

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XII LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE TRASFUSIONI DI SANGUE IN ITALIA

2° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 12 LUGLIO 1995

Presidenza del presidente ALBERTI CASELLATI

INDICE

Audizione di una delegazione di rappresentanti delle Regioni

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 10 e passim	ABENI	Pag. 9
ANDREOLI (<i>Lega-Federal.</i>)	11, 12	BRAGHETTO	3
DIONISI (<i>Rif. Com. Progr.</i>)	14	CARRERI	5, 12
MARTELLI (<i>AN</i>)	12, 13	FERRARO	3
MODOLO (<i>Lab. Soc. Progr.</i>)	5, 11	PESSOLI	7, 13
PIETRA LENZI (<i>Pogr. Feder.</i>)	12	SCHIAZZA	10
TORLONTANO (<i>Pogr. Feder.</i>)	13		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, l'assessore alla sanità della regione Veneto Braghetto accompagnato dal dottor Ferraro; il dottor Schiazza e il dottor Crisci, funzionari della regione Abruzzo; la dottoressa Pessoli, funzionario della regione Emilia Romagna; il dottor Abeni, funzionario della regione Lazio; il dottor Carreri, funzionario della regione Lombardia.

I lavori hanno inizio alle ore 17,05.

Audizione di una delegazione di rappresentanti delle Regioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva in materia di sicurezza delle trasfusioni di sangue in Italia. Nel salutare gli ospiti intervenuti, li ringrazio per il contributo che vorranno fornire alla nostra indagine conoscitiva.

Invito il dottor Braghetto, assessore alla sanità della regione Veneto a prendere la parola.

BRAGHETTO. Signor Presidente, intervengo per una breve introduzione perchè, per una radiografia più puntuale della situazione del Veneto, ritengo sia più adatto il dottor Ferraro.

Desidero ringraziare la Commissione sanità del Senato per l'opportunità data alle regioni di esporre il proprio punto di vista su una materia così delicata e importante, in particolare per quanto riguarda la mia regione, la cui esperienza e la cui iniziativa in proposito ritengo siano degne di nota. Si tratta di un tema che ho già trattato in occasione del primo incontro tra le regioni ed il Ministro della sanità avvenuto la settimana scorsa, che riprenderemo nella riunione informale degli assessori che si terrà domani e che vorremmo riproporre in occasione della conferenza Stato-regioni del 20 luglio prossimo, in cui si affronterà complessivamente il tema della sanità.

Detto questo, io personalmente sono molto contento della responsabilità offerta alla regione Veneto di farvi conoscere l'esperienza altamente positiva da noi realizzata. Il Piano sangue e plasma regionale del Veneto è infatti uno dei più avanzati (è il terzo che facciamo); esso è stato approvato dal consiglio regionale per il triennio 1994-1996 nel dicembre 1994; inoltre, abbiamo disciplinato le attività trasfusionali con una nuova legge regionale nel novembre 1994. Questi sono i due atti, uno legislativo e l'altro amministrativo, con cui la nostra regione dà attuazione alla legge nazionale n. 107 del 1990.

Fatta questa breve premessa, ritengo più utile che il dottor Ferraro, in maniera più dettagliata, indichi quali sono gli aspetti fondamentali del Piano e quali gli atti più significativi ad esso riconducibili.

FERRARO. Signor Presidente, come ricordava l'assessore Braghetto, questo è il terzo Piano regionale e quindi può essere considerato una

continuazione dell'esperienza già avviata nel 1984 con il primo Piano sanitario, all'interno del quale vi era un capitolo che riguardava il Piano sangue regionale.

La legge di cui ha parlato l'assessore abroga la precedente. Il Veneto si era infatti dotato, già nel 1977, di una prima legge di organizzazione del sistema trasfusionale; con l'ultima legge del 1994, la n. 65, l'organizzazione è stata adeguata alla legge nazionale n. 107 del 1990.

Il lavoro che si è avviato nel Veneto è tuttavia antecedente alla suindicata legge n. 107. In effetti, già dal 1987 avevamo un'organica convenzione con l'industria per la produzione di plasma derivati, che vengono utilizzati nelle strutture sanitarie pubbliche del territorio. La legge del 1990 ha confermato la volontà di raggiungere l'autosufficienza nazionale ed il terzo Piano regionale, tra i vari obiettivi che si prefigge, ha non solo quello di arrivare all'autosufficienza regionale ma di concorrere anche all'autosufficienza nazionale.

Riguardo al raggiungimento di questo obiettivo, esistono però delle difficoltà perchè manca il coordinamento per operare la necessaria compensazione in materia di sangue tra le diverse regioni. Per questo motivo riteniamo che la legge n. 107, anche se valida, vada adeguata nel senso di prevedere un'autorità nazionale di coordinamento del sistema in grado di operare anche la compensazione tra le regioni. Nel 1995 si è avviato il processo di aziendalizzazione delle USL e la legge n. 107 non è adeguata a tale innovazione; pertanto, se si ritiene il problema sangue di primaria importanza per lo Stato, bisogna derogare dalle norme di carattere aziendale o, se non altro, intervenire per evitare che ogni regione vada per conto proprio. Faccio l'esempio del Veneto: nella nostra regione vi è un esubero di alcuni prodotti. Dal momento però che la quota capitaria è indistinta ed è l'unico cespite di finanziamento per il servizio sanitario regionale non abbiamo fondi a disposizione per concorrere all'autosufficienza regionale, ma non sono previsti neanche meccanismi di compensazione che permettono uno scambio tra regioni dei prodotti plasmaderivati che ricaviamo con la lavorazione del nostro plasma dell'industria.

