

maggioranza — esistente sul tema degli specializzandi, che a questo punto deve trovare una soluzione.

Infatti, non si può — come lei ha fatto — dichiarare che gli specializzandi rappresentano la spina dorsale del nostro sistema sanitario nazionale e poi arenarsi di fronte ad un aspetto economico che non è di così grande entità da impedire la ricerca di una soluzione. A mio avviso, esistono le risorse per risolvere il problema degli specializzandi; tra l'altro, abbiamo anche segnalato dove, ad esempio, il Governo ha errato nell'attribuire risorse che non ritenevamo assolutamente necessarie. Mi riferisco al recente decreto con il quale sono stati attribuiti 1.600 miliardi delle vecchie lire alle società sportive professionistiche di serie A, che si sarebbero potuti utilizzare per risolvere il problema degli specializzanti.

In Italia, ormai, gli specializzandi sono 30.000 e rappresentano, effettivamente, il nostro sistema sanitario nazionale. Quindi, da questo punto di vista, risolvere tale problema non è — come spesso avviene — una questione corporativa di una categoria, ma significa risolvere indirettamente il problema dell'assistenza sanitaria per milioni di cittadini italiani.

Signor sottosegretario, proprio in sede di discussione della legge finanziaria, avete incontrato i rappresentanti degli specializzandi e vi siete assunti l'impegno formale, a nome di tutto il Governo e non solo del Ministero della salute, a risolvere il problema entro quattro mesi. Sono passati ormai sei mesi dall'approvazione della finanziaria, dunque mi auguro che nel prossimo DPEF si possa giungere ad una giusta soluzione.

Anch'io ho letto la risposta del Ministero dell'economia e delle finanze e ritengo non si possa procedere in un'azione del Governo nella quale la mano destra non sa cosa fa la mano sinistra; infatti, è inutile che i vari ministeri assumano impegni di fronte alle categorie, alle associazioni, ai gruppi di pressione se poi c'è il ministro Tremonti che impedisce qualsiasi azione positiva volta a risolvere i temi e i

problemi. Ritengo che questo modo di agire del Governo non sia né collegiale né razionale.

Dunque, mi dichiaro del tutto insoddisfatto della risposta e mi auguro che il Parlamento sia un passo più avanti rispetto al Governo. È in discussione una mozione — sulla quale so che vi è un'adesione unanime da parte dei gruppi parlamentari — in cui si assumono impegni concreti in previsione del prossimo DPEF e della prossima legge finanziaria.

Mi auguro veramente che la Camera possa approvare all'unanimità tale mozione e che questo diventi un impegno per il Governo a risolvere — lo ripeto — non il problema corporativo dei medici specializzandi ma il problema della sanità pubblica in questo paese, perché risolvere il problema dei medici specializzandi significa dare qualità all'azione sanitaria del nostro paese. C'è questa disponibilità anche da parte delle regioni. Mi sembra ci siano tutte le condizioni per risolvere definitivamente il problema.

PRESIDENTE. Onorevole Ruzzante...

PIERO RUZZANTE. Non addosso responsabilità particolari a questo Governo. Però, siamo qui per risolvere i problemi. Credo che sul tema dei medici specializzandi ci sia la disponibilità di massima di vari gruppi parlamentari. Mi auguro veramente che l'impegno richiesto nella mozione possa effettivamente trovare soddisfazione.

(Ipotesi di chiusura dell'ospedale di Malcesine e rispetto dei livelli essenziali di assistenza nella regione Veneto — n. 3-01736)

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la salute, onorevole Guidi, ha facoltà di rispondere all'interrogazione Olivieri n. 3-01736 (vedi l'allegato A — Interrogazioni sezione 7).

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ringrazio l'onorevole Olivieri per questa in-

terrogazione. Spiegherò poi perché lo ringrazio. Intanto, debbo adempiere alla prima parte della risposta; poi, spiegherò quanto da me affermato.

Non voglio nascondermi — non perché ci si nasconda, ma perché è prassi costante — nella realtà che la riorganizzazione della rete ospedaliera rientra ormai nelle competenze attribuite alle regioni. Questo lo sappiamo tutti. Credo, tuttavia, che in casi critici, nel rispetto del dettato del titolo V della Costituzione, il Ministero della salute possa svolgere un'azione di promozione per evidenziare il problema e anche per mettere insieme le parti, allo scopo di discutere temi importanti come questo. A volte, la chiusura, il riordino o la riconversione di un ospedale sono importanti a livello locale. E io rispetto anche un localismo moderato. Credo, però, che la difesa di questo ospedale abbia alcune specificità, di cui dobbiamo tener conto anche a livello nazionale, avendo la delega sulla disabilità ed essendo neurologo.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
ALFREDO BIONDI (ore 11,30)

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Mi permetto di dire, quindi, che alcuni dati sono stati doverosamente assunti dalla regione e dalla provincia. Sulla base della documentazione trasmessa, possiamo dire che presso l'ospedale di Malcesine sono attualmente attivi ottantotto posti letto di riabilitazione, con una sezione di trenta posti letto dedicata alla riabilitazione di pazienti portatori di esiti di poliomielite — e su questo tornerò — e trentatré posti letto di ortopedia e traumatologia, nonché un'attività poliambulatoriale di primo intervento. La regione Veneto, nella programmazione recentemente assunta con delibera n. 3223 dell'8 novembre 2002, prevede per l'ospedale di Malcesine una sperimentazione gestionale — quindi, nessuna chiusura — che potrà avvenire a condizione che non determini un aumento di dotazione dei posti letto previsti per la degenza nella provincia di Verona. Nella proposta attua-

tiva elaborata dal direttore generale della ASL 22, è previsto, inoltre, il graduale trasferimento delle attività di ricovero, a partire da quella per acuti, per interessare, solo alla fine del periodo attuativo — 30 giugno 2004 —, l'eventuale trasferimento delle attività di ricovero di tipo riabilitativo. Sempre nella proposta è previsto in ogni caso, e quindi anche oltre il termine fissato — questo è importante —, che l'eventuale trasferimento dell'attività riabilitativa avvenga solo e soltanto quando è disponibile un'adeguata sede, al fine di non creare alcuna cessazione o diminuzione del servizio reso.

Nell'incontro avuto dall'assessore alle politiche sociali della regione Veneto, De Poli, con l'associazione dei disabili motori è stata avanzata dall'associazione la proposta di gestione della struttura, proposta che però non è ancora pervenuta almeno per iscritto alla regione Veneto, per quanto mi risulta a ieri.

Un'attività di tipo poliambulatoriale di punto di primo intervento, dimensionata alla popolazione residente e al flusso turistico — questo è importante: come in altre realtà, in alcune stagioni aumenta la popolazione residente a causa del turismo —, si ritiene debba essere svolta presso questa struttura ed eventualmente in convenzione con la provincia autonoma di Trento, secondo il modello già sperimentato da anni nella zona del Primiero, dove le strutture sanitarie venete della ASL n. 2 di Feltre garantiscono l'assistenza alla popolazione trentina residente nelle zone di confine del Veneto. Nello specifico, la progettualità congiunta tra regione Veneto e provincia autonoma di Trento avrà la caratteristica di prevedere una convenzione per l'erogazione di attività poliambulatoriali di punto di primo intervento e di ricovero diurno di tipo ortopedico, in sinergia con l'ospedale di Arco posto a 12 chilometri dalla struttura predetta.

Per quanto riguarda — e torno alla sua interrogazione — l'affermazione del bilancio in attivo di questo ospedale, non si ritiene che ciò sia condivisibile a detta dei funzionari della regione Veneto, perché non si considerano i dati di costo indiretti

che gravano sul bilancio della ASL, derivanti dall'utilizzazione di servizi non presenti nella struttura stessa, ma forniti da altre strutture della ASL stessa non all'interno dell'ospedale. Mi permetto di dire — ma ho già risposto su questo — che non ci siano stati incontri con l'associazione predetta. Anzi, nell'incontro tenutosi il 21 marzo di questo anno tra l'assessore alle politiche sociali e della V commissione consiliare e l'associazione disabili motori si è precisato che la regione Veneto non intende in alcun modo smettere di erogare, all'interno della struttura ASL n. 22, l'attività di riabilitazione specialistica soprattutto per quanto riguarda gli esiti di poliomielite.

