cui dipende la vita di tutti noi. È impensabile avere un industria di Stato per i farmaci, che non esiste in alcun Paese, sarebbe improduttiva e non ha generato niente di buono anche dove è esistita. Come si può allora risolvere questo conflitto? Il 1º luglio appunto rifletteremo insieme in merito. La Commissione è fin d'ora invitata a partecipare. Sarà con noi anche il professor Feachem, un grandissimo economista che apprezzo e stimo molto, direttore del Global Found di Ginevra, che ha la missione di affrontare con mezzi e armi nuove le malattie emergenti: AIDS, tubercolosi e malaria. Insieme alle organizzazioni non governative, in particolare Medici senza frontiere, e a tutti coloro che lo vorranno, penseremo ad una campagna per risolvere questo problema.

FASOLINO *(FI)*. Nella partita che in Italia stiamo giocando con la SARS siamo in vantaggio, quindi una lode al Ministro per aver approntato le misure giuste senza creare quella nube di preoccupazione senza motivo, che spesso genera più guai della malattia.

Gradirei un chiarimento su una questione, che non ho ben compreso dalle sue dichiarazioni, signor Ministro. In definitiva, la SARS è malattia che colpirebbe maggiormente l'età adulta, probabilmente più le persone defedate, anche se ho letto da qualche parte che sono colpiti anche i giovani tra i venti e i quarant'anni, il che farebbe mutare le opinioni previsionali per il futuro. Desidero una conferma dal Ministro sulla tipologia cronologica delle fasce che entrano in collisione morbosa con il virus.

A quanto ho capito, il vaccino sarà riservato, quando sarà pronto, per le fasce di età più deboli. Vorrei tuttavia esternare una preoccupazione. Dopo la verifica dell'impatto della SARS in Australia, continente nel quale è in arrivo la stagione fredda, potrebbe anche mutare il tipo di approccio nei confronti del virus, quindi cautelativamente inviterei a pensare ad una vaccinazione più estensiva.

Oltre che di SARS i miei colleghi hanno parlato, e bene, anche di altro. Signor Ministro, da parte della Commissione nel suo complesso c'è rispetto e condivisione nei confronti dei provvedimenti governativi. Tuttavia, vorremmo pregare il Ministro della salute, quando determina l'emanazione di provvedimenti importanti come l'ultimo decreto (mi deve scusare se «metto il dito nella piaga»), che riguardano in modo complessivo la sanità nel nostro Paese, di stabilire un incontro preventivo con le Commissioni parlamentari.

La 12ª Commissione permanente del Senato non ha poteri immensi: siamo di fronte a competenze che si allontanano sempre più, ma ce ne sono alcune sulle quali potremmo essere di ausilio con la nostra esperienza personale e con la nostra visione particolare del problema (non

in senso individualistico, ma specialistico). Vorremmo riuscire a fare questo per il futuro ed auspichiamo che il Ministro della salute ci aiuterà a tal fine.

In ordine alla considerazione sui *manager*, esprimo una grande preoccupazione. Cito l'esempio della Regione Campania (mi perdonerà il senatore Longhi, ma io vivo in quel contesto), nella quale si è introdotto addirittura il criterio per cui i *manager* vengono vagliati ogni tre mesi, come a tenere loro una «spada di Damocle sulla testa», affinché facciano politica solo in un certo modo. Anche ottimi direttori generali sono così soggetti a questa situazione, subiscono il masso che pende sul loro capo.

Vogliamo restituire la sanità alla tecnica, alla serietà e all'equilibrio? Vogliamo liberarla dalla politica intesa nel senso più negativo? Tutti, sia dell'opposizione che della maggioranza, siamo pronti; vogliamo fare in modo che ci siano regole certe per cui la politica sia solo intervento strategico nei confronti delle soluzioni dei problemi e non gestione *stricto iure* che poi travalica nel clientelismo e nelle questioni disadorne.

Anche su questo aspettiamo una corresponsabilizzazione nei nostri confronti da parte del Ministro ed un intervento decisivo in tal senso.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Quest'ultimo punto si riallaccia ai precedenti. Forse è sbagliato sottrarre la sanità alla politica, perché la politica con la «P» maiuscola è chiaramente importante; è la politica nobile.

FASOLINO *(FI)*. Certo, la politica come programmazione!

SIRCHIA, *ministro della salute*. Credo sia assolutamente indispensabile sottrarre invece la sanità alla politica – non vorrei offendere nessuno – «spicciola», delle piccole cose.

Ovviamente esistono ospedali ed ASL che funzionano benissimo, ma indubbiamente il meccanismo si presta a distorsioni – di cui tutti hanno ampia evidenza – che non vanno nell'interesse dei pazienti, ma in quello (in questo caso, neanche nobilissimo) di altri.