Da qui deriva la necessità di rivedere la legge n. 107 del 1990 per far sì che quel coordinamento oggi affidato all'Istituto superiore di sanità, che sicuramente svolge bene compiti scientifici ma che non può avere anche il compito di coordinare e gestire un tale sistema, venga affidato ad un altro organismo. Nel Piano sangue nazionale, approvato il 7 aprile del 1994, vi è anche un'indicazione in tal senso, che bisogna però rafforzare modificando la legge n. 107.

Si dice cioè che potrebbe essere l'Agenzia per i servizi sanitari ad aiutare gli organi ministeriali nella compensazione, non solo per quanto riguarda le emazie, ma anche per i plasmaderivati. Anche qui però ritengo sia necessario impegnare risorse, poichè se l'Agenzia o il Ministero non hanno risorse da destinare a questa compensazione credo sia impossibile attendersi dei risultati.

Attualmente, la nostra regione non è autosufficiente per l'albumina, di cui si fa un notevole uso. Nel Piano, obbligatoriamente, abbiamo attivato i comitati Ospedalieri per il buon uso del sangue e questi, dove vengono utilizzati, funzionano. Con tale azione, con l'informazione del personale a tutti i livelli, si cerca di contenere l'uso di albumina o

quanto meno, di attestarne il consumo a un livello che non sia più del doppio rispetto ai parametri Cee o a quelli indicati dall'OMS. Nel 1994 abbiamo avviato all'industria solo per la plasmoderivazione 52.000 litri di plasma; se l'azione di contenimento nell'uso dell'albumina darà nel triennio il successo sperato possiamo arrivare all'autosufficienza anche per questa specialità. Siamo in esubero, invece, per quanto riguarda il fattore VIII: rispetto ai consumi e al plasma che consegniamo abbiamo un saldo netto di circa 3.360 flaconi l'anno. Siamo inoltre in esubero per il fattore IX, di cui si può si fa scarso consumo: ne produciamo 19.769 flaconi e ne consumiamo poco più di mille l'anno. Questo prodotto infatti non ha mercato, di esso non c'è utilizzo. Ancora in esubero rispetto al fabbisogno è la produzione di gammaglobuline endovena; il saldo netto, in questo caso, è pari a circa 13.840 flaconi da 2,5 decilitri. Nel Piano sono previsti anche programmi speciali per produrre le gammaglobuline iperimmuni e se finirà col determinarsi un concorso con le altre regioni, le cose potranno essere fatte anche più velocemente e in modo più adeguato.

Nel Piano vi è poi anche un programma che riguarda la tipizzazione del midollo osseo, un'attività che già veniva svolta da alcuni servizi trasfusionali. Noi l'abbiamo organizzata e programmata nel triennio, investendovi risorse, pensiamo di concorrere all'iscrizione dei donatori di midollo osseo al registro internazionale. Al fabbisogno nazionale, pari annualmente a circa 100.000 unità, noi contribuiamo ogni anno con circa 5.000 donatori. Nel piano sono stanziati risorse per arrivare, nel triennio, a 12-15.000 donatori. Questa è una delle azioni speciali previste nel Piano, oltre a quelle di razionalizzazione del sistema, potenziamento del personale e istituzione del dipartimento trasfusionale provinciale, tutti strumenti che servono a utilizzare al meglio le risorse.

MODOLO. Quali sono i vostri rapporti con le associazioni di volontariato?

PRESIDENTE. Mi scusi, senatrice Modolo, ma per uno svolgimento più ordinato dei nostri lavori è forse preferibile ascoltare prima quanto i nostri ospiti hanno da dirci, per inserirci poi con le nostre richieste di chiarimento, domande e quant'altro.

CARRERI. Mi chiamo Carreri e sono funzionario medico della regione Lombardia. Innanzitutto ringrazio la Commissione sanità del Senato per averci invitato perchè, se sulla questione del sangue si dicono molte cose giuste, forse però alcune di esse vanno meglio precisate.

La regione Lombardia è autosufficiente *in toto* per il sangue e gli emoderivati, mentre per il plasma e i suoi derivati, nell'ultimo anno, abbiamo raggiunto la cifra di 108.000 litri a fronte di un fabbisogno di 130.000 litri. Durante il triennio del Piano 1995-1997 puntiamo a raggiungere l'autosufficienza regionale e a concorrere a colmare quei vuoti, quelle carenze che il resto del paese - come tutti sanno - lamenta.

La nostra prima legge regionale sul sangue risale al 1980; con essa venne istituito il Consorzio regionale degli emoderivati, nel tentativo, non ancora riuscito ma importante, di mettere insieme il volontariato (mi pare che la senatrice Modolo ponesse proprio questo problema), le

strutture trasfusionali e la sede di produzione dei plasmaderivati, che doveva essere l'Istituto sieroterapico milanese per il quale si ponevano anche problemi occupazionali. Le cose sono andate però diversamente dal previsto e in parte ci siamo trovati in difficoltà. C'è stato un primo Piano regionale sangue e plasma varato nel 1985, ve ne è stato un secondo nel 1990 e finalmente un terzo nel 1995. Questi Piani regionali di attuazione - e il primo Piano nazionale sangue e plasma è del 1994 - a mio avviso, sono importanti perchè fissano degli obiettivi ben precisi e individuano le risorse per raggiungerli, naturalmente col concorso indispensabile delle organizzazioni dei donatori di sangue. I donatori sono infatti presenti con loro rappresentanti nei dipartimenti di medicina trasfusionale e di ematologia che coprono tutta la regione, nel centro regionale emoderivati, che ha lo scopo di raccogliere il plasma e farlo lavorare, e nella commissione tecnico-scientifica che, a livello regionale, prende quelle decisioni di natura tecnica su cui la giunta e il consiglio regionale poi deliberano.

