

CAMERA DEI DEPUTATI

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LE QUESTIONI REGIONALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

15.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 8 FEBBRAIO 2001

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
PER LE QUESTIONI REGIONALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

15.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 8 FEBBRAIO 2001

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO PEPE

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		<i>sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera dei deputati):</i>	
Pepe Mario, <i>Presidente</i>	3	Pepe Mario, <i>Presidente</i>	3, 10, 16
Sul processo verbale:		Andreolli Tarcisio (PPI)	12
Pepe Mario, <i>Presidente</i>	3	Dondeynaz Guido (misto-LVA)	14
Sarto Giorgio (Verdi-U)	3	Duca Eugenio (DS-U)	11, 16
Audizione del ministro della sanità, Umberto Veronesi, sul tema « Attuazione della riforma sanitaria e ruolo delle regioni » (ai		Lauro Salvatore (FI)	11
		Parola Vittorio (DS-U)	13
		Sarto Giorgio (Verdi-U)	13
		Veronesi Umberto, <i>Ministro della sanità</i> .	4
			14, 16

La seduta comincia alle 13.05.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, rimane stabilito che la pubblicità dell'audizione sarà assicurata attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, ai sensi dell'articolo 65, comma 2, del regolamento della Camera.

(Così rimane stabilito).

Sul processo verbale.

PRESIDENTE. Do la parola al senatore Sarto, che ha chiesto di intervenire.

GIORGIO SARTO. Desidero segnalare l'esigenza di un'errata corrige al testo del mio intervento a pagina 12 del resoconto stenografico della seduta del 24 ottobre 2000, che pertanto risulterebbe così modificato: « Vorrei porre una questione sul versante dell'accoglienza; mi riferisco ad una situazione che il ministro ben conosce, anche per le visite che ha effettuato in città come Brescia, Venezia o Padova ai campi profughi istituiti dal Ministero dell'interno durante la guerra di Bosnia. Tali campi profughi sono stati sostenuti dai comuni a proprie spese dal 1998 in poi, la fase, cioè in cui il Ministero dell'interno ha cessato le erogazioni. I comuni, molto saggiamente, ora tendono a chiudere tali campi sistemando le persone ivi presenti, ma hanno ancora nei loro bilanci questa spesa come gravame. Nella finanziaria per il 1998 avevamo inserito 27 miliardi per chiudere questa partita, che sono stati spesi dal Tesoro in altro modo, precisamente per l'istituzione del giudice di pace.

Vorrei sapere se per via amministrativa oppure con questa finanziaria il Governo riuscirà a chiudere questa partita, anche grazie alla saggia politica dei comuni di andare ad esaurimento sistemando altrimenti le persone dei campi, concludendo così il rapporto con gli enti locali che si sono assunti generosamente questo compito e l'hanno portato avanti anche senza il sostegno centrale ».

PRESIDENTE. Sta bene, senatore Sarto. La sua precisazione rimarrà agli atti della Commissione.

Audizione del ministro della sanità, Umberto Veronesi, sul tema: « Attuazione della riforma sanitaria e ruolo delle regioni ».

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del ministro della sanità, Umberto Veronesi, sul tema: « Attuazione della riforma sanitaria e ruolo delle regioni ».

Desidero esprimere gratitudine per il lavoro che lei svolge con competenza, sensibilità e anche con grande capacità dialogica, apprezzata non solo dagli utenti della sanità ma dai cittadini anche per ciò che lei rappresenta sul piano scientifico. Le sono grato, a nome della Commissione, per avere accolto il nostro invito e per ciò che ci dirà.

La nostra Commissione è impegnata soprattutto ad un livello istituzionale *major*, poiché affronta le questioni che riguardano i rapporti tra le regioni e lo Stato, cercando di realizzare una finalizzazione di regionalismo avanzato, anche nel settore della sanità, che ha un certo rilievo nei bilanci regionali, il cui *plafond* ne è quasi completamente assorbito.

Siamo molto attenti alla riforma che lei sta, con opportuna duttilità, realizzando e vorremmo contribuire come Commissione, attraverso il dialogo con le regioni, a portarne a conclusione i processi attuativi. Riteniamo che le regioni debbano concorrere, in un federalismo possibile e progressivo che talvolta abbiamo chiamato « regionalismo solidale », come punto di raccordo delle autonomie territoriali, sul versante sia del risanamento dei tanti problemi e difficoltà che registriamo nella gestione della sanità, sia sulla maggiore qualificazione della spesa sanitaria. Siamo attenti a quelle risorse in più che le regioni più deboli, che talvolta sono in credito con lo Stato, dovrebbero avere. La logica della perequazione su questo versante è molto importante.

In particolare vorrei sapere da lei come si possa intercalare il piano sanitario nazionale con le tematiche regionali. Si sta registrando una maggiore sensibilità a livello delle regioni sul versante del risanamento e della riqualificazione della spesa sul piano delle scelte strategiche che dobbiamo fare in questo settore per corrispondere agli obiettivi della legge generale n. 833 che fa riferimento alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione.

Guardiamo con molta attenzione, poiché viviamo in realtà territoriali minori, ai processi di distrettualizzazione che si stanno realizzando e che rappresentano un risparmio per la medicina ospedaliera ed anche una risposta concreta ed immediata rispetto alle fenomenologie negative che registriamo sul piano degli utenti.

Un altro punto fondamentale è verificare a livello ministeriale se siano stati adottati pienamente i piani sanitari e i piani ospedalieri per dare una risposta concreta ed efficiente alle domande dei nostri concittadini.

Ritengo che l'azione del Governo si dovrà maggiormente qualificare su questo versante, avendo sempre come punti di riferimento le regioni che devono costruire in concreto sul territorio la sanità. Abbiamo ancora fondi residui della finan-

ziaria di molti anni fa (la legge n. 67) per la realizzazione delle strutture ospedaliere in molte realtà deboli del paese.

Vorremmo avere da lei chiarimenti sulla programmazione e su come essa si intrecci con le programmazioni regionali ed anche con il ruolo che le autonomie locali hanno recuperato con la legge n. 502 e n. 517, per orientare la politica sanitaria e ospedaliera nelle varie realtà provinciali.

Questi sono i temi che le sottopongo e che possono essere considerati come una provocazione, un *κairos* affinché lei possa esporci la sua azione di Governo, considerata molto positiva dalle comunità regionali.

Le porgo ancora, anche a nome dei colleghi, il mio saluto e le esprimo la mia gratitudine.

UMBERTO VERONESI, *Ministro della sanità*. La ringrazio, presidente, per le sue parole di apprezzamento per il mio lavoro che è abbastanza complesso, difficile e spesso inaspettato e al di fuori degli schemi ordinari dell'attività di un ministro della sanità, come tutti avranno potuto notare in questi ultimi mesi. Tuttavia ho affrontato con molta serenità questo compito che non fa parte della mia cultura, poiché provengo dal mondo della medicina, della sanità, dell'innovazione nel campo della ricerca scientifica.