Allora, chi ha davvero a cuore – come tutti noi abbiamo – la salute degli italiani e il buon funzionamento del servizio, credo abbia il dovere di riflettere sulla strada a suo tempo imboccata, che aveva una sua ragione in quel momento storico: attenzione, non sto criticando l'inizio e quella scelta, ma sto dicendo che oggi, dopo 15-20 anni, sono mutate le condizioni, sono intervenuti alcuni difetti che ci suggeriscono pesantemente di riportare su un altro binario la gestione delle ASL e degli ospedali.

Per completare il discorso, il vaccino cui mi riferivo era naturalmente quello antinfluenzale, perché non abbiamo il vaccino per la SARS, né so se lo avremo mai perché – come sapete – la dimensione dell'infezione non è ancora tale da determinare la spinta a ricercare il vaccino (anche se so benissimo che alcuni laboratori si accingono a farlo).

BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)*. Signor Ministro, anch'io voglio associarmi, non solo formalmente, ma sostanzialmente, all'analisi da lei svolta.

Rispetto alle osservazioni dei miei colleghi – che condivido e, quindi, non ripeto – mi permetto di porre alcune osservazioni in merito ad alcuni punti affrontati nella sua relazione introduttiva. Nel merito desidererei conoscere meglio la sua posizione e sapere quanto sta facendo il Ministero della salute.

Mi riferisco, ad esempio, alla sua corretta affermazione (che è oggettiva) secondo cui c'è una sorta di discrepanza tra il pericolo effettivo e la paura della popolazione. La paura è eccessiva rispetto al pericolo effettivo: questo – ripeto – è un dato oggettivo. Mi è stato però segnalato da alcuni ascoltatori dei telegiornali (io non riesco a seguirli sempre tutti) che, ad esempio, sia la televisione pubblica che quella privata hanno fornito l'informazione che alcuni italiani, ricoverati nei reparti dei nostri ospedali come casi sospetti di SARS, sono stati dimessi; l'informazione fornita lasciava trasparire ancora l'ipotesi di SARS.

Lei ha detto che state giustamente avviando una campagna di informazione, anche per cercare di colmare il *gap* informativo e soprattutto per cercare di dare sicurezza ai cittadini. Questo tipo di informazioni, però, genera ansia. Lo dico perché anche questa mattina tramite *e-mail* mi è arrivata, ad esempio, la segnalazione di tale problema: la gente vuole sapere chiaramente se quelle persone avevano la SARS.

Lo ricordo perché molto è lasciato all'informazione televisiva rispetto a quella sulla carta, perché pochi sono i lettori italiani dei quotidiani e invece molti sono gli spettatori dei telegiornali. Ho citato l'*e-mail* che ho ricevuto questa mattina, ma credo lei sia a conoscenza della questione: occorre dare, dove è possibile, un'informazione completa e il più possibile rassicurante.

Voglio sottolineare questo aspetto perché l'ansia e la paura del cittadino possono davvero aumentare, soprattutto nel cittadino più indifeso, più debole, non soltanto culturalmente ma, per esempio, perché magari portatore di alcune malattie croniche e, quindi, tendente ad immaginare di poter maggiormente contrarre questa malattia, ai suoi occhi sconosciuta. Questo era un aspetto che volevo evidenziare perché preoccupa una parte dei cittadini.

Per quanto riguarda la vaccinazione, vorrei capire se e come il Ministero sta seguendo tale aspetto; non mi riferisco alla vaccinazione per l'influenza, che è già prassi costante in Italia, ma a come si sta lavorando in questo senso con le aziende farmaceutiche – che poi di fatto sono multinazionali nella quasi totalità dei casi – e per capire se il problema è stato affrontato soprattutto a livello di Organizzazione mondiale della sanità, perché non è tanto e solo un problema nostro.

Sfogliando la documentazione che lei ci ha fornito, ho visto che ci sono i dati sulle strutture ospedaliere con i reparti per malattie infettive in Italia: vorrei sapere se si tratta di dati completi.

SIRCHIA, *ministro della salute.* Sono segnalazioni delle Regioni.

BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)*. Mi è sembrato di capire dalle sue parole che non conosciamo ancora con esattezza quanti reparti di malattie infettive sono dotati di camere a pressione negativa; la mia considerazione è di stupore e di sorpresa e mi sembrava di cogliere le stesse anche nelle sue parole, Ministro, e apprezzo anche l'onestà intellettuale prima che politica nel riferire un'informazione di questo tipo. Non conosco gli strumenti di informazione in possesso del Ministero, ma quelli delle Regioni sì: le Regioni hanno un monitoraggio completo degli ospedali presenti sul territorio, sia come ospedali specialistici che come ospedali di comunità (anche se non c'è ancora questa distinzione, nella realtà, si sa, è così), quindi volevo capire come mai questo dato è incompleto.