Non risponde al vero — spero — che la regione Veneto intenda destinare la struttura di Malcesine ad uso turistico. Se la riabilitazione della polio implica anche stare in un posto bello, io credo che ciò faccia parte della riabilitazione: il collega Massidda può confermare che è meglio essere riabilitati in un luogo ameno, che in un luogo brutto. Quindi, speriamo che questa vocazione turistica sia usata al meglio, come è stato fatto finora proprio nel campo della riabilitazione. Molte vecchie strutture del territorio nazionale, per vecchie e nuove malattie, hanno avuto sempre allocazioni amene, dal punto di vista dalla vivibilità, ma anche della purezza dell'atmosfera, il che è indispensabile per molti tipi di riabilitazione.

Infatti — e torno alla risposta degli uffici —, risulta che è stata trasmessa una lettera con la quale il segretario regionale al settore sanità e sociale chiede all'INAIL — e questo è un punto forte — la disponibilità all'acquisto e alla ristrutturazione dell'immobile, che quindi viene vincolato a struttura sanitaria riabilitativa con l'impegno a consentire, tramite apposita convenzione, l'utilizzo anche da parte della ASL n. 22 per l'espletamento di attività istituzionali.

Questo è quanto, onorevole interrogante, ma mi permetto di approfondire, in particolare, due questioni, vista anche la presenza dell'onorevole Massidda, valente riabilitatore, non per nostro interesse —

visto che conosciamo la materia —, ma per interesse di chi non fa parte di questo Parlamento.

Questo ospedale ha una specificità: è l'unico in Italia che si occupa delle persone che hanno una disabilità dovuta agli esiti della poliomielite. Intanto, vi è un problema di quantità, infatti circa 140 mila persone subiscono ancora gli esiti della poliomielite. Qualcuno potrebbe obiettare che la poliomielite è stata debellata, ma bisogna anche considerare le persone che ancora vivono e subiscono i suoi esiti, me compreso.

Queste persone sono soggette ad invecchiamento e a processi evolutivi, non sempre positivi, relativamente agli esiti della poliomielite. Quindi, la permanenza di questa unica struttura presente nel nostro territorio — altri due centri, infatti, hanno chiuso per vari motivi — è indispensabile per tutte queste persone portatrici degli esiti della poliomielite, le quali abbisognano di un punto di riferimento.

Tale punto di riferimento non può essere sempre collegato ad un concetto di riabilitazione *tout court*, anche se bisogna valorizzare localmente strutture dedicate alla cura della poliomielite. Infatti, non possiamo pensare che tutte queste 140 mila persone debbano rivolgersi ad un solo centro, il quale deve diventare promotore di una cultura riabilitativa, che essendo così specialistica potrebbe a poco a poco perdersi.

Vi è, infatti, una cultura riabilitativa relativa agli esiti della poliomielite che potrebbe venire a mancare. Il mantenimento di questa realtà ospedaliera e riabilitativa è importante, non solo per potersi occupare di chi è ad essa più vicino, ma affinché quest'ultima possa divenire un centro di promozione nei confronti della cultura riabilitativa afferente alla poliomielite. Ciò, in una logica europea, visto che nel nostro continente mancano centri di carattere sovranazionale, sovranazionale.

Mi sono occupato della parte scientifica medico-sociale del problema, mentre dal punto di vista della gestione, come presidente della commissione disabilità e sa-

lute, come sottosegretario del Ministero della salute e come riabilitatore mi permetto — al di là dei soliti schematismi ritualistici — di proporre un incontro — a Malcesine o in sede ministeriale — all'onorevole interrogante, al sottosegretario Brancher, che ha sollecitato più volte concretamente (anche al sottoscritto) la soluzione del problema, e all'onorevole Massidda (anche in veste di riabilitatore), che veda anche la partecipazione dei vertici dell'INAIL, dell'associazione citata in precedenza (con la quale anch'io intrattengo alcuni rapporti), della regione e della provincia per discutere del mantenimento di questa struttura.

Infatti, quest'ultima risulta essere essenziale per chi ha la poliomielite; inoltre sappiamo che, per ciò che concerne la globalizzazione del mondo, se tale malattia è stata debellata in Italia, essa può ancora essere presente in coloro che entrano nel nostro paese come migranti.

Pertanto, dal punto di vista scientifico è importante che si mantenga questa cultura.

Credo che la riunione — che fa coincidere la componente politico-scientifica con quella manageriale — sia di grande rilevanza; al di là, quindi, degli esiti dell'interrogazione, mi assumo l'impegno di fare in modo che la suddetta riunione si tenga e che dia (ma ciò non riguarda il sottoscritto; posso essere un catalizzatore che accelera, ma partecipo molto poco allo scambio chimico) frutti concreti non solo per mantenere la struttura, ma anche per ampliarne la sua vocazione culturale a livello nazionale e non solo.

PRESIDENTE. L'onorevole Olivieri ha facoltà di rispondere.

LUIGI OLIVIERI. Signor Presidente, la risposta a braccio del sottosegretario Guidi, che denota l'assoluta sua sensibilità — non ne ho mai avuto alcun dubbio — rispetto al contenuto dell'interrogazione mi soddisfa, con riferimento alla parte burocratica. Vorrei, invece, rilevare, per quanto riguarda la parte della risposta elaborata dagli uffici, che la suddetta interviene in un momento successivo all'in-

terrogazione che è stata presentata il 17 dicembre 2002, all'esito di un incontro pubblico organizzato dall'Associazione disabili motori, il cui presidente è Roberto Bassi ed il vicepresidente è Adriano Piffer.

L'interrogazione, che reca la mia firma, ma che virtualmente dovrebbe contenere anche le firme di Roberto Bassi e di Adriano Piffer, fa seguito ad un'assemblea pubblica organizzata dall'associazione e dalla comunità del monte Baldo (nel comune di Malcesine nel quale vi è anche l'ospedale), a causa dell'emanazione di un provvedimento, successivamente all'elaborazione delle cosiddette schede di riorganizzazione ospedaliera della regione Veneto, che prevedeva la chiusura entro il 30 giugno del 2004 dell'ospedale di Malcesine.

Tale iniziativa, che ha visto la mobilitazione delle comunità locali, dell'Associazione interregionale disabili motori di Malcesine, nonché dell'opinione pubblica, ha indotto la regione Veneto a modificare parzialmente il proprio provvedimento (delibera n. 3223 del 2002, citata dal sottosegretario Guidi) che adesso non prevede più la chiusura, ma sostanzialmente una ristrutturazione dell'ospedale. Se il provvedimento non venisse modificato in modo sostanziale, si tratterebbe di per sé di una chiusura, ma soprattutto di uno smantellamento del Centro nazionale di recupero dei poliomielitici di cui questa struttura si vanta e da cui è nata.

L'Associazione disabili motori, della quale faccio parte, ha una eredità morale nei confronti dell'ospedale perché quest'ultimo è nato a seguito di un lascito per i poliomielitici. Probabilmente, abbiamo la memoria corta, ma tutti dobbiamo ricordare che la poliomielite negli anni cinquanta è stata un vero e proprio flagello in Europa e mai si sarà sufficientemente grati al dottor Sabin che inventò quel siero che, in buona sostanza, attribuì la possibilità di intervenire concretamente, di debellarla, almeno in Europa.