Il tema che lei ha posto con la sua premessa, mi pare si concentri sul rapporto di collaborazione e di intelligente utilizzo delle risorse tra la parte centrale del sistema, cioè l'attività di Governo, e le regioni. L'attività di Governo è definita come un'attività di indirizzo e di coordinamento, come tutti sanno, mentre alle regioni spetta un'attività più esecutiva, anche se vi è una parte decisionale, legislativa a livello regionale che però deve essere conciliata con gli indirizzi generali del paese.

Innanzitutto devo dire che l'argomento è molto complesso e difficile, come possiamo vedere nell'esempio del tentativo di creare una rete di comunicazione a due flussi, dal centro, cioè dal ministero, fino

al cittadino, al paziente; una rete che in futuro dovrà diventare informatica, affinché possiamo avere a livello centrale una retroinformazione continua, in linea, quasi quotidiana su quanto avviene nel paese per potere in realtà creare dei dispositivi programmatici e colmare dove necessario delle lacune o ridurre gli sprechi o intervenire dove una regione o una sua parte non sia in linea con le aspettative del paese.

Stiamo elaborando un sistema con molta fatica e anche con straordinario interesse, una specie di modello a tre grandi livelli: l'*E-government*, la parte centrale, una specie di *corporate*, che fa capo all'assessorato regionale della sanità che è una specie di *holding* e ha il « tesoro » da redistribuire ai *services*, cioè alle singole unità sanitarie locali: i distretti, gli ambulatori, gli ospedali e così via. Si sta quindi delineando una rete dalla quale ci aspettiamo moltissimo e cioè che si possa recuperare un'informazione da parte nostra e indirizzare verso il paese, fino all'estrema periferia, i nostri messaggi.

Fatta questa premessa per dire che abbiamo in mente di ammodernare il paese per quanto riguarda la diffusione dell'informazione, che è essenziale per potere capire cosa sta succedendo e monitorare il sistema, mi pare che la domanda che lei, presidente, ha formulato inizialmente riguardi il modo in cui la legge di riforma (n. 229) sta per essere attuata nelle sue varie componenti.

Sulla base dei documenti che ho con me, posso indicarvi area per area a che punto siamo. A questo fine ho previsto una suddivisione in tre grandi aree, la prima delle quali riguarda la programmazione, che è la più complessa e la più importante per l'audizione odierna. Vi sono poi l'area delle professioni sanitarie e delle risorse umane, l'area della prevenzione e quella veterinaria e alimenti.

Parlando della programmazione, credo sia mio compito illustrarvi due grandi elementi cardine del momento programmatico, cioè il piano sanitario nazionale per il triennio 2001-2003, che — immagino

la vostra sorpresa — è pronto. Vi è stato quindi un grande anticipo rispetto al piano sanitario 1998-2000, che fu approvato alla fine del 1999. In questi pochi mesi ho cercato di recuperare il tempo perduto ed ho preparato un piano sanitario totalmente innovativo e diverso dai precedenti, molto articolato, che contiene, come da indicazione di legge, anche livelli essenziali di assistenza, su cui mi soffermerò a breve.

Il piano sanitario nazionale per il triennio 2001-2003 era pronto già a fine dell'anno scorso e a gennaio di quest'anno è stato presentato al Consiglio dei ministri, che l'ha approvato ieri, dopo averlo calendarizzato per il 7 febbraio. Adesso il piano dovrà seguire, forse per un mese o un mese e mezzo, alcuni percorsi, quali l'esame delle Commissioni competenti della Camera e del Senato, della Conferenza Stato-regioni e di tutte le organizzazioni sindacali. Mi sembra, comunque, che il lavoro più grosso sia stato fatto, nonostante un po' di fatica dovuta al ritardo delle regioni: entro la fine di luglio dell'anno precedente l'inaugurazione del triennio le regioni, infatti, devono inviare le loro proposte per il piano sanitario nazionale, ma queste ultime sono pervenute, peraltro in una forma molto concisa, solo alla fine di settembre, per cui abbiamo dovuto correre molto per preparare tutto negli ultimi mesi dell'anno. Credo, tuttavia, che questo sia un buon piano sanitario, soprattutto perché allineato con il mondo della medicina, a proposito della quale credo che non si possa fare della buona sanità senza tenerne conto. E la buona medicina si fa conoscendo a fondo i progressi della ricerca medica, che ci anticipa i tempi: ciò che oggi possiamo ricavare dalla ricerca medica è quanto si applicherà fra tre, cinque o otto anni. Se non siamo stupidi, quindi, già sin d'ora dobbiamo preparare una cultura e un'organizzazione adatte a recepire e a fare propri i risultati della ricerca. È questo il senso di questo piano sanitario, in cui una parte essenziale, quella iniziale, è la visione del futuro. Si tratta di un capitolo che ho voluto intro-

durre proprio perché dovremo abituarci, nonostante ciò non sia comune nel nostro paese, a guardare molto in là, ad avere sempre una visione strategica di quanto stiamo creando.

Da questo punto di vista, ho segnalato le quattro sfide che ci aspettano. La prima è la rivoluzione genetica, che tanta importanza ha nella ricerca e che ancor di più ne avrà nella medicina, in quanto in grado di sovvertirla in maniera totale nei processi sia di diagnosi precoce, sia di terapia. La seconda riguarda i trapianti, che sono stati una vera rivoluzione, considerato che, nonostante siano passati appena trent'anni dal primo trapianto di cuore del professor Barnard, oggi in Italia se ne eseguono circa 2.500 l'anno. Siamo però molto insoddisfatti, tant'è che proprio l'altro giorno ho avuto una discussione molto accesa con il Centro nazionale dei trapianti dell'Istituto nazionale di sanità perché andiamo molto lentamente, a mio avviso. Nonostante la propaganda dello scorso anno, con l'invio a tutti i cittadini di una tessera su cui ciascuno doveva segnalare il proprio assenso o meno alla donazione degli organi, non vi è stato infatti un aumento significativo dei trapianti, che è stato lento e progressivo ma che non ha registrato un balzo in avanti. I dati ci dicono che siamo un po' fermi, che procediamo lentamente. Probabilmente, la chiave di ciò non è tanto nella volontà delle persone di donare i propri organi dopo la morte, quanto nell'inefficienza o nell'insufficiente efficienza delle organizzazioni ospedaliere di rianimazione, che non sono sufficientemente incentivate e stimolate a far proprio ogni caso, identificandolo come un candidato ai trapianti. Spesso vi è un po' di pigrizia e a volte un po' di disinteresse, perché costa fatica star lì giorno e notte, portare avanti lunghi dialoghi con la famiglia, organizzare un comitato di esperti che verifichi la realtà del decesso, l'appiattimento dell'elettroencefalogramma, eccetera. Se non vi è una forte motivazione al trapianto o all'espianto, come in questo caso, spesso si è portati a far prevalere la pigrizia, a lasciar perdere,