Uscendo dal tema SARS e riferendomi alle osservazioni che faceva il collega Mascioni, riprese poi dal collega Danzi, che appoggio e condivido perché ne abbiamo parlato diverse volte, apprezzo la disponibilità che lei ha dimostrato a venire a discutere in Commissione sugli aspetti culturali; sono d'accordo con quanto lei ha detto, cioè che non è che sempre si ha la soluzione a tutti i problemi; però spesso, affrontandoli con onestà culturale, si possono anche individuare delle soluzioni. Mi permetto però di suggerire un tema che, come lombarda e milanese, mi sta molto a cuore, forse perché sul territorio milanese ce ne sono parecchi: mi riferisco agli IRCSS, questi istituti che sono punti di riferimento per la comunità, ma da anni vivono un po' nell'incertezza.

Accanto al tema della non autosufficienza, che credo debba essere una delle priorità di questo momento politico, non solo perché l'invecchiamento della popolazione è un dato emergente, ma perché è il segno dell'attenzione alla popolazione non più totalmente autosufficiente; è stato e resta uno dei temi di civiltà di una Nazione. Ritengo che nell'Anno europeo del disabile non si possa non affrontare anche questo tema, che non deve però essere considerato come aggiuntivo: siamo stati i primi in Europa ad avere una legge come la n. 104 del 1992, una normativa considerata da tutti all'avanguardia e che affrontava il tema sociale, ma anche quello sanitario. Adesso dobbiamo esprimere la stessa lungimiranza che è stata espressa allora.

Suggerisco infine un ultimo tema che varrebbe la pena affrontassimo insieme: vorrei infatti avere un minimo di aggiornamento sulla Croce rossa italiana, perché in passato ha dimostrato una disponibilità e attenzione nei nostri confronti di questo tema. Noi non abbiamo più presentato interrogazioni, perché il Governo ha fatto la sua scelta, magari non condivisibile da chi sta parlando, ma rispettabilissima; desidereremmo però conoscere gli sviluppi della situazione.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Sono stati proposti temi grossi, che non so se è possibile affrontare in questo momento: gli IRCSS sono la mia grande passione, ma possiamo forse parlarne in un'altra occasione.

Ieri abbiamo passato dodici ore con i rappresentati delle Regioni e il tema dell'incontro è stato sostanzialmente che l'Italia non ha dati, né sul versante dell'offerta, né su quello della domanda. Facciamo un esempio: i

D.R.G. (*delatede related group*), che pure sono stati preziosi, sono fermi a dieci anni fa; molti di quei D.R.G. oggi sono largamente superati perché non esiste più nemmeno quel modo di trattare quella patologia, talché alcune Regioni hanno cambiato autonomamente D.R.G.. Allora c'è una Babele per cui non siamo più in grado di capire quello che fa una Regione e quello che fa l'altra perché non sono confrontabili.

Il discorso che abbiamo fatto insieme (erano presenti Bissoni, Gava, Palese, cioè componenti dei due schieramenti; lo dico non per fare politica, ma perché questo è un pensiero che preoccupa tutti, perché se non si hanno i dati non si governa la spesa, non si governa l'offerta e non si governa la domanda, per cui viene fuori un «rebelot») è stato: abbiamo l'opportunità meravigliosa rappresentata dal fatto che è stato assegnato l'appalto per il nuovo sistema informatico sanitario, guai a noi se non utilizzassimo questo momento – se non ricordo male, si tratta di 200 miliardi, quindi non una roba da poco – per «mettere in fila» il classificatore delle prestazioni (quindi la definizione di quali sono le prestazioni, tutte identificate con nome univoco perché, se una cosa uguale la si chiama con due nomi diversi, quando si vanno a sommare due realtà non si riesce più a confrontarle), i D.R.G. da rivedere, ma più in generale tutte le prestazioni che devono essere identificate, perché questo poi ci permette di capire come dimensionare l'offerta.

Voi sapete bene che, se l'offerta è troppo piccola, si determina la lista d'attesa; se invece è troppo grande, si ha l'aumento della spesa, diventa cioè un eccesso di offerta che genera un'offerta di domanda. La prima cosa che dobbiamo fare, a mio parere, è dimensionare l'offerta. Con l'8 agosto (data dell'accordo Stato-Regioni) abbiamo fatto un'opera formidabile, cioè abbiamo definito chiaramente cosa deve fare il Servizio sanitario nazionale, ma non potevamo stabilire quanto deve fare di quelle prestazioni, perché non lo sapevamo. Allora, la prima cosa su cui abbiamo convenuto è che insieme – quindi credo sia un grande risultato – dobbiamo accingerci ad utilizzare il nuovo sistema informatico per studiare come classificare le prestazioni in modo univoco, come dimensionarle in maniera appropriata e quindi affrontare le liste d'attesa che sono, come voi sapete, il cattivo *match* tra l'offerta e la domanda, perché se queste hanno dimensioni sbagliate, confliggono tra loro e conseguentemente creano la lista d'attesa. Questo per dire che i temi relativi all'informazione, ai dati, sono tutti da costruire: detto questo, bisogna cominciare a farlo.