Sappiamo, purtroppo, che questa malattia è fortemente presente ancora in tanti paesi del mondo cosiddetti sottosviluppati; tra l'altro, è un problema non

indifferente, anche a causa dei flussi migratori, da tenere sempre in evidenza.

Questo è il motivo in più per cui quell'ospedale non deve essere solo di competenza della regione Veneto.

Certo, come diceva il sottosegretario Guidi e lo ringrazio, è vero che dal punto di vista legislativo la riorganizzazione è assolutamente legittima: i comuni e le realtà locali hanno già interessato, per le vie giurisdizionali, il tribunale amministrativo regionale del Veneto contro quel genere di deliberazioni. Tuttavia, in riferimento alle cause che hanno determinato questa interrogazione, la risposta sicuramente apre speranze non soltanto per l'associazione, ma per tutti i poliomiolitici, quei 140 mila che ricordava il sottosegretario, dal momento che l'ospedale di Malcesine, il centro recupero polio di quella realtà, è una questione nazionale.

Lo è non solamente per una questione etica e morale, — il lascito su cui la Croce rossa italiana ha costruito quell'ospedale —, ma ancor più perché la questione della polio e tutti i problemi che incontrano queste persone, donne e uomini, che conducono, nel limite del possibile, una vita normale, con la possibilità, realizzata anche da una legislazione attenta a quelle esigenze, di inserirsi nel mondo del lavoro, da oggi è diventata una questione nazionale.

Lo è perché tra l'altro, e vi faceva riferimento il sottosegretario, altri paesi, anche attraverso una legislazione attenta — penso ad una direttiva europea — stanno approfondendo tali tematiche e mi fa piacere che anche il Ministero della salute lo stia verificando; a livello europeo, vi è un'attenzione rispetto a tale fenomeno, tant'è che paesi come la Spagna, l'Austria ed il Belgio hanno individuato punti di riferimento nazionali per questo tipo di disabilità.

Mi farò carico di portare questo suo invito anche all'associazione dei disabili: siamo veramente contenti di aver trovato un punto di riferimento, affinché tale questione abbia la valenza che merita, non soltanto nel Veneto, ma anche a livello della comunità nazionale.

(Scelta della sede del centro di alta specializzazione per il trattamento e lo studio della talassemia — nn. 3-02150 e 3-02405)

PRESIDENTE. Avverto che le interrogazioni Maurandi n. 3-02150 e Massidda n. 3-02405 (vedi l'allegato A — Interrogazioni sezione 8), che vertono sullo stesso argomento, saranno svolte congiuntamente.

Il sottosegretario di Stato per la salute, onorevole Guidi, ha facoltà di rispondere.

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei svolgere un breve riferimento, irrituale, all'interrogazione precedente. Come sempre, lei, signor Presidente lo sa, quando si parla di solidarietà con riferimento a temi critici della salute determinanti difficoltà per tutta la vita e quando vi è onestà intellettuale, le barriere politiche scompaiono e prevale la razionalità e, se vogliamo, anche la passione di andare avanti per migliorare la realtà non soltanto di chi sta male per un breve periodo, che è anche importante, ma per chi soffre per tutta la vita per una disabilità.

Se non proprio di disabilità, si tratta sempre di malattie, quelle del sangue, lunghe e spesso tormentose che colgono anch'esse la mia sensibilità di medico. Credo che anche per quanto riguarda le patologie del sangue — la disabilità esiste anche nelle parole e spero non ancora del tutto nei neuroni — questo problema sia particolarmente sentito sia da parte del ministero sia da parte degli interroganti che da anni so che seguono con passione questo tema ed anche da parte del sottoscritto, essendo stato medico in una zona dove certe patologie ematiche, soprattutto nel bambino, sono particolarmente presenti.

Da qualche tempo si è costituita una fondazione istituto di ricerca con sede a Roma, su cui mi soffermerò a grandi linee. Credo infatti che alcune parti delle interrogazioni siano superate non nella valenza culturale, ma nel merito; le reputo per-

tanto più una proposta che delle interrogazioni.

Il nuovo istituto, che, come abbiamo visto, ha una valenza non solo nazionale, ma anche internazionale, legata in gran parte — anche se non solo — al trapianto di midollo, nasce con l'obiettivo di costituire il punto di partenza per creare una rete di cooperazione e di interscambio, con il fondamentale compito istituzionale di integrare e comprendere tutti i centri di eccellenza italiani in campo ematologico — che si occupano cioè del trattamento di tutte le patologie del sangue — con la prospettiva di estendersi in rete anche a strutture non italiane, in particolare del bacino del Mediterraneo, per il trattamento di patologie ematologiche inclusa la talassemia.

L'ubicazione del primo nodo della rete — non centro, ma nodo: questo mi sembra importante da dire, proprio per evitare espropriazioni tecnico-scientifiche —, che è un nodo in una rete *in progress*, ha sede in Roma perché è il naturale punto di partenza per l'estensione progressiva ad altri nodi nazionali ed internazionali, seguendo un percorso per lo sviluppo e l'innovazione nell'ambito della cura e della ricerca di queste malattie, utilizzando appunto un modello di rete per favorire l'integrazione delle esperienze e delle conoscenze, oltre che per promuovere e divulgare a livello internazionale il *know-how* del nostro paese.

La scelta della collocazione della sede della fondazione a Roma deriva, quindi, naturalmente dalla rilevanza nazionale ma, come dicevo prima, anche internazionale, poiché può diventare sede di collegamento tra i principali centri del nostro paese e di tutte le realtà nazionali ed internazionali. Devo dire che la locazione del primo nodo ha avuto, come dire, una progressione un pochino a singhiozzo. Inizialmente si era proposto Pesaro, dando atto al professor Lucarelli di essere stato un pioniere — qualche volta non compreso e controverso, ma chi comincia (poco fa un collega parlava del vaccino contro la polio) incontra sempre delle incomprensioni — soprattutto nel campo del tra-

pianto di midollo, che è uno degli strumenti, anche se non l'unico, per la cura della talassemia.

Oggi abbiamo infatti nuove prospettive scientifiche anche nel campo delle cellule staminali e quant'altro. Non credo siano da prendere in considerazione realtà come quella inglese, dove si fanno nascere bambini quasi a misura dei bisogni dei fratellini. Su questo credo che la bioetica abbia più valore della scienza e della competenza medica, senza facili moralismi, ma questo va detto, perché in questi giorni ci stiamo interrogando molto se sia giusto far nascere un bambino che abbia le stesse competenze immunitarie del fratellino, quasi fosse una « ruota di scorta » di chi sta male. Si tratta di una frontiera tutta da esplorare, dove i diritti di chi è nato devono essere però speculari al diritto del nascituro, che non può essere considerato un « pezzo di ricambio ».

Detto questo, senza rivolgere critica ad alcuno ma solo per ricordare quanto la frontiera della scienza proponga, ogni giorno, problematiche, prima che politiche e partitiche, riguardanti il nostro « io », il nostro essere medici o cittadini italiani — consapevoli, dunque, di quanto sia fondamentale il rispetto nei confronti di chi vive ciò in tutte le stagioni della propria vita —, tornando ai problemi legati all'ematologia presenti soprattutto in alcune zone critiche, si era pensato alla città di Pesaro, proprio perché Lucarelli ha una grande responsabilità scientifica in un settore così critico. Per motivi molto più politici che scientifici, il nodo principale è passato a Roma. Se tale nodo restasse a Roma, credo faremmo torto alla scienza e alla coscienza. Abbiamo già parlato della localizzazione per quanto riguarda la vocazione internazionale di questa città così bella, ma, qualche volta, considerata quasi una metafora della negatività. Consideriamola questa negatività, soprattutto con riferimento al traffico locale, ma non nascondiamo una vocazione millenaria di scambi nazionali ed internazionali.