a lasciare andar le cose come vanno. A mio parere, quindi, occorre un giro di vite a questo riguardo, così come occorre anche per i trapianti di rene. Infatti, mentre i trapianti di fegato e di cuore vanno abbastanza bene, nel senso che vi è un equilibrio tra la domanda e l'offerta e la lista di attesa è breve, per i trapianti di rene siamo in alto mare. Rispetto alle 9 mila persone in lista di attesa, infatti, eseguiamo 1.000-1.500 trapianti l'anno. Il fatto che il numero delle persone in lista d'attesa non aumenti ma resti costante non ci soddisfa. Personalmente, pensavo che in un paio d'anni fosse possibile portarci a non più di 1.000 o 2.000 persone in lista di attesa per il trapianto di rene. Per quei 9 mila soggetti la condizione della vita è dolorosa perché devono sottoporsi a dialisi, che dura ore, tre volte a settimana. Per far sopravvivere queste 9 mila persone è necessario un gran numero di centri, che costano moltissimo. Per riuscire a soddisfarle il lavoro è enorme e la loro qualità di vita è comunque limitata, essendo molto ridotto il grado di libertà. Si tratta quindi di un problema emergente alla cui soluzione dobbiamo dedicare molto.

Nel settore dei trapianti, quindi, dobbiamo andare avanti anche per quanto riguarda la ricerca, anzitutto per il rene, per il quale il mio grande progetto è il trapianto da vivente. Sappiamo che oggi togliere un rene ad una persona sana è una cosa semplicissima, in quanto si fa in endoscopia, un intervento celere che non dà alcun fastidio e che non comporta alcun residuo di rischio. In America si eseguono ormai circa 6.000-7.000 trapianti del rene da vivente, mentre in Italia ne abbiamo eseguiti 60 in un anno. Ciò perché siamo sostanzialmente limitati, anche dalle nostre norme, al trapianto solo tra familiari. La nostra idea, invece, è di lanciare un grande progetto di donazione di rene tra la popolazione, un progetto solidaristico, con grandi motivazioni di tipo umanitario. Così come esiste il registro nazionale dei donatori di midollo osseo, intendiamo creare un registro nazionale dei donatori di rene. Dal punto di

vista del disagio del donatore, oggi vi è poca differenza tra la donazione del midollo osseo e quella del rene. Attraverso la donazione da vivente vorremmo dunque recuperare, fin quanto è possibile, questo sgradevole ritardo per quanto riguarda il trapianto di rene.

La terza rivoluzione è quella etica, che ormai è un elemento importante nelle decisioni mediche del futuro, per cui non possiamo ignorarla. Dobbiamo quindi approfondirla, capire fin dove si possa arrivare e quale sia, invece, il confine che non è possibile superare. Siamo in un paese in cui i problemi etici sono sentiti con forte intensità e in maniera diversa ma dobbiamo affrontare sia i temi che riguardano l'origine della vita e il suo termine, sia i temi della sperimentazione sull'uomo, che diventano sempre più complessi perché dall'ambito ospedaliero stiamo allargando la sperimentazione sulla popolazione. Ciò perché cominciano a comparire possibilità di prevenzione anche di tipo farmacologico: una piccola quantità di aspirina assunta ogni giorno può prevenire l'infarto, per esempio. Si tratta però di una sperimentazione che va condotta sulla popolazione, quindi coinvolgendo i medici di medicina generale. Ma finora ciò era proibito dalla legge precedente, in quanto solo pochi istituti universitari o di ricerca erano autorizzati a fare sperimentazioni cliniche.

Siamo quindi in una fase di rivoluzione anche in questo campo, dove bisogna considerare, altresì, l'aspetto informativo, la verità al paziente, il consenso informato, eccetera. Vi sono, insomma, problemi etici, che però si stanno affrontando con molta serenità, per cui credo che arriveremo ad un codice etico nazionale sostanzialmente accettato nelle sue linee da tutte le componenti della popolazione.

Come quarta rivoluzione, ho citato, infine, quella delle immagini. Oggi disponiamo, infatti, di strumenti di radiologia computerizzata o digitalizzata che, volendo, permettono ad una persona di entrare in una sorta di scatola magica, di restarvi dentro pochi istanti e di vedere poi il proprio corpo tagliato a fettine di

mezzo centimetro. Quindi, è possibile un'analisi completa di se stessi, il che porterà in futuro - immaginiamo - a far sì che il cittadino desideri una volta l'anno entrare in quella « scatola » per verificare lo stato della sua salute. Dobbiamo dunque prevedere che questa prevenzione generale delle malattie possa passare anche attraverso questo tipo di esame, oltre ai tanti altri che sono già in atto. La rivoluzione delle immagini sta capovolgendo i nostri sistemi medici, non solo di diagnosi ma anche di controllo dei malati.

Ho voluto citarvi queste quattro sfide per dirvi che il mio pensiero è quello di cercare di anticipare i tempi. Considerato che il piano triennale adesso andrà alle regioni, credo che sarebbe opportuno indire un grande convegno con tutti gli assessori regionali e con i presidenti delle regioni per capire fino a che punto questo pensiero del ministero possa essere accettato, applicato, attuato o rifiutato a livello periferico, visto che senza l'assenso regionale tutto ciò che è scritto qui serve a poco.

A proposito dell'applicazione del piano, passerei alla parte che riguarda l'argomento di oggi, cioè la programmazione in un sistema decentrato di responsabilità: il sistema sanitario nazionale nel federalismo, come riporta il titolo del capitolo.

Come potete vedere a pagina 137, il tema principale è l'accordo generale sui livelli essenziali di assistenza, perché senza un accordo su quanto il sistema sanitario sia tenuto a fornire al cittadino che esprime dei bisogni non riusciamo a procedere nell'organizzazione del sistema sanitario. Sul punto c'è una premessa che riguarda i bisogni della popolazione e fin dove dobbiamo soddisfarli. Sapete che in medicina o nel controllo della salute i bisogni crescono col tempo e sono infiniti; è difficile mettere un confine molto netto perché anche la chirurgia estetica può essere un bisogno per una persona che ne ha veramente necessità per condurre una vita di relazione. Però, dobbiamo fare i conti con le risorse disponibili e quindi necessariamente dobbiamo stabilire dei margini e dei termini.

A pagina 140 vi è un elenco di quelli che consideriamo e abbiamo riconosciuto, anche in base all'esperienza del passato, come elementi, punti e condizioni sanitarie alterate della popolazione cui noi siamo tenuti ad offrire il nostro servizio gratuito.

Dopo questo, abbiamo discusso di un altro tema molto importante, quello relativo ai livelli di assistenza che dovranno essere essenziali ma anche tempestivi. Di tempestività non si è mai parlato; si è sempre indicato ciò che occorre garantire, ma in alcuni casi occorre farlo a breve termine. Qui siamo invece privi di regole o, se esistono, sono molto sommarie e parziali, mentre io ritengo che dobbiamo ristrutturare il nostro sistema assistenziale in modo che dove vi è un bisogno esso, almeno per una parte delle patologie, sia soddisfatto non solo secondo i livelli di assistenza minima considerati, ma anche con tempestività.