Lei, senatrice Baio Dossi, chiedeva prima la mappatura dei reparti. Ovviamente sappiamo che le Regioni sono in possesso di questi dati – magari non aggiornatissimi –, però il flusso informativo non avviene nel modo in cui dovrebbe. Abbiamo deciso di metterci subito al lavoro per fare la mappatura delle sale rianimazione, dei letti di isolamento e così via, perché non veniamo «automaticamente» in possesso dei dati. Uno Stato deve essere in possesso di una statistica di base (cioè quanti, quali e dove) e deve correlarla al dato epidemiologico (vale a dire, quanti vecchi, quanti giovani eccetera). Noi ci riferiamo ai dati dell'ISTAT e va be-

nissimo, per carità, ma quell'Istituto ha altre funzioni. Siamo in una situazione in cui, ogni volta che c'è da raccogliere dati, si determina un patema d'animo perché non li si riesce mai ad interpretare per il fatto che ci sono tabelle diverse, con dati disomogenei e così via. È stato finalmente raggiunto il risultato importantissimo di condividere la necessità di impiantare un sistema che faccia acquisire il dato, magari non articolato, ma certo.

Lei poi sa bene, senatrice, che ci sono Regioni che hanno sistemi informatici avanzati, ma che sono in grado di «colloquiare» solo all'interno della Regione medesima. Ci sono poi Regioni che non hanno un buon sistema informatico e dunque non solo non hanno apparecchiature in grado di colloquiare con l'esterno, ma in ogni caso non potrebbero farlo, perché non sono in possesso dei dati. Questa, purtroppo, è la realtà.

Dobbiamo aiutare le Regioni a costruire un sistema complessivo (che sia nell'autonomia regionale, ovviamente, perché ogni Regione ha i suoi bisogni e la gestione li spinge a fare una cosa piuttosto che un'altra), perché alla fine ci deve essere un *data set* comune, che tutti condividono, per capire cosa succede nella Nazione. Questo è lo sforzo che stiamo facendo, con grande soddisfazione, perché abbiamo trovato il consenso che spesso non troviamo su altri temi come, in particolare, quello dei medici.

Mi avvio a concludere, rilevando che il vaccino anti-SARS in teoria si potrebbe preparare, ma non sappiamo ancora se verrà predisposto, anche in relazione alle dimensioni di questa epidemia: non sappiamo se essa potrà crescere, diminuire o cessare, né dove e come si estenderà. Si tratta, quindi, di un tema ancora non maturo.

Infine, il senatore Fasolino ha osservato che anche i giovani venivano colpiti. Evidentemente si era creato un equivoco. Io mi sono riferito alla mortalità e l'onorevole Fasolino alla morbilità. La morbilità riguarda tutte le fasce della popolazione, la mortalità è riferita agli anziani.

PRESIDENTE. Ricordo ai colleghi che devono ancora intervenire che i nostri lavori si stanno sovrapponendo a quelli dell'Aula. Li prego, dunque, di farlo nella maniera più sintetica possibile, evitando troppe licenze (come quelle di affrontare temi che esulano dal tema specifico dell'audizione), che sinora abbiamo accettato proprio perché si tratta di un'occasione molto favorevole per poterne parlare in maniera così distesa.

LONGHI *(DS-U)*. Signor Ministro, il senatore Mascione (ormai universalmente considerato qui un «riformista di sinistra»: non è una brutta espressione e non la considero tale), in modo garbato l'ha ringraziata, ricordandole che la vediamo poco. Quindi, da riformista, in qualche modo ha fatto presente che, se lei fosse qui tutte le volte, come lo è il sottosegretario Cursi, non lo ringrazieremmo. Ha aggiunto che, probabilmente, se lei si confrontasse, sarebbe meglio per tutti.

Qui alcuni colleghi hanno sollevato il problema dello strapotere dei direttori generali; io parlerei piuttosto dello strapotere degli assessori alla sanità, anche perché questi di solito solo «al coperto», in quanto si

nascondono dietro ai direttori generali per fare le scelte. L'unico problema del direttore generale è quello di essere riconfermato e non ha bisogno, però, del consenso esterno, mentre l'assessore regionale ha bisogno del consenso.

Ci si è soffermati su alcuni casi di scelta di primari (come si diceva prima, in Campania o in Molise: ma succede da tutte le parti), ma io le garantisco che, se vado da un medico, non vado da quello che ha la tessera del mio partito, ma dal più capace: sarebbe assurdo il contrario! Vorrei, quindi, che anche a livello di scelta di primari venisse adottato lo stesso criterio.