Credo che, da questo momento in avanti, sia lo statuto della fondazione sia la realtà legiferante corrente, ci offrano la

possibilità di creare immediatamente nelle zone critiche — come la Sardegna che ha enormi bisogni ma anche una grande esperienza di studio attivo — questo partenariato che permetta di implementare questo modello in rete dove esiste un centro iniziale di propulsione e di coordinamento, ma si prevedono centri di eccellenza, affinché in futuro (siamo in un'epoca in cui i dati possano essere trasmessi con facilità) ciò che si realizza nelle zone dove si studia e si effettuano cure e riabilitazioni si possa trasmettere ad altri nodi nazionali ed internazionali. Ciò per fare in modo che questo flagello (richiamo l'esempio della talassemia) possa trovare soluzioni locali ma non solo, affinché, in una visione in rete di partenariato istituzionale, possano beneficiare delle cure e dei modelli di trattamento tutte le persone che ne hanno la possibilità, sia che vivano in Italia sia quelle che conoscono da vicino, per competenza nell'ambito della formulazione di accordi internazionali, i problemi di tanti bambini che, soprattutto nei paesi dell'est e nei paesi che si affacciano sul Mediterraneo, hanno queste malattie e non hanno avuto, se non in momenti particolari e solo per piccoli gruppi, la possibilità di curarsi.

La visione di una fondazione in rete, con un partenariato di regioni importanti che vivono il problema da tutti i punti di vista — dalla cura alla ricerca —, credo rappresenti un modello nuovo da valorizzare. Se, invece, lo vediamo come una realtà che accentra tutto, diventerebbe un buco nero di cui farebbero le spese, non tanto le politiche locali, quanto i bambini e gli adulti italiani, delle isole e dei paesi frontalieri, colpiti da malattie legate al sangue.

Spero che questa interrogazione, assolutamente puntuale per ciò che concerne i contenuti, venga superata dai fatti, ossia che si realizzi un luogo che non solo segua i problemi legati alla talassemia, ma che promuova nuovi punti di eccellenza nel paese.

Di questo abbiamo bisogno e questo speriamo di poter implementare anche con una collaborazione tra il Governo, il Parlamento e i tecnici esterni.

PRESIDENTE. L'onorevole Maurandi ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-02150.

PIETRO MAURANDI. Signor Presidente, credo che nell'istituzione di un centro di eccellenza per il trattamento e lo studio della talassemia a livello internazionale e nel Mediterraneo sarebbe necessario mettere in campo tutte le competenze e le esperienze che sono maturate in Italia su diversi versanti, cioè nei campi dell'analisi del fenomeno, della ricerca scientifica, della prevenzione della malattia, della cura e dei risultati ottenuti in termini molto chiari di abbattimento dell'incidenza della malattia sulla popolazione.

Su tutti questi aspetti (analisi, ricerca, prevenzione, cura e risultati) in Italia vi è un centro di eccellenza, cioè l'istituto regionale delle microcitemie di Cagliari: non lo diciamo noi o i dirigenti di quel centro, ma lo dimostrano i riconoscimenti internazionali che ha ottenuto e l'azione che ha condotto da più di un decennio. Naturalmente, tutto ciò non toglie nulla alle esperienze e alle competenze che sono maturate in altri istituti italiani, come quello di Pesaro nel campo dei trapianti di midollo, come quello di Palermo ed altri ancora. La ragione per cui l'istituto di Cagliari ha maturato tali esperienze e competenze sui vari aspetti del trattamento e dello studio della talassemia sta nel fatto che ha potuto lavorare in un ambiente in cui la malattia era ed è effettivamente presente e diffusa fra la popolazione ed ha ottenuto risultati misurabili in termini di abbattimento della sua incidenza.

In questa situazione non abbiamo capito perché il Governo non abbia mai preso in considerazione l'idea di istituire a Cagliari il centro per il trattamento della talassemia e non abbia attuato due ordini del giorno presentati nel dicembre del 2002 — uno da colleghi della maggioranza e l'altro da un gruppo di parlamentari dell'opposizione —, accolti come raccomandazione e prima dell'istituzione della fondazione. Non abbiamo capito perché il

Governo non manifesti l'intenzione di attuare altri due ordini del giorno (sempre uno dei colleghi della maggioranza e l'altro dell'opposizione), che sono stati accolti pienamente dall'esecutivo nel maggio scorso dopo l'istituzione della fondazione. Francamente, non l'ho capito neanche dalla risposta fornita dal sottosegretario, che ringrazio per la sensibilità dimostrata e per le sue parole. Non metto in discussione il ruolo di Roma ma lo fanno altri esponenti della maggioranza. Sono pienamente d'accordo con quello che lei ha detto sul ruolo di Roma ma in questo caso la centralità di una regione o di un istituto deriva dalla completezza delle competenze che sono state maturate sul tema: tale completezza esiste a Cagliari e non in altre sedi italiane che hanno maturato anch'esse una serie di competenze.

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. L'ho riconosciuto!

PIETRO MAURANDI. La centralità è data da tutto ciò e non dal fatto che una città, più di un'altra, possa essere il punto di riferimento per altre aree del Mediterraneo e del mondo. Per tali motivi, non sono soddisfatto e sono preoccupato perché sussiste il rischio che non vengano messe in campo tutte le esperienze e le competenze esistenti per il trattamento e lo studio della talassemia.

Onorevole sottosegretario, tutto questo conferma il dubbio che abbiamo espresso nell'interrogazione, cioè che ci siano state altre ragioni, estranee al campo sanitario e scientifico, che hanno ispirato la scelta del Governo.

Questo non coinvolge il sottosegretario Guidi, di cui conosciamo e apprezziamo la sensibilità su questi problemi. Detto questo, prendo atto dell'assicurazione che il sottosegretario ci ha fornito, cioè che la rete dovrà essere estesa a tutti gli istituti, e faccio al sottosegretario, proprio in virtù della sensibilità che gli riconosco, una richiesta precisa, cioè che le altre regioni e gli altri istituti di altre regioni che vantano risultati di eccellenza su questo campo vengano inseriti a pieno titolo den-

tro la fondazione e non in maniera subordinata.

PRESIDENTE. L'onorevole Massidda ha facoltà di replicare per la sua interrogazione n. 3-02405.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, onorevole Guidi, la ringrazio per averci dato dei chiarimenti, fermo restando che, come ha detto poc'anzi il collega Maurandi, questa risposta segue di fatto una legge — tra l'altro pochi giorni fa votata anche al Senato (quindi ormai è legge dello Stato) —, che ha introdotto, non il centro di talassemia — anche io quando preparai questa interrogazione feci riferimento a delle indiscrezioni, non quindi a documenti ufficiali —, ma la fondazione dell'Istituto mediterraneo di ematologia. Quindi stiamo parlando di malattie ematiche che vedono, tra le maggiori, la talassemia, ma non vi è solo il problema della talassemia.

Io voglio chiedere al sottosegretario, se ho capito bene quale è stato il progetto e quale sarà il progetto, un'assicurazione. Quindi, voglio portare il patrimonio del relatore anche all'attenzione del collega Maurandi e di tutti gli interroganti, che hanno presentato, come me, allora, un'interrogazione che era in difetto di alcune notizie, che invece ora ho di prima mano e che sono le seguenti.

La prima è che, di fatto, questo istituto non era l'istituto di eccellenza per l'Italia a carattere nazionale, ma era un progetto di supporto presentato nel G8 di Genova, tant'è vero che vedeva, non solo il Ministero dell'economia e delle finanze, ma anche quello degli affari esteri impegnato con ingenti risorse, in quanto era un servizio che noi davamo anche ai paesi in via di sviluppo, in particolar modo ai paesi del Mediterraneo, ai paesi arabi, che vivono più di noi la piaga della talassemia, senza avere naturalmente l'esperienza, il *know how* e l'organizzazione della quale noi disponiamo.