Le famose liste di attesa sono parte di un mio progetto speciale e su di esse stanno lavorando due comitati per capire due aspetti diversi: le liste d'attesa per interventi e per ricoveri ospedalieri e quelle per gli esami diagnostici, due mondi separati in cui una quantità di variabili incide sulla difficoltà a ridurre l'attesa.

Le regioni devono avere la funzione di monitorare continuamente l'attività sanitaria ma anche la spesa e raccogliere informazioni che poi dovrebbero ritornare a livello centrale perché si possano fare piani programmatici intelligenti.

Questi sono i punti che riguardano gli aspetti più legati all'attività regionale.

Alla fine sono indicate le grandi decisioni strategiche per il futuro, come il modo di governare il rapporto tra bisogni e risposte, l'informatica, eccetera. Ho in mente di riconsiderare l'attività sul territorio in una forma nuova, un tema questo ricorrente che coinvolge problemi accettabili come una fatalità ai quali non si riesce a porre rimedio: mi riferisco ai medici di base, rispetto ai quali in tutta Italia si lamenta - e loro stessi lamentano - il fatto che siano diventati dei burocrati

che si limitano a fare ricette o certificati; il medico di base non visita più ma si limita a suggerire di ricorrere allo specialista. Questa è l'attività di medici che costano molto al paese e che in realtà non producono. Occorre dire che sono anche oberati da una quantità di imposizioni arrivate dalla CUF, la commissione unica per il farmaco, che, attraverso 90 note diverse, dà delle indicazioni precise di ciò che possono o non possono, devono o non devono prescrivere.

Io ho agito su due fronti con un unico obiettivo, quello di ridare ai medici la funzione di medico, nel senso che il medico di medicina generale deve visitare, fare le diagnosi, occuparsi del paziente, seguirlo quando va in ospedale, recuperarlo quando esce, seguirlo per tutto il tempo successivo, rimandarlo dallo specialista se necessario, e così via. Deve fare veramente il medico che ha in mano tutta la popolazione italiana. Se riusciamo, attraverso questi 60-70 mila medici a creare una rete stretta di maglie che si occupano della popolazione nella sua totalità, abbiamo fatto un enorme passo avanti, perché riduciamo la spesa per la specialistica e per gli esami (il medico potrà discernere meglio se fare un esame o se non ve ne è ragione) e i ricoveri ospedalieri. Quindi, per me è essenziale per il futuro della sanità italiana riconsiderare l'aspetto e la funzione dei medici.

A questo riguardo con la regione Toscana abbiamo in programmazione e presto in corso un piano di rinnovamento dell'attività dei medici di medicina generale che consiste nel dare al medico di famiglia gli strumenti per fare la diagnosi. Infatti, quando parlo con loro, essi mi dicono che in teoria ho ragione ma non possono fare la diagnosi limitandosi a fare «toc-toc» con le dita, cioè con sistemi fuori dal mondo a livello diagnostico. Allora, il nostro programma, con l'assessorato toscano alla sanità, è quello di fornire ad ogni medico o ad ogni piccolo gruppo di medici - ecco una soluzione che in tutti gli altri paesi stanno creando: uno studio in comune per tre o quattro medici nel quale attrezzarsi meglio -

attrezzature adeguate. Abbiamo già preso contatto con grandi fabbriche di ecografi, uno strumento che deve essere a disposizione del medico. Si tratta dello strumento ad ultrasuoni che permette di esplorare semplicemente l'organismo (il fegato, la tiroide, i linfonodi, il seno, la prostata, i reni), in maniera non pericolosa, perché non utilizza raggi, trattandosi di una sonda che usa gli echi degli ultrasuoni che emette per costruire delle immagini. In un certo senso è il prolungamento delle dita: ogni medico è in grado di arrivare con le proprie dita fino ad un certo punto, mentre con l'ecografo può penetrare nel corpo. Lo strumento costa un po' di soldi ma credo sia necessario in futuro che ogni medico di medicina generale lo abbia a disposizione. Lo stesso vale per l'elettrocardiogramma, perché il 40 per cento dei pazienti va dal medico per problemi cardiaci o cardiocircolatori. Allora, con l'ecografo e con l'elettrocardiogramma il medico dopo aver visitato il paziente può fare una primissima valutazione di normalità, nel senso che se l'esito dell'elettrocardiogramma è normale è inutile mandare il paziente dal cardiologo; se invece c'è una piccola alterazione è giusto che venga affidato allo specialista. In questo modo viene fatta un'enorme selezione e il carico per gli specialisti si riduce del 70 per cento, con un grande risparmio economico.

Questa è la prima grande innovazione che vorrei introdurre sul territorio. La sperimentazione comincerà presto e secondo me questa è la via maestra che dobbiamo seguire.

La seconda è quella di distinguere in futuro gli aspetti diagnostici da quelli terapeutici. Perché gli ospedali funzionano male? Perché sono intasati da una quantità di persone che vengono non per la terapia, come dovrebbe essere, ma per la diagnostica. Ciò rende faticoso il lavoro organizzativo dell'ospedale. La nostra idea è quella di decentrare la diagnostica all'interno delle unità abitative, nella collettività, in modo che una persona che vuole controllare il proprio stato di salute o una donna che vuole fare una mam-

mografia non debbano fare 50 chilometri per recarsi in ospedale. Questo è il modo per fare una vera prevenzione, altrimenti queste persone, se sono sane, se stanno bene, non perdono una giornata per fare un esame di controllo!

Il concetto è quello di creare dei centri diagnostici, oltre agli ambulatori dei medici di famiglia, diffusi nel contesto della popolazione, lasciando all'ospedale una funzione strettamente terapeutica. Qui subentra la terza innovazione: « gli ospedali del futuro », un progetto che presenterò il 5 marzo, grazie ad una collaborazione con Renzo Piano, un architetto con grandi idee e con il quale ho lavorato intensamente in questi mesi. Si tratta di un progetto che riteniamo sia il più avanzato nel mondo, tanto che vi è grande attesa nei paesi europei per questa nostra presentazione. Tutta l'Europa, infatti, è in difficoltà per il sistema ospedaliero che è diventato rapidamente obsoleto e non riesce a stare al passo con l'evoluzione della medicina.