Ho presentato diverse interrogazioni a risposta scritta indirizzate a lei. Le confesso che non pretendo che mi risponda proprio lei, ma credo che abbia uno stuolo di funzionari che potrebbero farlo. Alcune di tali interrogazioni sono state presentate più di un anno e mezzo fa. In due di esse parlavo dell'ospedale San Martino di Genova, che una volta era il più grande ospedale d'Europa, e del suo direttore generale, nominato peraltro da amministrazioni precedenti, che erano di centrosinistra. Tale direttore generale ha convenzionato l'ospedale con un poliambulatorio privato, facendo una scelta di assistenza territoriale, che compete invece alla ASL . Poi ho scoperto – lo dico senza tema di smentita, perché l'interessato ha confermato – che il proprietario di questo poliambulatorio è un petroliere che aveva finanziato la campagna elettorale del Presidente della giunta regionale. Si noti che i revisori dei conti non hanno firmato il bilancio dell'ospedale, ma il direttore generale è rimasto al suo posto.

Ho anche segnalato che l'ospedale San Martino ha svolto un concorso per primario di chirurgia plastica e una commissione ha scelto tre candidati: dai *curricula* emergeva il fatto che il primo era davvero bravo. Il direttore generale ha scelto il terzo. Sa perché? Perché il terzo era di AN; ma anche il primo, quello bravo, era di AN. Il terzo, però, aveva un «ascendente» in Forza Italia, il suocero.

Ebbene, senza fare discorsi di partito, credo che dovremmo assumere delle decisioni in merito e che lei dovrebbe rispondere, quando le segnalano queste cose.

DANZI *(UDC)*. Se io dicessi quello che avviene in Basilicata!

LONGHI *(DS-U)*. Infatti, ognuno cita i suoi casi.

Se lei rispondesse, signor Ministro, probabilmente avrebbe anche il conforto dei senatori che le pongono una questione al di là della collocazione politica, visto che io sono di sinistra e i colleghi no.

PRESIDENTE. Senatore Longhi, mi permetta di farlo, ma devo intervenire.

Non possiamo considerare accettabile il suo intervento. O meglio, lo è dal punto di vista della «colloquialità» sul problema, ma nel merito della questione specifica lei ha presentato delle interrogazioni e il Ministro le risponderà quando entrerà in possesso dei dati in merito. Peraltro, mi sem-

bra che lei abbia espresso giudizi rispetto ai quali poi non c'è una possibilità di replica né di dibattito, e che tra l'altro esulano completamente dal tema oggi al nostro esame.

Siccome è già stato consentito ad altri senatori sostanzialmente di parlare di temi generali, da affrontare poi con il Ministro in una prossima audizione (il senatore Mascioni ha chiesto al Ministro la disponibilità, che condivido, di un paio d'ore di audizione) sui temi dello sviluppo di politica sanitaria, lo ha potuto fare anche lei. Ma non è possibile strumentalizzare questa seduta in riferimento a specifiche interrogazioni presentate. Dico tutto ciò a lei, intendendo che vale anche per tutti coloro che seguiranno.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Signor Presidente, rilevo che una garbata osservazione che più senatori mi hanno mosso è che non sarei presente qui o che rispondo in ritardo agli atti di sindacato ispettivo. Vorrei che fosse compreso che ciò non è dovuto al fatto che non ho riguardo a questo consesso o all'omologo della Camera, ma che sono letteralmente «sommerso» da una tale serie di adempimenti (un giorno, se vorrete, vi farò esaminare l'agenda) legati al fatto che ogni giorno sorge un problema. Voi lo sapete bene, perché li leggete poi sulla stampa. Ho una tale serie di cose da fare che non sempre (pur avendo io a disposizione funzionari assolutamente pregevoli) possono essere risolte dai funzionari, perché vi sono orientamenti e iniziative che gestiti in modo burocratico procedono in modo diverso. Le ultime vicende ne sono un esempio. Se ci fossimo attenuti alle procedure normalmente poste in essere dal Servizio della prevenzione, non avremmo predisposto certi provvedimenti. Infatti, il Servizio della prevenzione prende in esame le norme dell'OMS e le applica: questo è il suo dovere. Non mette in discussione le norme dell'OMS, in vista del fatto che ci possa essere un caso particolare.

Allora io, purtroppo, pur sbagliando sicuramente in molti campi, devo discriminare tra cose che mi occupano la giornata e cose, magari altrettanto importanti, che non sono così urgenti. A me piace il dibattito, l'ho detto in apertura, perché arricchisce e aiuta, però vi prego di credere che non è mancanza di riguardo, ma è letteralmente impossibile nelle mie giornate rispondere a tutti i bisogni.

TONINI *(DS-U)*. Mi unisco al giudizio di soddisfazione espresso dal collega Mascioni rispetto alle comunicazioni del Ministro sulla questione della SARS. Un'opposizione seria deve saper distinguere quando è giusto e quindi doveroso criticare il Governo e quando riconoscere che una cosa funziona. L'immagine data del nostro Paese è seria e abbiamo affrontato con rigore la crisi. Di questo va dato atto innanzitutto al Ministro.

Se ci fosse tempo, mi piacerebbe che lui mi aiutasse a capire quale sia in questo momento, dal punto di vista delle competenze, il rapporto tra il Ministero della salute ed il commissario Bertolaso e come funzioni dal punto di vista istituzionale questo raccordo.