Allora ho capito che l'esigenza era quella di creare un centro di coordinamento che naturalmente avrebbe, come

dice la parola stessa, coordinato tutte le esperienze, soprattutto per una patologia come la talassemia, che è estremamente complessa e che, se mi permettete un termine forse poco adatto, ha una filiera ampia che non può vedere soltanto un impegno sulla trapiantologia, che vedeva allora e vede ancora adesso in Lucarelli uno dei massimi esperti a livello mondiale (questo progetto vede anche come padre Lucarelli). Ho capito il perché della individuazione di Pesaro come uno dei centri di riferimento, ma se dovessimo parlare della regione in cui si trova Pesaro, noi dovremmo parlare di tre, cinque, dieci malati di talassemia contro le migliaia presenti nelle altre regioni. È pur vero, come ho detto poc'anzi, che Pesaro era il centro di riferimento — lo è stato per molti anni e quindi lo sarà ancora di più — per questi paesi. Ecco la ragione di quell'individuazione, anche perché da Pesaro era partito questo progetto, che pian piano ha seguito una strada differente. Infatti, voglio ricordare che Pesaro non è stato il centro di coordinamento nazionale, il centro di questo nodo, di questa rete, alla quale faceva riferimento il sottosegretario, per il fatto che la regione ha deciso che il centro di Pesaro non potesse essere trasformato in istituto di ricerca scientifica, come le leggi italiane esigono perché possa essere destinata anche l'ingente somma che è stata poi destinata per svolgere questo ruolo.

Voglio ricordare che nell'arco di tre anni saranno disponibili 15 milioni di euro per il primo anno, e dieci milioni di euro per gli anni successivi; ciò al fine di portare avanti questo progetto.

Questo progetto, oltre a prevedere un coordinamento di tutte le varie esperienze compiute nel settore, non soltanto, quindi, sulla sola trapiantologia, è volto e sarà volto soprattutto a preparare le équipes mediche di queste città ad accogliere malati e familiari al fine di poter realizzare i primi trapianti e fornire, quindi, un primo sollievo alle famiglie coinvolte.

Lo statuto individua nelle regioni i partner istituzionali le quali potranno, in tal modo, partecipare a questo progetto.

Auspico, quindi, che il Governo, nell'individuare e nello stabilire la distribuzione delle risorse per l'assistenza, lo studio e la prevenzione, riconosca questo ruolo di partner delle regioni e proceda ad un'equa ripartizione delle somme.

La richiesta che rivolgo al Governo, in questa fase del progetto, avvertendo che il sottoscritto e tutti i colleghi interroganti vigileranno in tal senso, è che ciò che lo statuto prevede e quanto è stato previsto dal Governo in ordine a questa fondazione, sia considerato non soltanto una dichiarazione di intenti ma, con mezzi e strumenti, anche legislativi, consenta una pari dignità affinché, in tal modo, diventino patrimonio mondiale — ciò è quanto sosteneva prima l'onorevole Maurandi — questi centri di grande eccellenza quali il centro microcitico di Cagliari, l'ospedale « Cervello » di Palermo e tanti altri centri; non solo, quindi, quello di Pesaro.

Mi auguro che ciò che ha riferito oggi in questa sede il sottosegretario Guidi si traduca concretamente in un supporto, soprattutto economico, a questo partenariato il quale è fondamentale per la ricchezza di intervento che avrà la fondazione a livello mondiale.

PRESIDENTE. Onorevole Massidda, capisco che la competenza in materia conduce a qualche esondazione nei tempi; due minuti e mezzo in più sono, però, parecchi.

(Misure a tutela dei lavoratori per prevenire il rischio della diffusione del virus della SARS in Italia - n. 3-02184)

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la salute, onorevole Guidi, ha facoltà di rispondere all'interrogazione Ruggia n. 3-02184 (vedi l'allegato A - Interrogazioni sezione 9).

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, qualcosa di quanto dirò è già conosciuto ma il rituale delle interrogazioni consiste,

per un verso, nel riscoprire cose già conosciute e, per un altro, nel dire cose nuove.

Dopo l'allarme lanciato dall'Organizzazione mondiale della sanità il 15 marzo 2003 in merito alla possibile diffusione internazionale della SARS, il Ministero della salute ha posto in atto un'ampia serie di iniziative volte a prevenire l'importazione dell'infezione ed assicurare la sorveglianza e il controllo in ambito nazionale di questa patologia.

Per quanto riguarda i controlli per i passeggeri in arrivo da zone a rischio essi possono essere sintetizzati nel modo seguente.

Il 15 marzo 2003 l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) lancia l'allarme circa il manifestarsi dell'epidemia di SARS in alcuni paesi del sud est asiatico e fornisce indicazioni concernenti i viaggi verso queste aree. In particolare, pur non consigliando alcuna restrizione, emette, in base alle evidenze disponibili, informazioni relative alla malattia, quali le manifestazioni cliniche e la definizione di caso sospetto e probabile.

Alla luce di ciò, nella stessa data il Ministero della salute italiano procede immediatamente all'attivazione degli uffici periferici di sanità marittima ed aerea (USMA), oltre che di assessorati regionali alla sanità e di altri ministeri ed organizzazioni coinvolte in problematiche relative a viaggi e a soggiorni all'estero, con ragguagli circa le caratteristiche critiche e sintomatologiche che definiscono la SARS e le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità per la sorveglianza della sindrome e la gestione di eventuali casi sospetti.

Contestualmente alle iniziative descritte, vengono allertati due ospedali specializzati per le malattie infettive, che fungono da centri di riferimento nazionale: l'INMI «Lazzaro-Spallanzani» di Roma e l'ospedale «Luigi Sacco» di Milano, al fine di preordinare un adeguato livello di risposta diagnostica e terapeutica a fronte di eventuali casi che si fossero presentati sul territorio nazionale, anche giungendo presso i due scali interconti-

mentali di Milano Malpensa e Roma Fiumicino.

Nella stessa nottata, dopo la segnalazione del primo caso sospetto in Europa, a bordo di un aeromobile proveniente dagli Stati Uniti, si attiva immediatamente il sistema di sorveglianza sanitaria presente presso gli scali aerei internazionali. Ciò consente di testare favorevolmente i meccanismi già previsti per le malattie infettive affinché si arrivi, in poche ore, all'identificazione e alla successiva sorveglianza dei cinque passeggeri provenienti dal predetto volo ed entrati in Italia.

Il 18 marzo 2003 viene raccolto il suggerimento dell'OMS di aumentare il livello di consapevolezza dei viaggiatori; pertanto, viene predisposta una nota agli uffici periferici per la distribuzione ai passeggeri di ritorno da zone maggiormente infette dalla SARS di un foglietto informativo, in italiano ed in inglese, con informazioni sui sintomi della SARS. Inoltre, al fine di favorire la sorveglianza epidemiologica e contenere il prodursi di eventuali focolai infettivi, lo stesso foglietto informativo avverte i passeggeri sulla necessità di consultare un medico all'eventuale presentarsi dei sintomi descritti entro dieci giorni dal ritorno da una delle zone infette.

Il 28 marzo 2003 vengono fornite agli operatori sanitari degli USMA, sulla scorta dei pareri dell'ISPESL e dell'ISIS, indicazioni circa i dispositivi di protezione individuale da utilizzare per il rischio connesso alla modalità di diffusione della SARS e si forniscono ai direttori degli uffici i fondi necessari per un primo acquisto di tali dispositivi di protezione individuale.

Il 29 marzo 2003 viene emanata la circolare *telex* con l'aggiornamento del quadro epidemiologico internazionale, con le linee guida per la gestione di eventuali casi sospetti a bordo di aeromobili e con le più recenti indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità in materia di viaggi internazionali. Merita particolare rilievo l'attenzione posta alle procedure

per il controllo di casi a bordo di vettori aerei, volte ad impedire la comparsa di casi secondari di malattia.

Il 1° aprile 2003 ha luogo la predisposizione e diffusione agli uffici di sanità marittima ed aerea di un facsimile di manifesto in italiano, inglese e cinese con informazioni utili per i viaggiatori in arrivo e in partenza per le zone affette o dalle zone affette da SARS. Questo intervento si configura come ulteriore strumento di informazione per i passeggeri in arrivo e come vademecum comportamentale per i passeggeri in partenza.

Il 2 aprile 2003 in linea con la posizione espressa dall'Organizzazione mondiale della sanità e anche dall'Unione europea, vengono diffusi consigli ai viaggiatori internazionali di rimandare i viaggi non essenziali, estendendo l'indicazione a tutte le aree affette da detta malattia, ossia quelle in cui è presente una trasmissione in sede locale, così come risultano dall'elenco costantemente aggiornato a cura dell'Organizzazione mondiale della sanità. Tale misura si pone come ulteriore strumento di tutela della salute dei viaggiatori.

Il 7 aprile 2003 viene diramata una circolare telefax con indicazioni circa l'impiego di dispositivi di protezione individuale sulla base di pareri *ad hoc* richiesti all'Istituto superiore di sanità ed all'ISPESL. Tale raccomandazione basata sulle conoscenze sino a quel momento disponibili è finalizzata alla protezione degli operatori in caso di esposizione.

Il 9 aprile 2003 da tale data si procede a visita a bordo dei voli giunti da zone affette da parte del personale degli USMA prima dello sbarco dei passeggeri per una verifica *de visu* delle condizioni sanitarie a bordo.

Il 10 aprile 2003 è emanata un'ordinanza contenente misure profilattiche nei confronti della SARS per il controllo dei passeggeri provenienti dalle aree affette. Tale ordinanza fa obbligo a tutti i passeggeri sbarcati in Italia da voli diretti provenienti da paesi comprendenti aree affette da SARS di fornire nel primo scalo italiano elementi utili a garantire la rintracciabilità, nei 14 giorni successivi all'ar-

rivo, ai fini di eventuale sorveglianza sanitaria. Nel contempo, si fa l'obbligo alle compagnie aeree che effettuano tali voli e alle società o enti che gestiscono gli scali aeroportuali di mettere in atto tutte le misure necessarie per consentire ai passeggeri di ottemperare agli obblighi previsti in una zona appositamente identificata dagli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera aeroportuale cui è affidata l'esecuzione dell'ordinanza.

L'11 aprile 2003 hanno luogo la predisposizione e la diffusione di un modulo in più lingue (italiano, inglese, cinese) per la raccolta dei dati indispensabili all'attuazione della sorveglianza sanitaria su passeggeri in arrivo dalle zone affette da SARS e della relativa ordinanza ministeriale. Il modello viene distribuito, attraverso gli uffici di sanità marittima ed aerea, anche alle compagnie aeree perché possano consegnarlo ai passeggeri prima dell'arrivo in Italia al fine di ridurre i tempi necessari per l'espletamento delle formalità sanitarie.

Il 13 aprile 2003 iniziano i controlli congiunti a carattere sanitario generale con i NAS dei carabinieri. Essi vengono effettuati sui bagagli a mano e da stiva dei passeggeri in arrivo; vengono controllati circa 100-300 bagagli al giorno e sequestrati circa 50-200 chilogrammi di merce al giorno.

Il 14 aprile 2003 il gruppo permanente per la valutazione del rischio e il controllo della SARS, presieduto dal professor Pietro Crovari, inizia ad affrontare in modo integrato, in uno dei più alti contesti scientifici, i diversi aspetti preventivi, diagnostici, clinici, gestionali ed epidemiologici connessi con la tutela della salute pubblica e della malattia del singolo, ivi comprese le ulteriori procedure di filtro aeroportuale ed indicazioni circa l'utilizzo dei DPI (dispositivi di protezione individuale) da parte di varie tipologie di operatori aeroportuali: una particolare cura, quindi, per chi lavora negli aeroporti. I documenti predisposti al momento stanno per essere diffusi. In generale, i DPI sono indicati solo in caso di contatto con caso sospetto di SARS, partendo dall'assunto,

ad oggi considerato valido dall'Organizzazione mondiale della sanità, che il soggetto non sintomatico non è contagioso.

Il 24 aprile 2003 vi è l'individuazione del direttore deputato per la verifica presso gli *hub* italiani ove arrivano voli dalle zone a rischio SARS, e della corretta applicazione delle misure di sanità di frontiera, atte ad identificare eventuali casi sospetti, sia tra i passeggeri in arrivo sia tra quelli che si avviano ai transiti nazionali ed internazionali per proseguire su altri voli.

Il 27 aprile 2003 è richiesta al Presidente di turno del Consiglio dei ministri della sanità dell'Unione europea la convocazione di un Consiglio dei ministri straordinario sul tema delle misure di prevenzione della SARS, poi svoltosi il 6 maggio di quest'anno, ed il potenziamento dell'attività dei gruppi tecnici, interessati alla materia.

L'iniziativa è stata dettata dall'evidenza del ruolo determinante dei controlli sanitari svolti alle frontiere e dalla necessità che essi siano ispirati a criteri condivisi da tutti i paesi dell'Unione, a garanzia dell'uniformità e dell'efficacia necessarie ai fini della tutela della salute pubblica.

Il Consiglio ha, tra l'altro, approvato gli orientamenti per azioni immediate e future nel campo della SARS, quali: rapida individuazione di casi sospetti, protezione delle persone a rischio di infezione, attraverso l'applicazione di misure di isolamento ospedaliero dei pazienti con la SARS, attenzione alla possibilità di diffusione attraverso i viaggi aerei, con *screening*, standardizzati dei passeggeri che lasciano le aree affette, avvisi a bordo ed efficace formazione ai punti di ingresso delle zone affette.

Nell'ambito della cooperazione, gli Stati membri dovrebbero assicurare anche misure coerenti per fornire ed acquisire informazioni e per la piena rintracciabilità dei viaggiatori internazionali in arrivo e in transito dalle zone affette, avvisi ai viaggiatori che comprendono appropriate raccomandazioni per rimandare i viaggi verso aree particolari.

Il 28 aprile 2003 all'ambasciatore della Repubblica popolare cinese in Italia è avanzata richiesta, formalizzata anche in una nota consegnatagli nell'occasione, di farsi interprete presso il Governo del proprio paese della necessità di applicare misure di controllo sanitario sistematico ai passeggeri in partenza.

Analoga richiesta è stata avanzata nei confronti del Governo canadese.

Il 30 aprile 2003 il Presidente del Consiglio nomina un commissario delegato, nella persona del capo del dipartimento della protezione civile, dottor Guido Bertolaso, per realizzare una compiuta azione di prevenzione e previsione in relazione alle possibili situazioni di rischio per la pubblica e privata incolumità.

Il provvedimento consente all'amministrazione sanitaria centrale di potersi dotare di uno strumento operativo che, attraverso procedure più agevolate rispetto a quelle consentite dagli ordinari strumenti burocratici a disposizione del Ministero della salute, possa far fronte con tempestività ed efficacia a situazioni di emergenza ed urgenza. Vengono acquisiti e forniti agli aeroporti di Fiumicino e Malpensa significativi quantitativi di DPI (dispositivi di protezione individuale) per gli operatori aeroportuali e vengono, altresì, rafforzati i nuclei di medici, tra i quali alcuni infettivologi.