Noi, come dicevo, abbiamo predisposto il nostro secondo Piano triennale nel 1990, contemporaneamente quindi al varo della legge n. 107 e nel 1995 abbiamo dovuto rivedere alcuni aspetti organizzativi. Credo sia importante per la Commissione venire a conoscenza di queste esperienze e chi vi parla una certa esperienza ritiene di averla essendo un funzionario medico, responsabile dell'igiene pubblica dal 1973.

Credo che per raggiungere gli obiettivi che il Piano nazionale si dà occorranza alcuni elementi fondamentali: i donatori, la materia prima, i finanziamenti necessari per organizzare i servizi in modo idoneo; il poter lavorare il sangue senza vincoli monopolistici che creano problemi molto gravi sicuramente per quanto riguarda la capacità economica contrattuale, ma anche per quanto riguarda l'aspetto della sicurezza che è uno degli elementi fondamentali di tutto il lavoro che a livello regionale e nazionale cerchiamo di svolgere. Pertanto, se si perverrà da parte del Parlamento ad una revisione della legge n. 107, come regione Lombardia poniamo alcuni punti che ci sembrano essenziali: il primo è quello di una semplificazione dell'organizzazione dei servizi trasfusionali. Nella legge n. 107 del 1990 ci sono compiti che vanno ascritti alla responsabilità delle regioni, laddove queste funzionano. Il secondo punto è quello del trasferimento di tutte le strutture trasfusionali al Servizio sanitario regionale. Voi sapete che in una sola regione si è tentato, con difficoltà enormi, di trasferire le strutture trasfusionali dell'Avis; in tutte le altre questo processo o è appena iniziato o addirittura non è ancora stato avviato perchè vi sono problemi di date, vincoli, scadenze, dal momento che non si può trasferire nel 1995 una cosa che si doveva trasferire qualche anno prima.

Il terzo aspetto che va modificato è quell'articolo che crea, di fatto, una situazione di monopolio per quanto riguarda la produzione di plasmaderivati. Le nostre regioni devono avere cioè la possibilità, sulla base di precise regole stabilite dal Governo, quindi dal Ministero competente, di far preparare i derivati del plasma da quelle strutture nazionali, o della Comunità europea, che danno quelle garanzie di sicurezza che sono l'obiettivo primario del nostro sforzo di operatori sanitari e di pubblici amministratori.

Un quarto punto riguarda il ruolo del Ministero della sanità. Chi ha - come alcuni dei presenti - esperienze molto lunghe in materia sa sicuramente che noi non possiamo continuare in una situazione in cui tutti sono uguali, tutto è «malasanità», tutto non funziona, eccetera. Non è così! Ci sono delle realtà che hanno fatto degli sforzi, alle quali certe accuse non sono mai state mosse. In quelle realtà - mi permetto di dirlo come rappresentante della regione Lombardia - bisogna utilizzare quindi tutti gli strumenti che l'ordinamento rende possibili per attuare i piani, anche perchè, quando vengono distribuiti i finanziamenti, vengono distribuiti a tutti. Quindi ci sono situazioni che non sono - a mio avviso - più tollerabili.

L'ultimo punto, infine, riguarda il desiderio di sapere se nella eventuale revisione della legge n. 107 del 1990 è previsto anche un finanziamento per il raggiungimento dell'obiettivo dell'autosufficienza nazionale, perchè se noi continuiamo a spronare un cavallo zoppo non vinceremo mai la corsa. C'è quindi un problema iniziale molto importante che va affrontato.

Vorrei ora fare due osservazioni conclusive. La prima è che ci sono delle regioni in cui non c'è stato più un caso di infezione da HIV, o meglio nessun caso di AIDS, da trasfusione dal 1990. È noto che questo pericolo esiste sempre, e quindi la politica dell'uso del sangue va un po' rovesciata, ma nella regione Lombardia dal 1990 ad oggi non si è più registrato un caso di AIDS da trasfusione o da politrasfusione.

In secondo luogo, vorrei far notare che da noi tutte le patologie virali più conosciute, come l'epatite virale B e C, negli ultimi 5 anni, hanno avuto un crollo. Ciò vuol dire non solo che si è fatta un'opera di informazione e di educazione, ma anche che, laddove vengono eseguiti, i controlli funzionano, nonostante quella percentuale di rischio che nel campo della biologia e della medicina c'è sempre.

Quindi, credo che quando si fanno dei quadri disastrosi della situazione nazionale forse valga la pena di individuare le realtà in cui le cose invece non vanno così male, di capire come si sono raggiunti determinati obiettivi e come bisogna andare avanti nell'interesse non solo delle singole regioni ma nazionale, di stabilire a chi spetta il compito di intervenire laddove le cose non funzionano. Lì si deve intervenire e non commettere invece l'errore, come si legge in resoconti di consessi autorevoli, di sparare contro tutti perchè i Nas hanno individuato questa o quell'altra irregolarità.

La regione Lombardia è disponibile ad una sfida con il Ministro per sapere cosa hanno trovato i Nas, per vedere se ci sono responsabilità nostre, per capire se si deve intervenire laddove le cose non vanno oppure se alcune iniziative vanno invece sostenute e sviluppate.

PESSOLI. Anche il quadro dell'Emilia Romagna è quello di una regione che soffre i problemi dell'eccedenza, cioè di una presenza fortissima di donatori che, fin dal 1977, portò la regione ad adottare una legge regionale, per disciplinare i rapporti con le province e con le associazioni. Fin da allora infatti cercammo di trasferire agli enti ospedalieri i centri Avis.

Un interesse al settore è sicuramente nato, senza nulla togliere ai meriti dell'amministrazione regionale, sotto la spinta di una presenza

delle associazioni molto forte e molto determinata. Quindi vi è stata una situazione di eccedenza di sangue che per anni ci ha consentito di inviare sangue alle regioni che ne registravano la carenza. Oggi, fortunatamente, con il riequilibrio, almeno in termini di disponibilità di emazie, che si sta registrando a livello nazionale, si è venuto a creare, a livello di programmazione, il problema di ridurre queste eccedenze trasformandole in donazioni di plasma.

Pertanto, il secondo piano regionale sangue e plasma, varato per il triennio 1995-1997, indica la strategia per arrivare all'autosufficienza regionale, nell'ottica però di una partecipazione all'autosufficienza nazionale e questo non solo perchè lo prevede la legge, ma perchè comunque il livello di prodotto albumina necessario non lo raggiungiamo, mentre per le gammaglobuline siamo in situazione di eccedenza, per cui si tratta di far sì che questo nostro patrimonio diventi nazionale.

Si pone quindi un problema di *coordinamento a livello nazionale*. Il quadro che qui viene descritto è quello delle regioni che hanno abbondanza di sangue, manca l'interfaccia con le regioni che ne sono carenti ma non dovrebbe essere impossibile realizzare un amalgama in modo che la realtà nazionale sia più equilibrata; tale compito però può essere affidato alle singole regioni.

Il problema del coordinamento nazionale lo avvertiamo anche noi. Pertanto, rispetto alle esigenze di revisione, di reimpostazione della legge n. 107, non posso che essere completamente d'accordo, rimarcando una cosa già detta dal collega della Lombardia. Mi rendo conto che il sangue in quanto tale, come materia prima di derivazione umana, con tutti i problemi che comporta, richiede molta attenzione, però questa materia è ormai imbrigliata in una miriade di norme, amministrative e tecniche, emanate con decreti ministeriali. Se si considera che i Nas hanno contestato ad un medico - e ricordiamo che si tratta di medici - di non aver conservato per 12 mesi la registrazione relativa alla temperatura conservazione del sangue perchè lo prevede una disposizione ministeriale, tutto questo dà l'idea di come si stia un po' eccedendo. La sicurezza e la qualità della trasfusione hanno connotazioni mediche e cliniche di indagine che sono necessarie, ma bisognerebbe rivedere, ridisciplinare, sfortire o perlomeno dare il giusto peso alle norme che regolano il settore. Il controllo del sangue che si trasfonde ad un paziente è importantissimo ma si sta eccedendo, a mio avviso, con le limitazioni di carattere amministrativo. Alcuni medici trasfusionisti cominciano ad essere preoccupati e a chiedersi se sono medici o amministrativi: inoltre, un servizio oberato da mille adempimenti amministrativi richiede un aumento di personale.

Questa situazione sta creando veramente numerosi problemi: non si concorre così a migliorare l'azione sanitaria e non si incide con efficacia sulla sicurezza delle trasfusioni.

Un altro problema di rilievo, soprattutto per quelle regioni che hanno la situazione che abbiamo descritto, è che se è vero che il Piano di autosufficienza nazionale si realizza attraverso i singoli Piani regionali, è altresì vero che solo il Governo centrale, con decisioni coerenti e omogenee che tengano conto dell'esigenza nazionale, può rendere efficaci questi ultimi.

ABENI. Signor Presidente, mi differenzio in parte da quanti mi hanno preceduto in quanto la mia figura professionale è diversa. Io sono un tecnico ricercatore presso la regione Lazio e il mio contributo ai vostri lavori può riallacciarsi alla seconda parte dell'intervento del dottor Carreri, relativo alla valutazione del rischio infettivo trasfusionale, in particolare per quanto riguarda l'HIV.

Nel Lazio l'ultimo caso di AIDS dovuto a trasfusione di sangue risale al 1991. Indagini specifiche, anche indotte in questo periodo da inchieste parallele della magistratura volte ad approfondire informazioni che in parte erano già disponibili presso i centri trasfusionali, indicano una valutazione del rischio da HIV, nel periodo 1985-1994, di circa 1 caso su 300.000 donazioni, percentuale che sembra essere inferiore alla media nazionale riferita dal Ministro.

In particolare, è da segnalare un dato interessante, che tra l'altro corrobora le indicazioni già emerse a livello regionale e nazionale sull'importanza di orientarsi su donatori periodici: il rischio di infezione da HIV post-trasfusionale attualmente è di circa 1 caso su 200.000 per le donazioni occasionali, mentre è tre volte più basso, 1 su 600.000, per i donatori periodici. Questo è interessante perchè vuol dire che, con procedure adeguate e con una scelta accurata dei donatori, si può arrivare a livelli di rischio effettivamente bassi.

Riallacciandomi quindi all'intervento del dottor Carreri, posso osservare che sono essenziali finanziamenti e attività adeguate a orientare il mondo della donazione esclusivamente verso i donatori periodici.