Mi permetto poi anch'io di sollecitare la sua attenzione, signor Ministro, apprezzando il suo impegno ad essere di nuovo qui con noi nelle prossime settimane per un paio d'ore, sulla Croce rossa. Circa un anno fa in Aula avevamo approvato un ordine del giorno, condiviso dal Governo, in quella occasione rappresentato dal sottosegretario Cursi, che prevedeva l'impegno per «immediate procedure elettorali degli organi al fine di scongiurare il rischio di una gestione commissariale». Visto che al commissariamento ci siamo arrivati, vorremmo almeno essere confortati sui tempi del riavvio delle procedure elettorali.

L'altra questione, sulla quale forse è possibile una risposta telegrafica, è inerente al rapporto tra Governo e procreazione medicalmente assistita. Nella fase delle audizioni avevo chiesto di poter ascoltare il Ministro sul tema affinché esprimesse il suo orientamento. Ci è stato risposto che l'atteggiamento del Governo rispetto alla legge sarebbe stato di neutralità. In Aula siamo entrati nel merito dell'articolato e sistematicamente il sottosegretario Cursi esprime su ogni emendamento un parere, contrario. Non è tanto che il parere sia contrario il punto, quanto il fatto che ora una posizione del Governo ci sia. Da lei vorrei conoscere l'effettivo orientamento dell'Esecutivo, ossia se la legge vada approvata al Senato così come giunta dalla Camera e come mai vi sia stato un cambiamento rispetto al dibattito alla Camera.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Quando il problema SARS ha preso una piega che non mi convinceva, ho chiesto di avere il potere di ordinanza. Ciò non perché abbia smanie di potere, ma perché, per poter attivare un certo numero di medici presso gli aeroporti o per mobilitare i miei ispettori, ed essendoci il blocco delle assunzioni, non ci sarebbe stato altro modo per ottenere lo stesso risultato. In più, per acquistare i materiali avrei dovuto far ricorso a certe procedure. Visto che l'infezione era più veloce di me, ho chiesto dunque il potere di ordinanza. Mi è stato risposto che giuridicamente era impossibile, perché l'unica facoltà di ordinanza è di competenza del Presidente del Consiglio nei confronti della Protezione civile, organismo che si confronta con le emergenze per definizione. Allora ho chiesto e ottenuto che la Protezione civile fosse investita del problema in raccordo con me. L'ordinanza del presidente Berlusconi conteneva la formula: «sentito il Ministero della salute, procede..», ma è stata montata una dietrologia priva di senso, perché la richiesta l'ho fatta io e nessuno mi ha imposto Bertolaso. Egli è stato di grandissimo aiuto e voglio ringraziarlo perché è stato bravissimo. Tutto quello che fa lo fa perché gliene parlo io. In alcuni campi lui ne sa più di me, ma per quel che riguarda il mio lavoriamo insieme e tutte le sere mi telefona per dirmi quello che ha fatto. Rido sul fatto che si dica che io sarei stato commissariato da Bertolaso, perché non mi interessa, tuttavia registro una mancanza di correttezza.

Per quanto concerne la questione della Croce Rossa, il commissario Scelli mi ha confermato che sta preparando le elezioni. A giugno ci fa-

remo fare una relazione su ciò che ha fatto, in maniera che sia messa a disposizione.

Il mio parere sulla procreazione assistita è estremamente restrittivo, come tutti sanno, perché l'ho dichiarato sempre e senza problema. Credo si tratti di un campo scivoloso, nel quale, se si concede su alcuni temi, si rischia di arrivare a lidi sconosciuti e pericolosi. So benissimo che la nostra posizione in Europa è minoritaria, so benissimo che forse passerà il *nuclear transfer* per ricerca, ma io mi opporrò fino alla morte; non perché faccia il bigotto o perché sia talebano, ma perché sono convinto che quando si tocca l'uomo, in qualunque sua forma, e lo si usa per la ricerca, si sa da dove si parte, ma non dove si arriva. Questo l'ho sempre dichiarato e non ho timore a ripeterlo.

Quando abbiamo detto che ci saremmo rimessi all'Aula, non intendevamo semplicemente scaricare il problema; tuttavia vi dico che, se fossi intervenuto io direttamente, avrei fatto molto più di quello che è stato fatto. Lo dico con franchezza, non perché voglia fare il primo della classe, ma perché quando si inizia a sperimentare usando la vita umana non si sa dove si finisce. Vi sono esempi in cui tali vincoli non sono stati tenuti abbastanza a freno e andiamo incontro a risoluzioni di questo tipo. L'altro ieri è passata, contro l'orientamento del Parlamento europeo che aveva predisposto emendamenti molto sensati, una posizione molto liberale, di cui io non mi rallegro. Questa posizione liberale consente di raccogliere linee cellulari umane, che potrebbero essere vendute per la realizzazione di esperimenti. Siamo arrivati a dire questo! Perché, allora, non usiamo i vecchi per fare la sperimentazione dei farmaci?