Il nuovo ospedale è solamente terapeutico e non diagnostico (ovviamente dispone di una diagnostica raffinatissima per i propri pazienti); deve avere un ricambio rapidissimo di pazienti con una degenza media di 4 giorni (oggi è di 8), riducendo così del 50 per cento la spesa, con una forte componente di rispetto per il paziente la cui centralità è alla base del progetto: si prevedono camere singole con bagno, come in un albergo. Se mi reco in albergo ovviamente non gradisco dividere la camera con qualcun altro ma desidero una camera per me, possibilmente con un piccolo bagno; non vedo perché questa non debba essere una regola anche in un ospedale che per certi aspetti è un albergo che fornisce anche un trattamento. Tra l'altro i costi non sono diversi rispetto a quelli dei « cameroni » con quattro o otto letti e un solo bagno, cosa da medioevo (forse non sapete cosa sia la sanità italiana in alcune aree depresse). L'ospedale deve dare al paziente la dignità di sentirsi, in un momento di bisogno, trattato meglio e non peggio. Siamo eredi di una cultura pietistica della medicina; il concetto dei

secoli scorsi è il seguente: sei sfortunato, però noi siamo buoni e ti curiamo, siamo caritatevoli e ti diamo una mano, quindi accontentati e non protestare. Questa idea si deve capovolgere: il paziente vive un momento di sfortuna, ha una malattia e noi dobbiamo fare uno sforzo per essere solidali con lui. Questa è la visione del nuovo ospedale, che deve anche avere costi limitati.

A parte l'enorme avanzamento tecnologico e l'informatizzazione globale (il paziente sarà in rete con le sue caratteristiche e i suoi dati), abbiamo pensato ad un'area di alto livello di assistenza, per i giorni che seguono all'atto chirurgico, per la terapia forte con sostanze chimiche, per la radioterapia intensiva, eccetera. Ma passato tale momento di elevato livello di assistenza, pensiamo di spostare il paziente in una specie di *residence low care* a basso costo. Adesso, infatti, vi è purtroppo una condizione bizzarra, nel senso che, una volta operato, per due giorni il paziente ha bisogno di stare in un ambiente molto protetto, ma poi, siccome non ci fidiamo di mandarlo a trecento chilometri di distanza, o a casa sua, continuiamo a tenerlo nella stessa stanza, per altri cinque o otto giorni, a far niente, nonostante a volte si paghino cifre giornaliere molto alte. Pensiamo quindi di spostarlo in un edificio accanto, dove è a disposizione in caso di una piccola complicazione o da dove può essere richiamato in un minuto, se si vuole. Per il paziente questa sorta di *residence* non solo non costa ma gli garantisce un soggiorno migliore, perché si trova in un ambiente gradevole dove può muoversi, dove, per esempio, può andare al ristorante per conto suo.

È questa, a grandi linee, la concezione del nuovo ospedale che abbiamo in mente e che presenteremo presto. Naturalmente, tutto ciò deve essere poi verificato a livello regionale. Il problema, infatti, è sempre lo stesso: noi possiamo avere le idee ma se le regioni non le accettano o ne hanno altre, non possiamo farci niente, perché l'aspetto esecutivo è sempre ad esse che

compete. In qualche maniera, bisognerà cercare di convincerle a trovare una linea intelligente di accordo.

Come ho detto, ho citato alcuni esempi del piano nazionale, senza descrivere, articolo per articolo, tutta la fase di attuazione della realizzazione. Vi assicuro, comunque, che siamo nei tempi per quasi tutto, perché se ancora qualche atto di coordinamento è in fase di attuazione, il grosso della riforma è stato delineato. Del resto, il piano sanitario nazionale triennale è stato redatto puntualmente. Al riguardo va detto, però, che abbiamo avuto un problema, perché il piano contempla anche i progetti-obiettivo, cioè progetti di particolare rilevanza che meritano un interesse e un'attenzione speciali. Abbiamo dovuto limitarci a riconfermare i progetti-obiettivo del piano precedente perché sono partiti tutti in ritardo. Il bellissimo progetto-obiettivo sulla salute mentale - do atto a chi mi ha preceduto di averlo fatto molto bene -, che è essenziale perché nel paese, come in tutto il mondo occidentale, vi è un enorme disagio mentale, è stato ideato nel 1998 ma approvato alla fine del 1999, quindi un anno prima della scadenza del piano triennale. È adesso, quindi, che comincia a muovere i primi passi, in quanto i primi mesi, come sappiamo, sono organizzativi. L'ho quindi prorogato, come è ovvio, per tre anni. Lo stesso vale per il progetto materno-infantile e per quello per gli anziani, che mi sembra non sia stato ancora neanche approvato. Questo per dire quali sono i livelli di absurdità: siamo in ritardo e approviamo un piano triennale quando ormai è scaduto il triennio di riferimento! Non so cosa si possa fare per semplificare le procedure, ma devo dire che mi sono trovato molto a disagio perché come chirurgo sono abituato a decidere la sera e ad operare la mattina dopo. Però credo sia giusto sentire il parere di tutti e concertare le azioni.

PRESIDENTE. La ringrazio, signor ministro. Mi sembra, per riassumere il suo intervento, che il paese debba iniziare a modernizzarsi partendo dalla sanità e,

soprattutto, dai territori. Anche le sue considerazioni in merito alla distrettualizzazione, alla rivalutazione e implementazione della medicina di base sono molto interessanti e credo debbano trovare sensibilità e accoglimento nei piani sanitari regionali. Il problema vero, quindi, è quello della stabilità politica, che dovrebbe essere più o meno risolto dall'elezione diretta. Auguriamoci che sia così.

SALVATORE LAURO. Desidero anzitutto ringraziare il ministro per averci parlato in maniera molto chiara, non in «politichese». Molte delle cose che ci ha detto, noi le avevamo dette in aula allorché contrastammo, in un certo modo, la riforma. Credo, infatti, che dobbiamo guardare al futuro, non al passato.

Circa la tempestività, signor ministro, lei sa che nelle nostre regioni, soprattutto del meridione, le liste d'attesa per eseguire normali accertamenti sono lunghissime. Eppure vedo, nella Tabella 2, che i piani sanitari regionali non sono stati approvati né dalla Lombardia, né dalla regione Campania. Però, mentre nella Lombardia le cose vanno abbastanza bene, in Campania vanno assolutamente male. Conseguentemente, si riscontra questa differenza di velocità tra il nord e il Mezzogiorno. Federalismo significa mettere insieme le regioni, non dividerle e dire loro cosa devono fare. Allora, quanto dice il ministro Visco, cioè che le regioni spendono molto per la sanità, non rientra nel principio del federalismo. Mi auguro, quindi, che il ministro della sanità veda il problema in maniera opposta al ministro Visco, perché dire dal centro quanto dovrebbe spendere una regione è esattamente il contrario di ciò che dovrebbe essere.

Vorrei poi evidenziarle, signor ministro, il problema delle isole minori, sul quale sono intervenuto spesso e che oggi è oggetto di discussione nella commissione d'inchiesta che si è riunita ad Ischia. Le isole minori non vengono salvaguardate dalle regioni, per cui sarebbe dovuto intervenire il ministero, sulla base di ordini del giorno approvati in assemblea.

Ma per le isole minori ciò non è mai stato attuato, soprattutto per quanto riguarda la telemedicina, a proposito della quale, mentre il ministro della sanità fa un progetto, il ministro della ricerca scientifica ne fa un altro. Dell'unico progetto di telemedicina già attuato nel Golfo di Napoli, mi pare che se ne siano perse le tracce.