Un'altra questione importante e in qualche modo preoccupante (ed io al riguardo ho qualche timore in più rispetto al collega della Lombardia) è che sta cambiando l'epidemiologia delle infezioni trasmissibili via sangue.

Il calo nella percentuale di infezioni da HIV in particolare ma anche di epatiti, registratosi alla fine degli anni Ottanta, inizio anni Novanta, rifletteva il fatto che i comportamenti prevalentemente a rischio (tossicodipendenze e omosessualità) erano riconoscibili e l'infezione da HIV in massima parte derivante da essi. Negli anni Novanta, invece, si è visto che l'infezione da HIV va diffondendosi nella cosiddetta popolazione generale: nel 1994, ad esempio, il 60 per cento delle nuove diagnosi di HIV riguardava donne che non avevano mai usato droga per via endovenosa; si trattava cioè di donne «normali», non tossicodipendenti, e le infezioni erano dovute a contatti eterosessuali. Nei maschi il fenomeno è più contenuto, ma la percentuale di crescita dell'infezione ha quasi raggiunto il 50 per cento, come constatiamo dal nostro sistema di sorveglianza. Ciò significa che i centri trasfusionali si trovano di fronte più persone che possono avere infezioni trasmissibili via sangue, le quali però sono molto meno riconoscibili dal punto di vista dei comportamenti a rischio. Pertanto, un altro punto importante, a mio avviso, è di investire o comunque spingere sulle procedure di autoesclusione, che in buona parte già resistono, far capire quanto sia importante che tali procedure vengano applicate omogeneamente e, se possibile, rigidamente. In tutti i quattro casi di infezione che abbiamo riscontrato ultimamente, si trattava di maschi che avevano contratto il virus attraverso rapporti sessuali, senza aver mai fatto uso di droga.

Altro fattore rilevante per la riduzione del rischio è il coordinamento dei centri trasfusionali attraverso sistemi informativi corretti, perchè potrebbe accadere che donatori esclusi da alcuni centri si rivolgano ad altri dove possono anche negare i fattori di rischio riconosciuti precedentemente. Pertanto, centri che garantiscano la riservatezza dovuta potrebbero fornire un buon livello di protezione aggiuntiva.

Due ultime questioni: la prima molto importante, spinosa e difficile, ma che comunque propongo, riguarda il fatto che ancora adesso le persone si rivolgono ai centri trasfusionali per ottenere *test* diagnostici che non vogliono chiedere esplicitamente. Qualcosa in più andrebbe fatto per riuscire a scindere l'attività propria trasfusionale dall'attività diagnostica. Nel Lazio ci sono disposizioni relative al virus HIV, ma è difficile applicarle a livello nazionale.

Infine, occorre rilevare che il bisogno di avere donazioni in più e donatori sicuri contrasta con l'atteggiamento tenuto negli ultimi mesi da diverse figure professionali, molto amplificato dai *media*.

Dai dati rilevati nel Lazio attraverso il sistema di sorveglianza, che ci dà il numero degli aspiranti donatori, si evince che da quando è scoppiato il caso della signora Patrizia C. all'inizio di marzo, fino alla fine di maggio, si è avuta una riduzione del 20 per cento degli aspiranti donatori rispetto allo stesso periodo dei due anni precedenti. Questo non è quello che si vuole.

SCHIAZZA. Mi chiamo Giancarlo Schiazza e sono qui in rappresentanza della regione Abruzzo. Mi sento molto a disagio poichè la mia è una delle regioni che ancora non ha attuato gli adempimenti previsti dalla legge n. 107 del 1990, per la quale già si parla di revisione e modifiche. Ciò non è avvenuto perchè l'*iter* del nostro comitato sangue, di cui pure fanno parte il dottor Colamartino e il dottor Jacone componenti della commissione nazionale sangue, è stato molto, molto claudicante e ha avuto riflessi negativi sulla stesura del Piano regionale. Ma le cose ora dovrebbero cambiare.

Sono venuto qui dimostrando coraggio perchè non ho molto da dire su quanto la mia regione ha realizzato. Come dicevo, però, le cose ora stanno cambiando poichè la regione, ormai da qualche mese, ha immesso nell'organico del settore sanità circa 15 nuovi dirigenti e penso sia orientata ad operare bene o quanto meno ad assolvere tutte le incombenze, tutti i compiti previsti dalla legge n. 107, compresa la pratica attuazione del suo Piano sanitario regionale, in cui è incluso il Piano plasma e sangue che la regione dovrà portare a termine, dettagliare ulteriormente e deliberare.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti i partecipanti, li ho ascoltati con grande attenzione e prima di lasciare la parola ai colleghi che intendono intervenire, mi sento spinto ad un'affermazione: sul versante sangue non c'è quasi problema. La mia non vuole essere affatto una provocazione, abbiamo avviato però l'indagine conoscitiva anche per capire cosa non va. Siamo dell'avviso che sia necessario modificare la legge del 1990 e ci apprestiamo a farlo. Può darsi che gli organi stampa abbiano esagerato riguardo al cosiddetto scandalo del sangue, ma noi vogliamo scoprire cosa nelle regioni non ha funzionato e perchè è successo quanto è suc-

cesso. Più che capire cosa è stato fatto, vorremmo capire cosa non è stato fatto. Vorremmo comprendere da cosa sono nati gli scandali e le situazioni che hanno provocato in Italia l'emergenza sangue.

Oggi la mia curiosità è in parte stata soddisfatta. Abbiamo sentito, infatti, che Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno un Piano sangue, ma abbiamo sentito anche che Lazio e Abruzzo non sono nelle stesse condizioni. La situazione in parte era già nota, ma io vorrei capire cosa non va e non cosa funziona. Vogliamo saperlo non per fare una questione di «malasanità», come si usa dire, ma per fare della «buona sanità». Sappiamo che le regioni di buona sanità ne fanno, non è quindi una vena polemica o provocatoria a muovermi, bensì il fatto che con l'indagine conoscitiva vogliamo capire più e meglio la situazione, così da approfondirla e arrivare ad una modifica della legge n. 107 del 1990.

MODOLO. Torno a chiedere qualche informazione sul volontariato. Vorrei sapere cioè se le regioni riconoscono le associazioni dei donatori, se queste associazioni esistono e come sono strutturate. Nel corso dell'indagine posta in essere come Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie abbiamo visto che molte associazioni di volontariato non sono regolari. Io volevo sapere dunque come le regioni le certificano, anche se, probabilmente, le associazioni irregolari sono altrove.

ANDREOLI. Come senatore di quella regione, desidero complimentarmi con l'assessore del Veneto e con l'esperto che lo accompagna, il dottor Ferrari, che hanno portato una testimonianza della grande generosità popolare; tutte le regioni dovrebbe seguire l'esempio offerto dal Veneto. Abbiamo poi sentito che anche in Lombardia si sono organizzati, con buoni risultati, per fare del loro meglio. Vi esorto pertanto a fare da traino rispetto alle altre regioni, diffondere il buon esempio, la capacità propositiva, per indurle ad imitare le vostre esperienze. In sede di Conferenza Stato-regioni avete l'obbligo morale di porre tutte le regioni d'Italia di fronte alle loro responsabilità. Come giustamente osservava il dottor Carreri, ci sono senza dubbio anche responsabilità del Ministero che non può distribuire sovvenzioni a pioggia, non può premiare sempre chiunque, perchè in questo modo chi ha operato bene finisce col sentirsi umiliato. Anche se chi agisce bene lo fa per la salute della gente, è ora di differenziare, di premiare, di incentivare le regioni che operano correttamente e per le quali gli impegni sono sempre di più. Non chiedo che le regioni che operano meno bene siano penalizzate, occorre però individuare le responsabilità di quei dirigenti che non riescono a stare al passo, di quei funzionari che non riescono ad eseguire i compiti loro assegnati. Raccomanderemo al Governo, al Ministro di individuare queste responsabilità, perchè è ora che si operi in modo qualitativo per premiare chi merita e tirare le orecchie agli altri.

Il monopolio, argomento sollevato dal rappresentante della Lombardia, è sempre pericoloso. Ho un'ultima esortazione da rivolgere ai rappresentanti del Veneto e della Lombardia, regioni che sono all'avanguardia.

PIETRA LENZI. Anche l'Emilia Romagna ha operato bene.

ANDREOLI. Stavo proprio per portarla ad esempio. In molte province dell'Emilia è stato introdotto l'uso della telematica. Ci si è organizzati cioè con dei tesserini magnetici, grazie ai quali si può fare di tutto. Occorre esportare in Veneto, in Lombardia, in tutta Italia l'uso dell'informatica nel settore sanitario, anche nell'organizzazione del prelievo del sangue, perchè così si può avere in fretta una mappa della situazione e un maggiore controllo, nonché la possibilità di contribuire alle necessità che si pongono a livello nazionale. Anche per quanto riguarda la solidarietà fra regioni, infatti, la telematica e l'informatica sono importanti.

Quando decideremo di porre in essere un'azione in questo senso, capiremo che in Italia le cose stanno cambiando. Controllare da un punto di vista telematico la contrattazione negli acquisti e negli appalti significa decidere che le cose devono essere fatte con precisione, che non si può più scherzare. Introducendo la telematica come hanno fatto in Emilia Romagna, inoltre, potremo arrivare anche a quel coordinamento nazionale che voi auspicate.

MARTELLI. Penso che magistratura e stampa abbiano esagerato il problema che, anche a causa di norme legislative estremamente complicate, riguarda l'intero paese in tutte le sue sfaccettature. I medici sono diventati dei burocrati anzi, come diceva il collega Xiumè, dei caporali, soprattutto quelli trasfusionisti. Qualcosa dunque andrebbe fatto, su questo non c'è dubbio.

Stamattina ho sentito dire che in realtà il fabbisogno di sangue in Italia, grazie a chi dà di più, è coperto con 1.200.000 unità. Di fatto, però, la quantità disponibile è minore perchè 300.000 unità, cioè circa il 10 per cento di quanto produciamo, vengono buttate via.

CARRERI. Non è esatto. È delicatissimo questo passaggio, ma si chiarirà.

MARTELLI. L'AVIS però presenta e conferma questo dato. Ebbene, io voglio sapere da voi che funzione dovrebbe avere l'AVIS, che dice di produrre ancora il 70 per cento del sangue in questo paese, tramite le donazioni; poi però viene fuori che ne vengono buttate 300.000 unità! Abbiamo un monopolio che - siamo d'accordo tutti - non dovrebbe esistere; però poi l'AVIS compra dall'estero senza le garanzie che si dovrebbero avere. Perchè dunque dobbiamo andare a comprare in paesi dove sappiamo che non ci sono controlli quando siamo autosufficienti? È allucinante che questo succeda, perchè se è vero che nei confronti delle regioni inadempienti lo Stato non può fare niente perchè hanno troppa autonomia, quando queste diventeranno più efficienti avremo noi un surplus di sangue. Tuttavia fino a quando non troveremo il modo di penalizzare le regioni inadempienti, non potremo fare niente. Come possiamo, secondo voi, ottenere un tale risultato?

PRESIDENTE. Esiste il potere sostitutivo!

MARTELLI. Mai esercitato, anche perchè il Governo centrale, in realtà, non è in grado di farlo. Comunque il problema, per quanto riguarda gli emoderivati, è capire per quale motivo non si trova un qualcuno in ogni regione in grado di utilizzare il sangue in esubero - e che perdiamo - senza dovere andare all'estero, ma lavorando in casa propria. Per quale ragione dobbiamo accettare questo monopolio?

PRESIDENTE. Occorre riformare la legge n. 107 del 1990, cioè rivedere le regole e questo dobbiamo farlo noi.

TORLONTANO. Signor Presidente, bisognava fare soltanto delle domande, ma siccome si sono fatte anche delle considerazioni, qualcuna voglio farla anch'io, oltre a chiedere alcune cose. Ricordo che la legge n. 107 del 1990 in gran parte non è stata applicata. È chiaro che dopo cinque-sei anni alcune norme sono superate e quindi ci vuole una rettifica, ma è altrettanto chiaro che qualcuno vuole buttare via tutto perchè dietro ci sono altri interessi. In alcune regioni, ad esempio, si è riusciti a ridimensionare il numero dei centri trasfusionali; in Emilia Romagna questo è successo, per cui si è arrivati a 12 centri.

PESSOLI. Però ci stiamo già pentendo!

TORLONTANO. Intanto c'è il problema del plasma. Sembra che attualmente si parli di 800.000 litri di plasma necessari, mentre in realtà, se ci fossero i protocolli, si potrebbe ridurre tale necessità. C'è poi un eccesso di uso di albumina che non è giustificato: dobbiamo smettere di sprecare. Nei casi in cui si verifica lo spreco di sangue, che viene buttato perchè non viene utilizzato, chiedo quale incentivo di compensazione è stato attuato. Molte regioni non hanno fatto niente, molte hanno fatto qualcosa solo sulla carta, pur avendo delle strutture che potrebbero essere un esempio per le altre. Così si crea un clima ostile nell'ambito dello stesso governo della regione, infatti, non è detto che uno che ha qualcosa da dire debba poi necessariamente star zitto (vedi, ad esempio, il Movimento 14 luglio).

Vorrei sapere, inoltre, quanto incidono le plasmaferesi sulle donazioni. So che le emazie sono molto costose per cui bisogna fare i conti con i costi, ma tutto ciò è realmente necessario? E in che termini?

Voglio chiedere poi alle regioni che si stanno avvicinando all'auto-sufficienza se utilizzano il plasma ricavato dalle unità di sangue oppure se devono ricorrere all'emaferesi e in che quantità.

Si è poi accennato alla telematica. In tal senso, si potrebbero fare tante cose. Si potrebbe realizzare una rete telematica per i trapianti e poi magari un'altra indipendente per il sangue, o forse ne basterebbe una sola. Occorre tuttavia, fare attenzione perchè in Italia può capitare di tutto. La rete telematica è già stata studiata a livello nazionale, è chiaro però che l'Istituto superiore di sanità non può predisporla per quanto concerne la parte clinica e per questo è quindi importante che ci siano i centri regionali.

Questa rete può essere un esempio per tanti altri settori, per il sangue così come per i trapianti di organi. Infatti, non abbiamo ancora una gestione nazionale degli organi, con tutto quello che ne segue.

Voglio poi fare i miei complimenti alle regioni che vanno bene, ma mi chiedo innanzi tutto se si crede ai bacini di utenza, che pure erano previsti da un articolo della legge n. 107. Per esempio, alcune regioni se ne sono totalmente disinteressate, per cui, a distanza di anni, quella disposizione resta volutamente inapplicata perchè ci sono gli interessi di tanti piccoli primari che altrimenti dovrebbero cedere le armi. Il Veneto è sceso a 12 centri; la Lombardia non so quanti ne abbia, ma credo quanti ne ha il Veneto: vorrei sapere da voi se credete possibile avere dei bacini di utenza di 400.000 unità come minimo o se ritenete la questione superata.

Vorrei quindi conoscere meglio la situazione, perchè si pone anche un problema di costi e di personale. Infatti, con il blocco delle assunzioni, se non c'è mobilità e se non si potenziano le strutture valide operanti, quello che è successo finora è ancora niente. In futuro, potremmo essere costretti a chiudere molti centri, magari grossi, per far vivere piccoli centri che invece fanno solo spendere soldi.

Quindi, ricapitolando, per quanto riguarda la plasmateresi, vorrei sapere se credete che serva e in che proporzioni. Inoltre, vorrei conoscere la vostra opinione sui bacini di utenza e, per finire, vorrei sapere qualcosa sul problema dei servizi e sul loro numero, per capire se le regioni ci credono e se c'è la volontà di realizzarli, perchè ho l'impressione che ci sia la volontà di non applicare elementi di base della legge del 1990, mentre il problema è ancora più importante oggi rispetto ad allora.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, siccome purtroppo dobbiamo andare in Aula, dove sono previste votazioni, vorrei capire se c'è, da parte degli auditi e anche da parte della Commissione, una disponibilità a rinviare il seguito dell'audizione. In tal caso, si potrebbe riprendere domani, alle ore 15,30.

DIONISI. Signor Presidente, esprimo il mio rammarico perchè questo incontro che sembrava essere interessante e costruttivo è condizionato dai nostri impegni d'Aula, che non permettono uno scambio approfondito di idee.

Un altro limite, se mi consente, signor Presidente, è che i temi di questa riunione si sovrappongono in parte con quelli oggetto dell'indagine in materia di sangue che sta svolgendo presso la Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie. Poichè gli incontri con i rappresentanti delle regioni sulla tematica del sangue dovrebbero essere finalizzati ad un lavoro che la Commissione di merito svolge in vista della revisione della legge n. 107, ritengo che potremmo proseguire questa indagine con più calma, se questo Parlamento avrà vita, anche dopo l'estate. Adesso questo lavoro, a noi serve, dal momento che siamo una Commissione con potestà legislativa, per valutare cosa è successo nell'applicazione della legge n. 107 del 1990, cosa non ha funzionato ed eventualmente trarre profitto da questa conoscenza per impostare o una revisione dell'attuale normativa o una nuova legge.

Convocare domani nuovamente i rappresentanti delle regioni per saperne di più rispetto ad un lavoro che inevitabilmente si protrarrà nel tempo, non mi sembra opportuno.

Faccio pertanto la seguente proposta: intanto teniamo conto del contributo fornitoci oggi dai nostri ospiti, poi, dopo l'estate, se la legislatura durerà ancora, proseguiamo il nostro lavoro e fisseremo un nuovo incontro con loro per approfondire il ragionamento ed ascoltare anche le regioni che questa sera non hanno potuto o voluto essere presenti.

Molti di voi hanno messo in evidenza i limiti della legge n. 107 ma in base a quanto ho ascoltato, alle esperienze che ci avete riferito, non mi sembra che la situazione sia totalmente negativa e questo significa che quella legge un risultato nel senso di una razionalizzazione lo può dare. Quello che io lamento, come rappresentante dell'opposizione, è il fatto che tale normativa non sia stata applicata da tutte le regioni e che il Ministero e i vari Ministri che si sono succeduti siano stati poco attenti nel controllare e nello stimolare le regioni ad attuarla.

Occorre quindi capire dove non ha funzionato questa legge, che peraltro è stata elaborata anche con il contributo delle regioni: forse non ha funzionato il coordinamento nazionale perchè alcuni non si sono fatti coordinare.

Vi è poi il problema del monopolio. L'Istituto sieroterapico, per quello che ci era sembrato allora, non aveva le caratteristiche dell'industria o del laboratorio capace di lavorare il sangue su venti milioni di cittadini. Quando è stata approvata la legge poi non c'era una situazione di monopolio perchè erano presenti sul mercato la Sclavo ed altre ditte, questa si è creata successivamente, ma ora, come sapete, in base alle leggi del mercato, la Immuno ha comprato la Biagini di Rieti.

Pertanto, non andiamo incontro ad un monopolio nazionale bensì ad un monopolio europeo, sovranazionale. In ogni caso, quanto è successo nel settore del sangue è il risultato di una volontà di gruppi di speculazione, come le cliniche private, che sono state poco controllate e hanno prodotto «malasanità» ben più di quanto avvenga nelle strutture pubbliche, che alcuni di voi molto bene governano.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti e li convoco nuovamente per domani, non per contraddire il senatore Dionisi, ma perchè queste audizioni sono finalizzate, come egli ha ben evidenziato, alla modifica della legge n. 107 del 1990. Il loro contributo è quindi essenziale e si armonizza perfettamente - come diceva il senatore Dionisi - con la mia premessa al dibattito, nel senso che ci aiuteranno a capire cosa non va della legge n. 107 del 1990 e a migliorarla. Pertanto, vi è l'urgenza di focalizzare questi problemi - per questo non sono d'accordo nel rinviare la discussione a dopo l'estate - terminando il ciclo delle audizioni.

Dopo il Ministro abbiamo sentito una delegazione di rappresentanti delle regioni, sentiremo anche i funzionari e gli assessori di quelle regioni che non sono oggi presenti. Nessuno conosce il destino della legislatura, ma noi abbiamo il dovere di proseguire comunque i lavori parlamentari.

Ritengo quindi opportuno continuare domani ad approfondire le problematiche odierne. Ribadiamo loro un aiuto nel senso di indicarci le direttive per avviare una riforma della legge n. 107. Già dall'ottobre dello scorso anno avevamo all'ordine del giorno la revisione della legge in questione e quindi non sono stati certo gli ultimi avvenimenti a dare avvio a questa indagine conoscitiva: la nostra Commissione è lontana dall'idea di fare una politica sanitaria spettacolo.

Il fatto che vi sia un'indagine sul sangue presso la Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie è cosa diversa, perchè i compiti di una Commissione d'inchiesta sono diversi da quelli di una Commissione come la nostra che svolge un'indagine conoscitiva finalizzata unicamente alla revisione della legge.

D'altra parte, ho preso con il presidente Scognamiglio un impegno, a nome mio personale e della Commissione, per procedere velocemente. Parallelamente a noi, ma con una prospettiva molto più ampia, agisce la Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie, e nel suo esame su tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, si inserisce anche l'indagine sul sangue. La Commissione sanità e la Commissione d'inchiesta lavorano dunque in parallelo ma con compiti diversi.

Poichè siamo chiamati in Aula per le votazioni, rinvio il seguito dell'audizione alla seduta di domani.

Rinvio pertanto il seguito dell'indagine ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Referendario parlamentare reggente l'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici
DOTT.SSA GLORIA ABAGNALE