Bisogna stare molto attenti quando si eliminano i paletti sotto la falsa specie della «libertà di ricerca». Se crede, senatore, possiamo discutere nel merito quanto vuole; io ho trascorso una vita a farlo! Sono più vecchio di tutti voi e vi invito a pensare con grande prudenza a «toccare» l'uomo: quando si comincia ad aprire quella porta, non si sa dove si va a finire.

PRESIDENTE. Permettetemi di fare due precisazioni. Innanzi tutto, a parte la questione della divisione delle spese rispetto alle Regioni, per cui fu difficile ottenere l'audizione del ministro Sirchia, sottolineo che tutte le volte che è stata espressamente chiesta dalla Commissione la presenza del Ministro della salute, *ad horas* egli è venuto.

Per quanto riguarda la seconda considerazione, ho piacere che il ministro Sirchia abbia ribadito al senatore Tonini la confusione che può talvolta apparire tra la posizione ufficiale del Governo e quella individuale di chi partecipa, che ha comunque diritto ad intervenire. Per quanto riguarda il sottosegretario Cursi, per quell'incidente in cui ha dichiarato il Governo contrario egli ha fatto ammenda e nella seduta successiva ha affermato pubblicamente che intendeva esprimersi a titolo personale; da quel momento, tutte le volte che ha espresso il suo parere si è rimesso al volere della Commissione.

ULIVI *(AN)*. Signor Ministro, desidero anch'io associarmi ai ringraziamenti per la sua presenza: tanti sarebbero gli argomenti da trattare con lei. Sono certo che lo potremo fare in quegli incontri futuri ai quali lei si è già dichiarato disponibile.

Per non perdere tempo, vorrei solo riferirmi ad un'osservazione del senatore Fasolino: ormai i cittadini sono convinti che le ASL e le Regioni pensino più al lato economico che alla salute dei propri assistiti.

Sono toscano e la mia Regione, come lei certamente sa, ha assunto alcune decisioni. Ha adottato una forma di distribuzione massiccia dei farmaci, la cosiddetta distribuzione diretta, cosa che potrebbe essere discutibile, ma è da verificare. Preoccupa, però, che da ultimo al cittadino il farmaco non viene consegnato, attraverso il distretto o altri posti, da un operatore qualificato, qual è il farmacista, ma – quando va bene – da un infermiere o addirittura da un amministrativo. Si sono verificate molte lamentele in alcuni casi anche piuttosto delicati. Pertanto, chiedo se è possibile che il Ministero della salute controlli come questa attività venga svolta.

Un'altra questione assai preoccupante è quella relativa alla Pfizer e alla Regione Toscana; ma non ritengo opportuno trattare questo delicato argomento in questa sede. Indubbiamente è vero che, nel quadro degli obiettivi che intende perseguire, l'ASL fiorentina ha stipulato una convenzione «a premio» con i medici. Ad esempio, se nel mese di febbraio 2003 un medico fa risparmiare al Servizio sanitario il 15 per cento rispetto al mese di febbraio 2002, riceve un premio pari a 800.000 delle vecchie lire; se, invece, fa risparmiare il 10 per cento ha un premio pari a 600.000 delle vecchie lire. Mi domando se ciò non possa essere considerato una forma del vecchio comparaggio al contrario.

Proprio per tutelare la salute dei cittadini e per il rispetto che a loro si deve, è necessario combattere la convinzione, che si sta sempre più affermando, in base alla quale è tutta solo una questione economica e, quindi, il Ministero della salute non ha alcuna importanza, tanto è vero che forse sarebbe stato giusto sopprimerlo.

Deve essere chiaro però che io sono convinto del contrario. In ogni caso, credo che il Ministero debba almeno esercitare una sorveglianza in campo nazionale. Non mi soffermo sulla legge n. 405 del 2001 o su altro, ma chiedo che quanto meno vengano rispettate le leggi, principalmente dagli enti pubblici quali le Regioni e le ASL. Ritengo che il cittadino abbia tutto il diritto di pretenderlo!

PRESIDENTE. Mi perdoni, senatore ULIVI, ma anche nel suo caso possiamo sicuramente prendere atto del tema generale e non certo del fatto specifico riferito, che merita l'occasione opportuna.

ULIVI *(AN)*. Vi chiedo scusa se mi sono fatto prendere la mano dal ragionamento.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Si tratta di un tema che viene posto in discussione: la garanzia ai cittadini che il servizio sanitario sia sempre e dovunque attento ai suoi bisogni in modo uniforme.

Chi è il garante del cittadino? La Regione, come sostengono loro stesse, in quanto viene giudicata dal confronto elettorale, o qualcuno di parte terza, che può essere o meno il Ministero, che garantisca il diritto costituzionale alla salute indipendentemente da chi lo gestisce? Dobbiamo riflettere su questo tema. La riflessione è in corso e, come ben sapete, non è compiuta.

In ordine alla farmaceutica, credo sia stato svolto un buon lavoro di contenimento dell'eccesso di spesa e di una serie di problemi; il prontuario sta dando i suoi risultati. Stiamo tendenzialmente andando verso il 13 per cento, previsto dal Patto di stabilità. A questo punto, mi sembra che abbiamo ottenuto il risultato perseguito e che ulteriori inasprimenti, che poi si scaricano sempre e soltanto su alcune categorie (in questo caso, le aziende), siano inutili e dannosi. Dobbiamo stare attenti anche a non soffocare le aziende italiane perché, se perdiamo la ricchezza nazionale, non sappiamo da chi farci risarcire i danni.

L'esagerazione è comunque qualcosa che nuoce. A questo punto, ritengo sia stato ottenuto quello che si doveva ottenere; è stato predisposto un manifesto etico con tutte le forze in campo in cui si chiede ad ognuno, Ministero compreso, di mettere mano ad un nuovo percorso, più etico, più collaborante. Questo è stato firmato e c'è un contratto in discussione con la Farmindustria, che prevede alcune funzioni legate, più che alla promozione del farmaco di proprietà, all'educazione sanitaria ed all'informazione. Vedremo se avrà o meno uno spazio, ma mi sembra vi sia interesse a sviluppare un accordo.

Abbiamo bisogno di investire maggiormente nella ricerca farmaceutica anche in Italia. Per questo è stato inventato il meccanismo del «premio di prezzo» per i farmaci orfani ed innovativi. A mio avviso, è un sistema bilanciato, scientificamente basato sul rapporto costo-efficacia e sul fatto che a molecole uguali debbano corrispondere uguali rimborsi.

Non perché l'abbiamo fatto noi, ma mi sembra che questo strumento stia dando i suoi risultati. Starei molto attento ad andare oltre; anche in questo caso, tutto viene sottoposto al dibattito, perché alcune Regioni pensano di avere un'autonomia maggiore e non sono soddisfatte. La questione va dibattuta e risolta.

Fu commesso un errore molti anni fa dalla signora Tacher, quando aveva previsto il *primary care budget*: in fondo al *budget* si metteva lo stipendio dei medici e si stabiliva che, se il medico risparmiava sulla spesa, avanzavano più soldi per lui. È stata una devastazione, perché l'uomo è fatto in modo tale per cui l'interesse economico lo spinge a comportamenti a volte non giusti. Subito si è fatto retromarcia, quando si sono accorti che molti medici operavano male, contro l'interesse dei pazienti.

La stessa cosa avviene nelle HMO (*Healthcare Maintenance Organizations*) in America, in cui si è verificato un gravissimo problema di influenza sulla prescrizione: per sanare il bilancio e rimanere alle dipen-

denze di quelle HMO, i medici negavano prestazioni ai pazienti. Quando i pazienti hanno disdettato il loro contratto assicurativo, si sono resi conto che qualcosa non funzionava. Noi stiamo rischiando di andare per quella strada, quando facciamo sì che sia l'infermiere – con tutto il rispetto – a dare il farmaco al paziente e venga meno l'azione del farmacista, sulla quale contiamo moltissimo per la collaborazione all'informazione, al contenimento della spesa e anche per la promozione del farmaco generico nella fattispecie. Quindi, non si tratta di una maggiore spesa in margine al farmacista, ma di un investimento importante per evitare che l'anziano faccia la scorta di farmaci costosi e inutili – che poi magari butta via, inquinando l'ambiente –, che rifiuti il farmaco generico perché pensa che sia qualitativamente inferiore al farmaco di proprietà. Ecco, l'educazione spicciola, quella di dire «guardi, signore, è sbagliato fare così», in un rapporto con l'anziano che, se non proprio quotidiano, è almeno settimanale, è una preziosa azione anche di contenimento della spesa.

Per carità, non vogliamo difendere le farmacie o i distributori, ma il risparmio non è nell'andare a tagliare i margini al farmacista: sono briciole che si ottengono, magari scontentando una categoria che poi non svolge quell'azione di promozione, di educazione sanitaria e di aiuto a fare le cose bene, valutando che in fondo non ne vale la pena: questo disinteresse costa tantissimo, molto di più di quelle briciole; quindi bisogna essere sempre molto prudenti, secondo me, nel toccare questo mondo.

PRESIDENTE. Ringraziamo il Ministro per quanto ci ha riferito sulla SARS (Sindrome acuta respiratoria severa), che ha trovato piena soddisfazione e accoglienza nella Commissione.

Anche se la discussione ha un po' esulato dalle regole tradizionali, è stato auspicato un maggiore contatto e prossimamente verrà svolta, anche con il consenso del Ministro, una successiva audizione sui temi generali proposti.

Penso che il Ministro possa prendere atto della volontà costruttiva della Commissione e del fatto che proposte legislative e provvedimenti possono trovare terreno fertile di discussione e di confronto anche in questa sede.

I lavori terminano alle ore 16,50.