Per quanto riguarda l'elettrosmog, problema anche delle isole minori (l'ho posto al ministro della sanità e stamattina mi ha risposto il sottosegretario Fumagalli Carulli), sembra che riguardi più l'ambiente che la sanità e il rischio per le persone. Anche su questo mi pare che sul piano sanitario vi sia poca cosa. Non vorrei che l'aspetto ambientale venisse considerato di più di quello sanitario. Se così fosse, non saremmo d'accordo.

A proposito poi della cosiddetta mucca pazza, nel 1999 nell'area della provincia di Napoli vi è stato un caso accertato di cui hanno parlato i giornali. Se ne parlò e ricordo che il direttore de *Il Mattino* lo fece anche in televisione. Ma di quell'accertamento non se ne è saputo mai niente. Ho rivolto un'interrogazione al ministro e spero di avere presto una risposta, perché vorrei capire cosa abbia fatto la ASL locale.

EUGENIO DUCA. La ringrazio, signor ministro, per il taglio che ha dato a questa audizione e per le innovazioni che indubbiamente il suo ministero sta portando avanti, grazie anche al fatto che il Parlamento ha approvato una riforma importante che il collega Lauro non può condividere, contrastando egli una sanità che si rivolga a tutti i cittadini, cioè che faccia sì che lo Stato pensi per tutti i cittadini, mantenga una sua universalità, indipendentemente dal portafogli, dall'assicurazione privata.

Voglio raccontarle un fatto personale, signor ministro, che mi è accaduto il 5 gennaio di quest'anno. Ho acquistato dei medicinali per mio figlio, e dopo che il farmacista aveva confezionato il pacchetto e mi aveva dato la bustina, ero pronto a pagare. Ma lui mi si è rivolto in un modo

un po' ironico — probabilmente mi ha riconosciuto — e mi ha chiesto se non sapevo che le medicine non si pagavano più. La cosa mi ha particolarmente colpito, soprattutto quando all'uscita ho incontrato una coppia di anziani — lui un pensionato del cantiere navale, lei un ex commerciante che percepiva una modesta pensione — che mi hanno ringraziato perché loro avevano ricominciato a curarsi. Questo per dire che ciò che abbiamo fatto in questi anni, in particolar modo con l'ultima finanziaria, che ha messo in moto una speranza, un consenso, una fiducia nei confronti dello Stato che non possiamo minimamente indebolire. Quindi, le linee che lei ha qui indicato, cioè la tempestività, la prevenzione, la specializzazione ospedaliera e il *comfort* che i clienti dell'ospedale devono trovare, a mio avviso vanno nella direzione giusta, sono elementi di civiltà, speranze che questo Governo e il Parlamento hanno dato ai cittadini del nostro paese. La invito quindi a proseguire, quest'anno o nei prossimi cinque, con questo taglio della politica sanitaria.

Vorrei poi approfittare di quest'occasione per rivolgerle due domande. Una riguarda gli istituti di carattere scientifico che, pur in presenza di leggi di decentramento, hanno mantenute accentrato, in modo anche un po' sbilanciato, competenze in regioni che non hanno strutture sanitarie. Le faccio l'esempio dell'IRCA, che ha la struttura amministrativa a Roma, mentre le strutture sanitarie sono allocate in tre regioni diverse dal Lazio. Finora, i tentativi che abbiamo fatto non hanno responsabilizzato proprio le regioni in cui gli istituti operano.

Credo che lei, signor ministro, abbia senz'altro seguito una vicenda abbastanza squallida da un lato e pericolosa dall'altro e cioè quella del piromane o dei piromani di Ancona. Come deputato di quella città, so che il danno è stato immenso, compreso quello economico dovuto all'aumento delle spese di vigilanza, ai turni massacranti dei vigili del fuoco — che ormai devono presidiare esclusivamente le strutture sanitarie, con trasferimenti da

altre sedi — e delle forze dell'ordine impegnate in modo massiccio. Vi sono indagini della magistratura e abbiamo piena fiducia che, quanto prima, riesca ad individuare i responsabili.

Però questa particolare vicenda, oltre al danno economico, ne ha prodotto uno di carattere psicologico nei malati, nel senso che oggi quando il medico, fatta la diagnosi, chiede il ricovero, non si sa se il paziente abbia più paura della malattia o del ricovero.

So che la regione Marche ha avanzato una precisa richiesta al ministero ed in effetti vi è bisogno di un aiuto particolare dello Stato, altrimenti si corre il rischio che le conseguenze di questo sciagurato modo di diventare famosi (non so cos'altro potrebbe animare la mente di questi piromani) gravino sulla struttura sanitaria anconetana con il rischio che si debbano tagliare prestazioni di tipo preventivo.

TARCISIO ANDREOLLI. Desidero in primo luogo esprimere apprezzamento per ciò che ha detto il ministro del quale abbiamo « bevuto » le parole, che anche a noi semiprofani dicono che finalmente stiamo imboccando la strada giusta. Anche io sono convinto, come il collega che mi ha preceduto, che in fondo ciò è frutto della legge che è stata approvata, in polemica con l'opposizione che afferma che il piano è ottimo ma le leggi a monte sono sbagliate. Vorremmo capire come si possano conciliare due aspetti così contraddittori.

Signor ministro, sarebbe auspicabile ascoltarla per ore per conoscere i contenuti del suo piano che affronta temi di grande interesse per tutta la società, però le voglio rivolgere due domande puntuali.

Il piano ha dei costi: ci sono le coperture sufficienti per farvi fronte, o si tratta di un progetto di buone intenzioni non supportato da adeguati strumenti finanziari?

Se non vado errato, ogni anno si deve ripianare il deficit delle finanze regionali e mi pare che questa volta si sia detto che ora che si è intervenuti per il passato le regioni devono far fronte con i propri

introiti (è cambiato il sistema di finanziamento della sanità) in modo da evitare che ogni anno le regioni vengano a « piangere » a Roma dicendo « Abbiamo le competenze, ma non abbiamo i soldi ». Anche da questo punto di vista, cioè per quanto riguarda il raccordo fra centro e periferia (lei ha precisato che occorrono delle risposte perché è inutile fare dei piani se poi non sono condivisi da chi li deve attuare), c'è tranquillità o è necessario compiere altri sforzi?

VITTORIO PAROLA. L'intervento del signor ministro è stato molto interessante ed in esso ho colto anche un elemento al quale credo molto: l'uso della rete, che non è solo l'*E commerce* o il *business to business*, ma è una grande possibilità democratica. Se la concepiamo come un elemento di aumento delle relazioni, di connessione tra le funzioni complesse abbiamo un innalzamento complessivo di qualità del sistema, soprattutto delle parti che sono più indietro.

Anche questo elemento pone il problema dell'esistenza di un centro e una periferia, nel senso che vi sono dei territori ed un coordinamento che deve avere la capacità di dare gli impulsi giusti e quindi di stimolare laddove occorre e di selezionare, anche in termini negativi, rispetto a ciò che non deve passare.