A partire dal 4 maggio 2003, oltre alle misure precedentemente descritte, viene effettuata dal medico di aeroporto una breve intervista ad ogni passeggero proveniente da aree affette, relativamente alle sue condizioni di salute; contestualmente, gli viene misurata la temperatura con adeguati dispositivi che operano a distanza dal corpo. A partire dal 7 maggio 2003, alla luce anche delle conclusioni del Consiglio dei ministri dell'Unione europea (che non garantiscono al momento uniformità di comportamento in tutti gli Stati membri, riguardo ai controlli sui passeggeri in arrivo da aree affette da SARS), si avviano i necessari adempimenti per estendere i controlli sanitari anche ai passeggeri in arrivo dalle aree affette con voli indiretti. Tale ampliamento comporta l'estensione

del numero di sanitari presso tutti gli scali interessati da voli internazionali, nonché l'acquisto e la fornitura in tutti gli scali idonei, attraverso il dipartimento della protezione civile, di DPI per la protezione degli operatori ed anche la predisposizione di procedure di segnalazione di tali passeggeri da parte delle compagnie aeree e, in sede locale, l'identificazione di procedure e di locali necessari per l'attuazione dei controlli.

Il 12 maggio 2003 è entrato in vigore il decreto-legge 9 maggio 2003, n. 103, recante disposizioni urgenti relative alla SARS. Esso prevede l'obbligatorietà di controlli sanitari, inclusa la misurazione della febbre, per i passeggeri provenienti da aree affette, nonché l'applicazione di misure previste dal regolamento sanitario internazionale, ormai vigente, in caso di sintomatologia sospetta per SARS.

A tutt'oggi, nessun caso sospetto è stato identificato a bordo o nell'ambito del filtro aeroportuale, indicando nel filtro stesso una parte di un sistema più complesso, che richiede anche la sorveglianza sul territorio nazionale. In definitiva, nel tempo, la sorveglianza nei porti e negli aeroporti è passata attraverso varie fasi: dapprima passiva, nei primi giorni, consistente nell'attesa di eventuali segnalazioni da parte di compagnie aeree, comandanti di navi o di altre autorità; successivamente, consegna attiva di materiale ed, infine, con l'entrata in vigore dell'ordinanza sulla sorveglianza sanitaria dei passeggeri, controlli sui singoli passeggeri in arrivo.

Le linee direttrici generali seguite da questa amministrazione nell'adozione delle misure atte a contrastare la SARS sono identificabili nel rispetto del principio generale di tutela della salute pubblica e tendono ad evitare che un'epidemia in atto, e diffusa in altre aree geografiche, possa varcare i confini nazionali e costituire una minaccia per la popolazione italiana e comunitaria.

Il complesso degli interventi appena delineato fa parte, peraltro, di una più ampia risposta in termini di prevenzione, diagnosi e terapia della malattia, alla luce

delle conoscenze scientifiche al momento disponibili e tuttora in evoluzione a livello internazionale, nonché sulla base di un doveroso principio di cautela derivante dalla mancanza di precisa conoscenza sull'adozione di efficaci misure di prevenzione e controllo da parte dei paesi interessati all'epidemia.

L'efficacia degli interventi fino ad oggi adottati a distanza di tre mesi dall'allarme globale lanciato dall'Organizzazione mondiale della sanità appare confermata dalla pronta individuazione di tutti i casi sospetti, che hanno riguardato esclusivamente soggetti che provenivano da aree affette, nonché dalla completa assenza di diffusione secondaria della malattia tra gli operatori sanitari o tra la popolazione.

Grazie, Presidente, e mi scuso per la lunghezza della risposta.

PRESIDENTE. Onorevole Guidi, la completezza non è mai un difetto, al massimo potrà essere un eccesso, ma non in questo caso.

L'onorevole Ruggia ha facoltà di replicare.

ANTONIO RUGGHIA. Signor Presidente, mi dichiaro soddisfatto della risposta fornita dal sottosegretario, del quale ho molto apprezzato la relazione, con la quale sono stati ricostruiti gli interventi assunti dal nostro Governo, di intesa con l'Organizzazione mondiale della sanità, per combattere la diffusione della SARS.

Tuttavia, l'interrogazione era stata presentata per un motivo specifico. A noi sembrava strano che, nel momento in cui nel nostro paese si manifestava il massimo allarme per la diffusione di questa epidemia e nel momento in cui il Governo assumeva le iniziative che il sottosegretario ha testè ricordato, alcune imprese operanti nel Lazio — sono quelle che conosciamo — continuavano ad inviare i propri dipendenti in zone a rischio per svolgere l'attività lavorativa senza richiederne l'assenso.

Dunque, mentre il 12 aprile si chiedeva a tutti i cittadini italiani di rimandare i viaggi non essenziali e mentre, pochi giorni

dopo, il Governo invitava specificamente a rimandare i viaggi nelle aree a rischio di SARS, i dipendenti di queste aziende non potevano dimostrare la propria disponibilità a svolgere l'attività lavorativa in tali zone.

Nell'accurata disamina e ricostruzione delle vicende che hanno portato il Governo a combattere la diffusione del virus, non è prevista nessuna nota o circolare volta a chiedere alle aziende di dover accertare la preventiva disponibilità dei propri dipendenti per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Adesso la situazione è cambiata; infatti, ci risulta che ora si recano nelle zone a rischio per motivi di lavoro soltanto dipendenti volontari. Ciò è accaduto anche a seguito dell'iniziativa delle istituzioni (tant'è che il consiglio regionale del Lazio ha approvato un ordine del giorno su questo specifico argomento), dei lavoratori e dei sindacati. Tra l'altro, i lavoratori volontari che si recano in tali zone rispettano le prescrizioni illustrate dal sottosegretario.

Quindi, non ho difficoltà a dichiararmi soddisfatto e mi spiace di aver sottoposto il sottosegretario allo sforzo di dover ricostruire tutti gli interventi assunti dal Governo per contrastare la diffusione della SARS.

Tra l'altro, il Governo si era già recato in aula per rendere un'informativa su tale argomento, mentre la mia interrogazione riguardava in maniera più specifica l'aspetto dell'imposizione ai lavoratori di svolgere l'attività lavorativa in zone a rischio di contagio senza chiederne l'assenso.

(Delibere delle ASL per il controllo dell'emigrazione sanitaria infraregionale – n. 3-02232)

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la salute, onorevole Guidi, ha facoltà di rispondere all'interrogazione Blasi n. 3-02232 (vedi l'allegato A – Interrogazioni sezione 10).

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ri-

schiano un pochino le corde vocali – ma sto facendo logoterapia, quindi è utile –, ringrazio gli interroganti di questa ginnastica vocale.

PRESIDENTE. Mi pare che la voce stia bene.

ANTONIO GUIDI, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Parlando, si parla sempre meglio, non so quanto si pensi meglio. Presidente, la ringrazio per la sua gentilezza e anche per il suo acume.

Vengo alla risposta. In via preliminare, si deve osservare che il provvedimento di cui si discute, recante misure per la riduzione dell'emigrazione sanitaria infraregionale, è una delibera assunta dal direttore generale della ASL n. 3 di Lagonegro, nell'ambito della propria autonomia gestionale e decisionale.

Sotto il profilo della vigilanza, giova precisare che, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 31 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, il controllo delle aziende unità sanitarie locali spetta alla regione di riferimento. Del resto, il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 attribuisce alle regioni ogni competenza in materia di assistenza ed essendo la tutela della salute compresa fra le materie di legislazione concorrente, ai sensi del nuovo titolo V della Costituzione, soltanto le regioni hanno potestà regolamentare al riguardo. Per completezza di informazioni e a conferma delle osservazioni che precedono, ma anche considerato che il decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 270, recante «Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale», al capo VI, articoli 69 e 70, assegna alle regioni il potere di integrare con accordi regionali quanto convenuto in sede nazionale per gli aspetti relativi alle prestazioni di attività aggiuntive.

Inoltre, da ultimo, l'articolo 152, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, legge finanziaria per il 2003, ha demandato ad una struttura tecnica interregionale la disciplina dei rapporti con il

personale convenzionato con il servizio sanitario nazionale.

Entrando nel merito, non vi è dubbio che la delibera in questione è finalizzata a contenere il fenomeno della spesa sanitaria attraverso iniziative che, incentivando l'attività dei medici di medicina generale, possano limitare il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale. Con il provvedimento si vuole porre un limite ai ricoveri in ambito infraregionale, assegnando al medico una quota premio in ragione del Drg risparmiato. Il caso di specie può anche suscitare perplessità sotto il profilo etico e deontologico ma, da un punto di vista strettamente giuridico — questa è una considerazione che fa il ministero, in linea generale —, lo strumento adottato non appare di per sé preclusivo della possibilità di scelta da parte del malato del luogo ritenuto il più idoneo alle proprie cure. Infatti, non risulta in alcun modo come il medico di medicina generale possa impedire all'assistito di accedere ad una struttura ospedaliera situata fuori dal territorio della ASL di residenza. Ordinariamente, infatti, la proposta di ricovero formulata dal medico di medicina generale non reca l'indicazione del presidio ospedaliero ove il ricovero stesso verrà effettuato e l'assistito può liberamente, anche in questo caso, scegliere la struttura a cui rivolgersi.

Se la delibera di cui trattasi prevedesse una procedura diversa da quella descritta, ovvero una qualsiasi forma di autorizzazione preventiva al ricovero che concretizzasse un reale impedimento per l'assistito nell'accesso alla struttura di sua fiducia, allora certamente il provvedimento integrerebbe una violazione del diritto di libera scelta: significherebbe, in poche parole, una violazione del diritto di libera scelta del luogo di cura, garantito dalla legge. Se viceversa — a parte la Costituzione, che per me rimane il riferimento più importante —, l'incentivo previsto a favore del medico di medicina generale lo inducesse semplicemente ad un'opera di assicurazione dell'assistito volta a renderlo consapevole del fatto che il presidio di zona potrà fornire le prestazioni di cui

ha bisogno con il medesimo di livello di qualità ovvero, ad esempio, con minori tempi di attesa — sempre secondo scienza e coscienza —, la scelta del direttore generale non dovrebbe suscitare scandalo al pari di iniziative regionali e locali volte a scoraggiare la mobilità interregionale e a ridurre conseguentemente i costi attraverso misure attrattive che puntino sul miglioramento dell'offerta territoriale.

Dalle notizie trasmesse dall'ufficio territoriale di Governo di Potenza ed acquisite presso le competenti autorità sanitarie regionali, viene inoltre comunicato che l'azienda ASL 3 di Lagonegro, con la deliberazione n. 141 del 17 gennaio 2003, ha riconosciuto ad un medico di medicina generale un incentivo pari al 3 per cento della minore spesa sostenuta dall'azienda per l'anno 2003 rispetto all'anno 2001 relativa ai ricoveri presso altre aziende della regione Basilicata. Tale decisione si inserisce in un progetto incentivante per l'anno 2003 rivolto ai medici di base e finalizzato al controllo della mobilità ospedaliera infraregionale che spesso determina un numero considerevole di ricoveri ingiustificati. Nell'ambito dello stesso progetto, con delibera n. 60 del 13 gennaio 2003, era stato in precedenza attribuito al medesimo professionista un ulteriore incentivo pari al 7 per cento della minore spesa sostenuta dall'azienda per i ricoveri fuori regione.

Risulta che l'azienda ASL 3 ha adottato fino ad oggi circa — non capisco bene il «circa»... — 144 analoghe delibere incentivanti in favore di altrettanti medici operanti nel comparto di medicina generale. Tali provvedimenti si ispirano a precisi obiettivi perseguiti in materia di sanità pubblica dalla regione Basilicata. Infatti, l'ente ha emanato, con delibera di giunta n. 275 del 15 febbraio 2000, alcune direttive vincolanti per l'azienda sanitaria della regione, sulla base all'articolo 4 della legge regionale n. 27 del 1996, con la quale sono stati fissati tra gli altri i criteri per la determinazione degli incentivi volti al recupero della mobilità passiva extra regio-

nale e al miglioramento dell'utilizzo dei presidi ospedalieri distrettuali delle aziende ASL.

Tali accorgimenti, adottati in attuazione di una politica di controllo della mobilità ospedaliera, mirano a ridurre, in maniera significativa, la spesa derivante dall'emigrazione dei pazienti fuori regione, nonché a limitare una prassi molto diffusa nella rete ospedaliera, quella cioè delle degenze brevi, le quali — com'è noto — determinano una realtà variegata, connotata da situazioni di squilibrio nei presidi regionali di maggior rilievo.

Peraltro, è da evidenziare che gli effetti del suindicato provvedimento della giunta regionale — oggetto di controlli a campione da parte della sezione regionale della Corte dei conti per la Basilicata, nell'ambito delle attività ispettive di competenza — sono stati valutati positivamente, come risulta dalla delibera avente come titolo « Programma di controllo sulla gestione ».

Per completezza di notizie si rappresenta, infine, che l'obiettivo di ridurre la mobilità infra ed extra regionale risulta sia stato perseguito anche da altre aziende ASL, come quelle di Arezzo, di Rovigo, di Bari, di Rimini, di Reggio Emilia ed altre.

Vorrei concludere dicendo che nella risposta fin qui fornita si è parlato di riduzione della spesa.

Mi dispiace farla lunga soprattutto per rispetto nei confronti di chi ascolta, ma anche nei miei, poiché qualche difficoltà comincio a sentirla. In ogni caso, ci tengo ad aggiungere che la riduzione della mobilità deve essere garantita, prima di tutto, dalla presenza locale di strutture adeguate. Cioè, non si può impedire la mobilità in nessun caso, ma si può aiutare la gente a rimanere nel proprio luogo di appartenenza a due condizioni: in primo luogo, le strutture debbono essere adeguate alla cura e, al contrario, non debbono costringere le persone ad essere curate male, anche se quest'ultimo punto credo cozzi con qualunque principio, come ho già fatto notare in precedenza.

Vi è una questione importante da sottolineare: sicuramente chi soffre — soprattutto in riferimento ad alcune malattie —

ha tutto il diritto di guardare lontano, anche per motivi psicologici. È anche vero, però, che, al di là dell'angusto discorso della spesa, è importante garantire la vicinanza di una struttura ospedaliera. Infatti, poiché in tal caso i parenti e le persone care possono visitare il malato, si creano meno problemi per la famiglia e, soprattutto, ci si cura meglio — qualcuno, addirittura, sostiene che, in questo modo, si guarisce meglio e prima —. È certo, quindi, che più si è vicini alla propria casa, tanto meglio si sta, ci si cura meglio e, forse, si guarisce prima.

Ringrazio il Presidente per la cortesia e la pazienza con la quale mi ha ascoltato ed anche i resocontisti, stressati da questa lunga mattinata. In ogni caso, debbo sottolineare un punto fondamentale: il risparmio. Troppo spesso, infatti — ho anche tentato di sottolinearlo in varie occasioni —, da parte dei direttori generali, si ricorre a questo strumento, il quale può essere utile per aumentare e modificare le risorse all'interno della stessa ASL; in ogni caso, una visione eccessivamente ragionieristica della salute fa male alla salute stessa.

Su questo giova riflettere costantemente perché un riordino dell'assetto sanitario, un recupero di risorse, più che utili, sono indispensabili, ma sempre in una visione che sta dalla parte della salute, della cura, della riabilitazione e, se mi permettete, della prevenzione e della ricerca a favore del cittadino.

Il risparmio fine a se stesso non solo non fa bene alla salute, ma non serve nemmeno all'economia: il risparmio oggi può essere un elemento di spesa domani, ma soprattutto costituire un momento di sofferenza; credo, tuttavia, che ciò non lo voglia nessuno. Ringrazio l'interrogante ed il Presidente.

PRESIDENTE. L'onorevole Blasi ha facoltà di replicare.

GIANFRANCO BLASI. Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Guidi per la sua risposta, ma, soprattutto, per le sue considerazioni finali che mi confortano perché si muovono nel solco culturale