Mi convince anche il taglio del documento che parte dal problema, dal paziente, dall'utente.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse, credo che buona parte di esse possa venire dal sistema stesso, perché se non cadiamo nella trappola pubblico-privato, centro-periferia, ma andiamo al fondo dei problemi, vediamo che c'è una grande inefficienza del sistema complessivo, per cui, anche attraverso la rete, il confronto e le relazioni, è possibile andare verso un rapporto diverso.

Credo anche che le questioni che riguardano l'economia possano essere affrontate da un altro punto di vista. Ritengo, ad esempio, che se riuscissimo ad avere su questo terreno, che investe le biotecnologie, la ricerca, la genetica,

un'etica complessiva che parte non dalle ideologie ma dalla pratica, dalla prassi, dai problemi, attueremmo una misura di grande valore anche economico, perché se non rompiamo le stagnazioni probabilmente non riusciremo a liberare le risorse necessarie.

Il mio medico è il segretario generale della FING, Mario Falconi, e so che vi è una disponibilità, anche se i problemi cui lei ha fatto riferimento sono aperti.

Ad Ostia, dove vivo, si sta attuando l'ospedale domiciliare per i malati terminali, un'esperienza molto interessante. È questa una delle esperienze che si stanno portando avanti e che devono essere messe in rete a livello territoriale, creando una relazione tra bisogni e risposte.

Sono convinto che se partiamo dai problemi e dal paziente, avendo fiducia in esso, possiamo fare grandi passi avanti.

Signor ministro, la ringrazio anche a titolo personale. Purtroppo ho perso un bambino di 12 anni per un astrocitoma del quale ha sofferto per dieci anni, durante i quali ha resistito; un bambino che non aveva più alcuna possibilità ed era sorretto soltanto dal respiratore; lei può capire quanto io, che pure non sono un « uomo di chiesa », abbia pregato perché mancasse. Ebbene l'uso della morfina fatto in modo serio credo rappresenti un passo gigantesco non solo per i malati ma anche per le famiglie. È scritto nella Bibbia « partorirai con dolore », però non credo che questo sia un assioma di cui dobbiamo farci portatori.

GIORGIO SARTO. Ringrazio il ministro per avere connotato la riforma sanitaria e il piano sanitario di concretezza da una parte e di un orizzonte civile rispetto alla centralità del malato dall'altra, unendo modernità e centralità della persona.

Credo che il principio europeo di precauzione sia stato manifestato anche nella vicenda « mucca pazza », così come quel principio di concretezza e laicità è stato espresso, ad esempio, su come affrontare le tossicodipendenze o sulla drammatica questione accennata

dal collega Parola dell'attenuazione del dolore.

Ribadito l'orizzonte civile che ci ha posto il ministro, desidero segnalare solo una questione particolare. Nel 1996, alcuni parlamentari al Senato hanno rilevato una lacuna nella legge tradizionale sull'esposizione all'amianto. Era molto chiaro l'obbligo della sorveglianza sanitaria, ma vi era stata una dimenticanza nell'esplicitare che tale sorveglianza è a carico del servizio sanitario nazionale. Così le varie regioni hanno situazioni molto diverse (il Veneto è più avanzato, altre meno) e si è dimostrato (nelle esperienze di Padova e Verona) che intercettare per tempo, tramite la sorveglianza, patologie tumorali ed altre è di estrema importanza. Nella finanziaria del 1998, il ministro Bindi ha garantito che nel piano sanitario, senza ricorrere ad un emendamento, sarebbe stata colmata quella lacuna. Però ho visto che, mentre sul versante degli esami relativi a patologie tumorali, si è affermata la gratuità, rimane un vuoto nell'esplicitare che, ad esempio, tutti gli ex esposti all'amianto sono a carico del servizio sanitario con le sue articolazioni locali. Questa lacuna è evidenziata anche dal fatto che i disegni di legge che purtroppo temo non arriveranno a termine prevedono di colmarla. Chiedo al ministro se nel piano sia previsto o sia comunque possibile chiarire la questione.

GUIDO DONDEYNAZ. Desidero rivolgere al ministro una rapidissima domanda, dopo averlo ringraziato.

I due punti che connotano il piano guardano al futuro, ciò che è indispensabile ogni volta che si vuole procedere in avanti. Non avere una visione del futuro significa, molte volte, camminare senza un obiettivo preciso. Concordo sulla parte relativa al decentramento.

Lei, signor ministro, ha fatto riferimento alla presentazione che farà il 5 marzo insieme con l'architetto Piano. Sono molto interessato a conoscere la sua opinione su questo tema: è pensabile che le attuali infrastrutture ospedaliere siano riconvertite o occorre partire con un'ope-

razione generalizzata di costruzione di nuove infrastrutture ospedaliere?

UMBERTO VERONESI, *Ministro della sanità*. Ringrazio gli interlocutori che hanno avuto parole di stima nei miei riguardi e di apprezzamento del mio lavoro. Avrei voluto stare con voi molto più a lungo perché la sanità è un universo e riguarda gran parte della nostra vita, dalla biologia, agli aspetti più applicativi.

Partendo dalle ultime osservazioni, posso dirvi che la vicenda dell'amianto è una catastrofe che ha preso la popolazione del mondo occidentale in contropiede perché nessuno immaginava che potesse avere effetti così gravi. Chi ha vissuto in Piemonte e conosce la situazione di Casale Monferrato dove esisteva l'Eternit sa cosa ha significato l'amianto. La tragedia dell'amianto sta nel fatto che si tratta non di un potentissimo cancerogeno ma di un cancerogeno che quando agisce provoca dei mesoteliomi che purtroppo non sono curabili. Abbiamo un progetto amianto ed una commissione amianto e gli aspetti dell'assistenza agli ex esposti sono ormai in una fase di inclusione nei nostri obiettivi assistenziali. La tragedia è che l'amianto richiede interventi di prevenzione, di eliminazione della sostanza da tutte le strutture in cui si trova, che sono ancora tantissime. Per fortuna quando è chiuso, sigillato e ben protetto non si diffonde molto nell'atmosfera per cui possiamo stare relativamente tranquilli, anche se tutto può succedere e non possiamo fidarci solo di questa indicazione. C'è un progetto amianto che richiede tempi molto lunghi perché, come sapete, l'amianto è un po' ovunque, non c'è fabbricato in Italia per il quale non sia stato usato l'amianto che è un fantastico difensore dal fuoco. Su questo stiamo lavorando, come su tutta la cancerogenesi ambientale. Sono stato tra i primi ad eliminare le ammine aromatiche nelle industrie di coloranti della Val Bormida dove vi era stato un disastro per quanto riguarda i tumori della vescica, per la βnastilamina; ho combattuto il benzene

nell'industria delle calzature dove abbiamo avuto una quantità enorme di leucemie; però il benzene adesso è ricomparso sorprendentemente nella benzina verde e questo è un grosso guaio che però mi pare, nonostante noi continuiamo a « sventolare » il pericolo, non venga recepito. La gente si concentra più sull'aspetto, molto marginale dal punto di vista del rischio, delle onde elettromagnetiche che, per i nostri studi, non sono molto importanti. Vi dico francamente che è un falso problema sul quale è montato un gigantesco polverone come se fosse un problema importante. I pochi studi che conosco benissimo (ho passato la mia vita a studiare la cancerogenesi da radiazioni) e che dimostrano qualche caso di leucemia forse in più o forse in meno non sono molto affidabili, né sono fatti con molta correttezza, in quanto non tengono conto dei fattori di confusione. Le leucemie infantili sono per loro definizione, dal punto di vista epidemiologico, dei *clusters*, nel senso che vi sono delle concentrazioni di gruppi di leucemie sorprendenti qua e là in tutta Europa al punto che si sarebbe quasi a favore di un'ipotesi virale, almeno per una parte delle leucemie (vi sono grossi studi a questo riguardo). Se la sfortuna vuole che un gruppo di casi di leucemia si riscontri vicino ad un trasmettitore, è facile dargliene la colpa, anche se non è stata fatta un'analisi intelligente sui fattori di coincidenza. Inoltre non è stato valutato il rischio di leucemia da radon, cioè dalle particelle alfa che sono nell'atmosfera di molti fabbricati, soprattutto nei piani più bassi, dove vi è un'eliminazione di radon dal gas che è il risultato della radioattività naturale di molti materiali da costruzione, come i graniti. Allora, se l'aria è molto pulita il radon respirato esce (sono particelle come quelle dell'uranio impoverito, particelle radioattive tipo alfa, atomi di elio), ma se c'è un po' di polvere essa concentra il radon e si fissa nell'albero polmonare tracheobronchiale ed ecco che vi è il rischio di tumori polmonari o, se va in circolo, anche di leucemie. Dico questo per sottolineare che la cancerogenesi am-

bientale è molto complessa ed è difficile cercare di isolare un unico elemento di cancerogenesi trascurando gli altri.

Sono un po' sorpreso nel vedere che ogni tanto ci si concentra su un punto perché « monta » un'ondata popolare, misteriosamente alimentata da non so quali paure e si fa una legge specifica ignorando tutto il resto dei rischi che sono giganteschi.

Grazie, onorevole Duca, per i suoi commenti che ho apprezzato molto. In effetti il nostro piano triennale segue attentamente la legge, punto per punto. D'altra parte sono consapevole che il mio compito di ministro è quello di rendere esecutive le leggi e non di pensare di intromettermi in aspetti legislativi.

Si è parlato dell'IRCA, l'istituto di ricerca per gli anziani. Siamo in una fase di conclusione della legge di regolamentazione, ma siamo stati per otto anni senza leggi. Tutti questi istituti sono stati commissariati e i commissariamenti sono stati una vera catastrofe nel mondo dello sviluppo strategico della ricerca biomedica. Spero che l'iter della legge si concluda anche se è una legge imperfetta. Certo è che l'IRCA è il più anomalo dei 30 istituti a carattere scientifico perché ha molte sedi, alcune delle quali fanno ricerca ed altre no; vi è un buon nucleo ad Ancora, che conosco molto bene, diviso in tre o quattro punti diversi: la parte ospedaliera e quella di ricerca, mentre il « cervello » è in una terza palazzina vicino al mare (in queste ultime settimane è stato spostato dietro mia insistenza). L'istituzione va un po' rivista e riconsiderata perché sorprendentemente in questo ospedale si curano non solo gli anziani ma anche i giovani; vi sono divisioni di chirurgia generale che operano di tutto. Sono un po' sottosopra quando mi metto a guardare l'IRCA, che comunque ha fatto bene a citare perché lo sto guardando personalmente con molta attenzione.

Circa l'elettrosmog sono già intervenuto brevemente.

Per quanto riguarda gli incendi, sono senza parole; non riesco a capire e ad immaginare chi possa avere questa vio-

lenza, questa volontà di ritorsione, di rivalsa o vendetta e perché accanirsi contro il sistema ospedaliero. Credo che questa sia la prima volta che avviene un fatto del genere in Italia e in Europa. Tra l'altro non si riesce a scoprire e a prendere il responsabile, considerato che il suo obiettivo è circoscritto. Certamente anche noi possiamo fare qualcosa ma non so bene cosa; più che altri devono intervenire le forze dell'ordine. Forse lei ha idee migliori delle mie; io francamente sono sconcertato.

EUGENIO DUCA. Certamente non chiedo al ministero di dare una mano dal punto di vista investigativo.

Il fronte riguarda sei istituti diversi ed il problema è che attualmente la ASL sta spendendo molto per compiti estranei alla sanità, come la vigilanza ed il controllo. Pensi che sono stati quadruplicati i turni di guardia dei metronotte!

Approfitto dell'interruzione per formulare una domanda che prima ho dimenticato. Lei ha parlato della tempestività e in questa ottica vorrei sottoporle il problema dei trasfusi. La legge è stata approvata da tempo, ma ancora non si vedono gli indennizzi.

UMBERTO VERONESI, *Ministro della sanità*. Le assicuro che la questione è al di fuori del mio controllo, perché l'Avvocatura dello Stato ha avvocato a sé questo compito e pur di non tirare fuori i soldi trova ogni volta un cavillo diverso. È probabile che lavori con assoluta correttezza, ma io al riguardo non ho alcun potere di intervento. Mi dispiace molto.

Infine, il senatore Dondeynaz mi ha rivolto una domanda sul piano ospedaliero che ovviamente è a lungo, lunghissimo termine. Non dimentichiamo che il 50 per cento dei nostri ospedali risale a prima del 1945 ed è quindi destinato ad

essere chiuso. Quindi una parte importante degli ospedali sarà totalmente rinnovata; altri saranno ristrutturati. Non penso che dobbiamo essere così radicali da dover applicare un modello unico in tutto il paese, anche perché sicuramente molti ospedali possono essere intelligentemente ristrutturati, come quelli degli ultimi 10 anni, alcuni dei quali sono molto buoni. Possiamo dire che un quarto degli ospedali italiani è buono; forse occorrerà correggere qualcosa ma comunque si tratta di ottimi ospedali.

Per il momento il piano è un po' ideale, però abbiamo avuto richieste da molte regioni (Campania, Toscana, Friuli) di essere le prime a materializzare il nostro progetto.

Mi è stato chiesto se questo sia un libro dei sogni o se abbia la possibilità di realizzarsi. Vi sono molti aspetti innovativi, alcuni dei quali sono improntati ad una semplificazione e riorganizzazione che dovrebbero portare a dei risparmi, considerato che vi sono troppi sprechi e troppe inefficienze. Se recuperiamo all'efficienza questo aspetto inutilmente costoso, possiamo reinvestire nell'innovazione i soldi che risparmiamo. Dovremo fare i conti molto bene, ma ritengo che alla fine anche il sistema informatico porterà dei vantaggi.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro e i colleghi e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.25.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la stampa
il 23 febbraio 2001.

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO