

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

3° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 30 OTTOBRE 1997

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE**Audizione del commissario straordinario della Croce rossa italiana**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 9 e <i>passim</i>	<i>BENAGIANO</i>	Pag. 3, 10, 12 e <i>passim</i>
BORTOLOTTO (<i>Verdi-l'Ulivo</i>)	9	<i>MOROSINI</i>	4, 14
CAMERINI (<i>Sin.-Dem.-l'Ulivo</i>)	11	<i>VERANI</i>	6, 17, 19
CASTELLANI Carla (<i>AN</i>)	13		
DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	17, 18		
MIGNONE (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	15		
MONTELEONE (<i>AN</i>)	17		
PIANETTA (<i>Forza Italia</i>)	14		

Intervengono il professor Giuseppe Benagiano direttore dell'Istituto superiore di sanità nonché il dottor Pierluigi Morosini e la dottoressa Paola Verani, dirigenti di ricerca del medesimo Istituto.

I lavori hanno inizio alle ore 14,20.

Audizione del professor Giuseppe Benagiano, direttore generale dell'Istituto superiore di sanità

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Giuseppe Benagiano, direttore generale dell'Istituto superiore di sanità; egli interviene alla presente audizione accompagnato dal dottor Pierluigi Morosini e dalla dottoressa Paola Verani, entrambi dirigenti di ricerca del medesimo Istituto.

La procedura seguita per questa audizione è stata quella di far pervenire l'invito accompagnato da tutte le informazioni circa le modalità organizzative e le notizie riguardanti le inchieste avviate da questa Commissione. Chiediamo quindi ai rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità di esporre le loro conoscenze in proposito. Naturalmente non ci aspettiamo risposte globali in merito a tutti i temi trattati nell'inchiesta perchè solo alcuni sono stati oggetto di attenzione da parte dell'Istituto. La Commissione ha interesse a definire gli ambiti di ricerca dei quali l'Istituto superiore di sanità si è occupato, in modo da avere indirizzi metodologici e dati informativi preliminari alle inchieste avviate.

Do la parola al professor Benagiano.

BENAGIANO. In relazione alla documentazione inviataci riguardante le aree di indagine della Commissione d'inchiesta sul sistema sanitario e dal momento che ricopro l'incarico di direttore dell'Istituto superiore di sanità da breve tempo, mi sono fatto accompagnare da due dirigenti in grado di fornire una memoria storica che io assolutamente non ho. Insieme abbiamo messo a fuoco le aree di indagine (gestione, cure e garanzie) e dobbiamo sottolineare che in realtà all'Istituto superiore di sanità in quanto tale non è stato demandato il compito istituzionale di svolgere attività specifiche relative alle inchieste di cui si sta occupando la Commissione. Esso ha invece svolto attività settoriali sulle quali possono darvi informazioni sia il dottor Morosini che la dottoressa Verani.

L'unico argomento sul quale occorre fare una precisazione è quello relativo all'indagine sull'utilizzazione dei fondi per l'Aids. Infatti l'Istituto superiore di sanità si occupa direttamente dei fondi per la ricerca tra cui i fondi destinati alle problematiche sociali concernenti l'Aids (che rappresenta una ricerca molto *sui generis* perchè non è nè biomedica nè stretta-

mente di sanità pubblica) e pertanto di questo può rispondere fornendovi tutte le informazioni che desiderate; ma se per fondi Aids si intendono quelli per la realizzazione di strutture per il trattamento di tale patologia devo dichiarare che di quelli l'Istituto non sa nulla.

A questo punto, riservandomi di intervenire successivamente, cedo la parola al dottor Morosini e alla dottoressa Verani i quali, data la loro competenza ed esperienza diretta in materia, forniranno chiarimenti sui progetti di ricerca avviati dall'Istituto superiore di sanità.

PRESIDENTE. Intervengo semplicemente per fornire qualche chiarimento in merito a due aspetti. Il Presidente e la Commissione intera nutrono grandissima stima nei confronti dell'Istituto superiore di sanità, che è l'organo di consulenza istituzionale del Ministero della sanità. Detto questo ripeto, non ci aspettiamo di avere risposte globali in merito a tutti i temi trattati nell'inchiesta ma solo approfondimenti e chiarimenti relativi a quelli sui quali i rappresentanti di tale Istituto hanno conoscenza specifica.

Inoltre, per quanto riguarda la problematica dell'Aids, nella lettera a voi inviata si è parlato, forse un po' impropriamente, di fondi Aids, in realtà è chiaro che a completamento di un'inchiesta in proposito ci possono interessare molto i dati concernenti l'andamento epidemiologico della malattia, quelli relativi alla ricerca piuttosto che quelli della politica complessiva che, tra l'altro, non sono di stretta competenza dell'Istituto (quali, ad esempio, le erogazioni che ci sono state ai fini degli alloggi nonchè delle ristrutturazioni dei reparti specifici per malattie infettive).

MOROSINI. Il settore dell'Istituto che più si è occupato di questi problemi, anche se in modo frammentario e non coordinato, è sicuramente il settore epidemiologico. La nostra attenzione è stata rivolta prevalentemente alla qualità dell'assistenza intesa come qualità tecnico-scientifica professionale e non come qualità manageriale o qualità del lavoro dei professionisti sanitari così come percepita dagli utenti. In passato ci siamo occupati di qualità manageriale e di controllo di qualità della gestione delle strutture per quanto riguarda il sistema dei Drg (*Disease related groups*) che, in effetti, è stato introdotto in Italia anche grazie ad una forte collaborazione dell'Istituto superiore di sanità ed è stata inoltre valutata la qualità della gestione dei dati e il loro possibile utilizzo, soprattutto quello distorto. Ci siamo impegnati, quindi, nella messa a punto di una serie di indicatori per poter controllare l'uso distorto dei Drg (degenze troppo brevi, degenze ripetute, e così via), ma di questo aspetto in questo momento non ci occupiamo perchè il ricercatore che aveva competenze specifiche in materia ha assunto un altro incarico, per cui, di fatto, questo gruppo di ricerca non è più attivo; esso infatti è impegnato a portare a termine i lavori già avviati senza intraprendere nuove iniziative.

In vari settori l'Istituto si è occupato, per progetti specifici, di ricerca di qualità dell'assistenza sanitaria, ma, ripeto, in modo frammentario e su specifici progetti. Forse quello di dimensioni maggiori, finanziato soltanto

con l'1 per cento del Fondo sanitario nazionale, è il progetto: «Verifica di rendimento e qualità (VRQ) dei servizi sanitari»; seguendo la terminologia più utilizzata attualmente, si deve parlare di «Miglioramento continuo del servizio sanitario», perchè la prima definizione è ormai superata.

Questo progetto è in corso e non ha ancora prodotto risultati. Esso è suddiviso in due aree: la prima ha comportato una sorta di censimento propositivo delle attività per il miglioramento continuo di qualità in corso nelle aziende sanitarie. L'aggettivo «proposito» indica il fatto che nell'elaborare i questionari abbiamo cercato di suggerire quelle attività che possono essere in grado di migliorare il servizio. Si tratta in sostanza di un questionario molto dettagliato in cui, per esempio, si chiede se la biblioteca è abbonata o può accedere direttamente ai dati sull'efficacia degli interventi sanitari. In qualche modo la nostra richiesta vuol essere un suggerimento a fare un abbonamento di questo tipo.

Finora circa cinquanta aziende hanno risposto ai questionari e tra le domande che vengono rivolte ve ne sono alcune relative all'istituzione dell'ufficio relazioni con il pubblico (Urp) anche se in maniera molto marginale perchè non ci siamo occupati della Carta dei servizi come tale. Quindi, tra pochi mesi, saremo in grado di sapere se non sono stati istituiti gli Urp, chi sono i responsabili e a chi ci si può rivolgere per avere informazioni.

L'altro filone è relativo al coordinamento di una serie di progetti da noi definiti di accreditamento volontario o tra pari o professionale o anche come scambio di visite di consulenza reciproca; si tratta di progetti relativi a specifiche discipline in cui gli interessati a tali discipline si riuniscono per elaborare i loro criteri di accreditamento che, pur essendo simili a quelli indicati nella legge n. 4 del 17 gennaio di quest'anno, sono certamente più dettagliati, specifici e professionali. Questo scambio di visite non ha lo scopo di favorire il reciproco accreditamento bensì di mettere in luce quei punti di forza che possono favorire l'attività di altri colleghi attraverso qualche utile suggerimento.

Molte sono state le iniziative in questo senso in Italia e questo progetto tenta sia di contribuire alla definizione di una metodologia comune che a garantire uno scambio di esperienza nell'ambito di queste iniziative.

A tal proposito, si dà molta importanza all'aspetto della personalizzazione dell'assistenza; in particolare, ricordo un'iniziativa relativa alla residenza sanitaria assistita per anziani. Noi stessi abbiamo sviluppato un manuale in cui sono previsti almeno 50 o 60 requisiti relativi all'attenzione per l'anziano e al modo di trattarlo in maniera rispettosa (ad esempio non chiamare la persona anziana «vecchio» o «nonno», come spesso accade, bensì, rispettandone la personalità, dandole del lei o del tu a seconda dei casi, oppure chiamarlo per nome o cognome).

Anche se viene dato un particolare rilievo agli aspetti relativi alla personalizzazione e all'umanizzazione, i metodi principali vertono più su aspetti di qualità professionale e, in piccola parte, di *leadership* e di organizzazione manageriale in senso lato.

Un progetto analogo è stato finanziato dall'Istituto anche nell'ambito del progetto obiettivo sulla salute mentale. Esiste un progetto di accreditamento dei servizi di salute mentale, finanziato nell'ambito del progetto finalizzato alla salute mentale, che presenta comunque aspetti analoghi a quelli sviluppati in progetti precedenti. Anche in questo caso sono stati messi a punto dei manuali di accreditamento nei quali si dà molta importanza ad alcuni aspetti che nel campo della salute mentale hanno ancor più rilievo che in altre discipline: la personalizzazione e l'umanizzazione.

Un'altra attività abbastanza diffusa è relativa al buon uso dei farmaci. Dal momento che si parla di medicina generale, ricordo che in Istituto esiste un gruppo che si occupa dell'uso dei farmaci in medicina generale e di aiutare i medici che operano in questo settore, e che lo deriderano, a razionalizzare l'uso dei farmaci e a muoversi nell'ambito di un progetto che tenda a migliorare la qualità dei farmaci impiegati. L'uso dei farmaci non riguarda soltanto la medicina generale ma anche l'ambito ospedaliero.

Questo è il quadro generale delle attività che l'Istituto svolge attualmente. Mi sono limitato ad indicare le problematiche rispetto a cui l'Istituto appare più attivo. Rimango a disposizione di eventuali domande in merito a specifiche patologie o a problematiche particolari.

VERANI. Signor Presidente, vorrei fare una breve premessa prima di illustrare le attività relative ai fondi Aids gestiti dall'Istituto superiore di sanità. Di Aids si parla tanto ma si dimenticano le date precise della sua identificazione. Alle volte, poi, ho sentito dire che in tanti anni non si è fatto molto rispetto a tale malattia. Così non è.

Si tratta di una sindrome individuata per la prima volta nel 1981. La causa, trattando da una malattia infettiva ad eziologia virale, è stata identificata chiaramente soltanto tra il 1983 e il 1984 dai professori Montaignier e Gallo. Nel 1984 ci si è trovati davanti ad una malattia molto particolare che presentava come caratteristica un lungo periodo di latenza, dall'infezione ai primi sintomi della malattia, a volte superiore ai dieci anni. In quest'ambito di tempo il soggetto colpito da tale sindrome poteva trasmettere il virus con modalità di contagio differenti e particolari rispetto a quelle di altre malattie.

Una volta identificata la causa dell'AIDS nel 1984, si è cercato innanzi tutto di individuare, a livello internazionale, quali fossero le modalità di trasmissione di tale sindrome e si è scoperto che una delle vie era rappresentata dal sangue.

L'attività svolta dal Ministero della sanità, su parere del Consiglio superiore della sanità, è stata di realizzare un sistema di sorveglianza con il compito di identificare i casi di AIDS e valutare l'andamento di questa malattia che, per fortuna, in Italia è arrivata abbastanza in ritardo rispetto a paesi come la Francia e gli Stati Uniti. All'epoca furono messe in atto misure per controllare la trasmissione attraverso gli emoderivati del sangue. In particolare, i soggetti affetti da emofilia, a causa dei trattamenti terapeutici che richiedevano continue trasfusioni, furono tra i primi ad es-

sere infettati e quindi i primi controlli e misure di prevenzione furono applicati per le trasfusioni di sangue e gli emoderivati.

Soltanto nel 1987-1988, all'epoca in cui era ministro Donat-Cattin, si decise a livello di Ministero della sanità di istituire un'apposita commissione e di destinare finanziamenti *ad hoc* per vari interventi nel settore della prevenzione dell'Aids.

Questi finanziamenti furono allocati in un capitolo particolare dell'Istituto superiore di sanità in quanto all'epoca la gestione del bilancio era ripartita in capitoli fissi. In tale capitolo, oltre ai fondi per la ricerca, furono previsti, sulla base di appositi decreti emanati dai Ministri dell'epoca, anche quelli legati a vari interventi contro l'Aids.

A partire dal 1984, in base ad una diversa strutturazione del bilancio dell'Istituto, è stato istituito un capitolo unico nel quale confluiscono anche i fondi per la ricerca in materia di Aids. La destinazione dei finanziamenti viene approvata su base annuale dal Comitato amministrativo dell'Istituto che - lo ricordo - è presieduto dal Ministro della sanità. Quest'ultimo ha quindi il potere di effettuare un controllo sulla destinazione dei fondi.

Tra le iniziative intraprese a partire dal 1987 la prima è stata quella di istituire un centro operativo Aids, tuttora funzionante presso l'Istituto superiore di sanità, che ha da sempre svolto il compito di monitorare i fenomeni legati a questa epidemia, di valutare i fattori di rischio e di svolgere un'azione di sorveglianza attiva presso le varie regioni, competenti su alcune di queste attività. Questo sistema di sorveglianza prevede l'obbligo, per i vari osservatori regionali, di fornire all'Istituto dati specifici in merito all'andamento epidemiologico dell'Aids. Tali dati vengono elaborati su base trimestrale e possono essere messi a disposizione della Commissione.

L'istituzione del centro operativo Aids ha garantito la possibilità di monitorare e di fare delle previsioni sull'andamento dell'epidemia, sui casi di Aids rilevati e sui nuovi casi di infezione. Sulla base delle stime fornite da tale centro è stato anche possibile fare delle previsioni in merito al numero dei posti letto necessari per i malati di Aids a livello regionale. È bene ricordare che nell'ambito delle varie regioni alcune città, date le particolari modalità di trasmissione, risultano maggiormente colpite da questa infezione.

Al di là dell'istituzione del centro operativo Aids, occorre ricordare un'altra importante iniziativa sviluppata in questi anni, su istanza dell'allora Ministro della sanità Donat-Cattin (ribadita poi da tutti i Ministri che gli sono succeduti) e sentita la Commissione nazionale per la lotta all'Aids: mi riferisco all'istituzione di progetti di ricerca con lo scopo di finanziare la ricerca sull'Aids in Italia (che più o meno fa riferimento ai finanziamenti dell'Istituto di sanità, visto che non ci sono stati da parte del Consiglio nazionale delle ricerche dei progetti *ad hoc*).

Questi progetti di ricerca hanno usufruito di cospicui finanziamenti (attorno ai 25-30 miliardi l'anno) e diversi sono stati i Comitati di valutazione che si sono succeduti negli anni. Non si è pensato inizialmente

di dover focalizzare i progressi su settori particolari di ricerca sull'Aids, ma si è deciso di operare su vari aspetti e cioè sulla ricerca epidemiologica, sulla ricerca di base sul *virus* stesso, sulle modalità di infezione e di causa della malattia, sulla ricerca immunologica. Sappiamo infatti che il *virus* dell'AIDS colpisce il sistema immunitario, ossia quel sistema che dovrebbe proteggere l'organismo dalle infezioni.

Oltre a queste ricerche, molto importanti sono state quelle su una delle manifestazioni collegate all'Aids, l'insorgenza di tumori, a quelle relative alle varie modalità di approccio terapeutico e alle nuove indicazioni farmacologiche. Questo, in generale, per quanto riguarda i progetti di ricerca.

Si è poi evidenziata durante il corso degli anni la necessità di distaccare dal principale progetto di ricerca, dei progetti *ad hoc* che per la loro tipologia non potevano essere svolti secondo le modalità di funzionamento previste per il progetto generale. Questo veniva espletato in base ad un bando, nel quale si richiedeva, su base annuale, di presentare dei progetti. Uno di questi progetti ha riguardato l'uso e la sperimentazione del farmaco Azt-ne sono stati poi identificati altri attivi contro l'Aids. Tali studi sono sempre stati coordinati dall'Istituto superiore di sanità, così da disporre di informazioni molto utili da confrontare poi con altri istituti europei o con organizzazioni americane. La sperimentazione dei farmaci deve sempre comprendere un certo numero di soggetti affinché abbia una valenza scientifica. È stato inoltre distaccato un progetto finalizzato alla messa a punto di modelli animali – il più possibile vicini a quello dell'uomo e sempre utilizzati a tale scopo per la sperimentazione e per lo sviluppo di un vaccino contro l'Aids. Ricordo che i gruppi del progetto vaccino partecipano ad azioni concertate a livello europeo.

Altro problema affrontato è quello che riguarda gli aspetti sociali e assistenziali dell'Aids. Si tratta di un progetto di ricerca e di intervento in un campo in cui l'Istituto non ha specifiche competenze: questa è la ragione per cui lo stesso Istituto ha cercato di individuare quale tipo di organizzazione potesse occuparsene. Date però le modalità con cui venivano gestiti i soldi, l'importanza di poter effettuare degli interventi e svolgere attività di ricerca e, principalmente, quella di poter finanziare le associazioni di volontariato (che svolgono attività complementari molto importanti rispetto a quelle delle istituzioni pubbliche), si è ritenuto che l'unico modo per intervenire fosse quello di utilizzare parte dei fondi dell'Istituto per finanziare questi progetti. Oggi stanno arrivando le richieste di finanziamento per il terzo Progetto AIDS-sociale.

Altra attività assai importante finanziata dall'Istituto con i fondi dell'Aids è stata quella del piano di formazione. Era evidente la necessità di formare degli operatori a livello regionale per i vari settori riguardanti le problematiche connesse all'Aids. Si tratta di un'attività – io mi occupo di virologia, ma un collega il dottor Greco, se ne è occupato in prima persona – che attualmente ha concluso il suo ciclo.

Posso citare anche un'altra attività svolta dall'Istituto, quella del controllo di qualità presso i servizi trasfusionali ed i laboratori diagnostici. Si

tratta in effetti di un'attività di ricerca un po' particolare, ma si poneva la necessità di intervenire in questo settore. Uno dei principali obiettivi che ci si propone, come sapete, è quello di prevenire la trasmissione dell'infezione attraverso il sangue; quindi, ci si è voluti assicurare che i *kit* diagnostici fossero utilizzati in maniera corretta ed idonea presso i Servizi trasfusionali ed i laboratori. È vero che tale attività spetterebbe alle regioni, ma è anche vero che ci era pervenuta una richiesta di effettuare un coordinamento a livello nazionale. Non ci siamo tirati indietro.

Anche in altri paesi del mondo esistono programmi di controllo di qualità - d'altronde si tratta di un'attività che è andata crescendo nel tempo - e infine l'Italia presenta una particolarità: nel nostro paese vi sono ben 400 centri trasfusionali a fronte dei 40 della Francia e dei 20 dell'Inghilterra. Queste cifre indicano un'organizzazione periferica di questi servizi molto frammentata, ecco perchè era molto importante assicurare una qualità omogenea, per quanto possibile, delle prestazioni presso questi centri trasfusionali. Lo stesso discorso vale per i laboratori diagnostici, anche loro dipendenti dalle singole regioni. Questa attività si esplica inviando dei campioni in codice tre volte l'anno con delle schede; si ricevono così i risultati, si rielaborano e si rimandano in periferia. Si svolgono poi riunioni periodiche per discutere problemi e valutare algoritmi diagnostici.

Anche se non riguardava strettamente l'Aids, su *input* della Commissione nazionale per la lotta all'Aids, i controlli di qualità sono stati estesi anche ai *kit* utilizzati per il controllo trasfusionale per l'epatite B e C visto che i destinatari erano gli stessi e dal momento che era già operante un'organizzazione di ricerca sul controllo di qualità per il *virus* dell'Aids.

Credo di avere fornito una panoramica delle attività svolte dall'Istituto con i fondi che gli sono stati assegnati. Ovviamente abbiamo tutti i dati a disposizione circa i finanziamenti erogati nei vari anni e i risultati conseguiti.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per i loro interventi.

Do ora la parola ai membri della Commissione che intendano porre quesiti.

BORTOLOTTO. La nostra inchiesta riguarda le strutture sanitarie e quindi non soltanto gli ospedali e le residenze sanitarie assistite ma anche quelle strutture che si occupano di prevenzione; prevenzione che, secondo la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, avrebbe dovuto essere il primo obiettivo del nostro sistema sanitario.

Dal 1979 la legge prevede che vengano definiti i livelli massimi d'inquinamento ammessi negli ambienti di lavoro. Ritengo che l'Istituto superiore di sanità ricopra un ruolo importantissimo nella definizione di tali livelli e pertanto chiedo quali risultati siano stati raggiunti dopo 18 anni.

Oltre a questo oggi, ad esempio, ci troviamo di fronte ai problemi creati dalle antenne dei telefoni cellulari. Ovunque insorgono comitati di cittadini che protestano ma non abbiamo informazioni precise sui limiti

di tollerabilità di queste onde elettromagnetiche a bassa intensità e ad alta frequenza. La stessa mancanza di informazioni si registra per altri inquinanti ambientali che causano conseguenze sanitarie anche molto gravi, mentre per quanto riguarda molte altre situazioni inquinanti siamo ben informati perchè l'Istituto superiore di sanità evidentemente svolge un lavoro molto serio in questa direzione.

Pochi giorni fa la 13^a Commissione del Senato ha approvato in via definitiva la legge sul benzene e l'Istituto superiore di sanità ci ha informato che negli Stati Uniti si è scoperto che l'1-3 butadiene è una sostanza cancerogena, anzi sarebbe la principale causa di cancro tra i vari componenti presenti nei gas di scarico degli autoveicoli. Nel nostro paese non abbiamo una normativa precisa che contenga indicazioni precise circa un prodotto come, ad esempio, la fuligine da *diesel* (altra rilevante causa di mortalità per tumore) e come molti altri prodotti che causano consistenti problemi sanitari. Chiedo quindi qualche chiarimento sull'attività dell'Istituto superiore di sanità in questo senso.

BENAGIANO. Credo occorra distinguere due livelli: da una parte, esiste – e deve esistere – l'aspetto della ricerca, che definirei tradizionalmente il punto forte dell'Istituto, quanto mai necessario per avere informazioni più corrette; dall'altra, vi è l'aspetto normativo, che non è però strettamente di competenza dell'Istituto. Il primo, dovrebbe – mi auguro che l'abbia fatto e continui a farlo – fornire il supporto di conoscenze necessarie per poter modificare adeguatamente le normative.

Per quanto riguarda i prodotti tossici ambientali, abbiamo dei laboratori che si occupano di una grande varietà (non dico infinita perchè non sarebbe possibile) di tossici di vario genere rilasciati nell'ambiente; per quanto è possibile l'Istituto o fornisce direttamente le informazioni sulla base delle proprie ricerche oppure cerca di mantenersi il più aggiornato possibile. Lei, senatore Bortolotto, faceva riferimento a un fatto nuovo che si è verificato; quello che si deve chiedere all'Istituto è di esserne a conoscenza immediatamente e di trasmetterlo quindi al Ministero e a chi ha il potere legislativo di modificare eventualmente una norma esistente.

Sull'aspetto più specifico relativo alle onde elettromagnetiche, lei sa come me che si tratta di un argomento estremamente dibattuto, complicato e anche con grosse valenze emotive; la verità è che i dati di cui siamo in possesso possono essere «suggestivi» (forse traduco male dall'inglese questo aggettivo) perchè fanno pensare che ci possa essere o meno un rischio a seconda dello studio che si esamina.

Esiste un documento comune predisposto finalmente dall'Ispels e dall'Istituto superiore di sanità che dice qual è la posizione attuale nel campo dei rischi possibili, provati e non provati; perchè, per esempio, esistono rischi abbastanza ben accertati per le attrezzature elettro-medicali, per cui in un ospedale l'uso di un telefonino può mandare in *tilt* strumenti delicati. Su questo tipo di lavoro non ho davvero alcuna competenza; riferi-

sco semplicemente che si tratta di uno studio che l'Istituto ha svolto negli ultimi anni e sul quale ha fornito indicazioni precise.

Gli effetti che più preoccupano il cittadino sono quelli a lungo termine e possiedono due caratteristiche: la prima è quella di presentarsi, se e quando si presentano – parlo del rischio cancerogeno – dopo un certo numero di anni, e la seconda è che è possibile valutarli in maniera epidemiologica solo quando sono trascorsi un certo numero di anni e la diffusione dell'eventuale causa di rischio è sufficientemente ampia. Non c'è dubbio che questa prima caratteristica si sia verificata in Italia, poichè il nostro è uno dei paesi con la maggiore densità di telefoni portatili; ce ne sono dappertutto e quindi se fossero dannosi, certamente avrebbero la possibilità di determinare conseguenze negative per la salute dell'uomo. Per contro, il lasso di tempo necessario a far sì che un dato negativo sia probante (ovvero la seconda caratteristica), a mio avviso, per alcune forme di patologia negativa, non è ancora trascorso e che quindi un'eventuale temporanea risposta negativa non può essere presa come definitiva.

L'Istituto intende affrontare il problema sotto il profilo epidemiologico; non mi riferisco ai modelli sperimentali o animali e anche agli effetti acuti perchè credo che quelli siano stati tranquillamente messi da parte; parlo degli effetti acuti dovuti all'aumento possibile ma non evidenziato di temperatura. Purtroppo sugli effetti a lungo termine vi sono ancora molti dubbi e sono state avanzate due teorie. L'Istituto ha cercato di seguire le indicazioni date dall'Organizzazione mondiale della sanità, attenendosi a dei limiti che in questo momento sembrano essere di sicurezza e dando suggerimenti alle autorità sanitarie o legislative che dovranno prendere le decisioni conseguenti.

PRESIDENTE. Intervengo solo per raccomandare, al di là di quello che può essere un più che giustificato interesse di tutti di consultare i rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità, di attenersi strettamente ai temi di inchiesta della nostra Commissione perchè ho potuto osservare che alcune questioni oggetto delle domande oggi formulate riguardano altri comitati di indagine.

CAMERINI. Signor Presidente, in primo luogo vorrei ringraziare i nostri ospiti e riprendere un aspetto trattato in precedenza. In Commissione sanità ci siamo resi conto della grande difformità esistente nel nostro paese rispetto alla situazione sanitaria. Qual è il ruolo dell'Istituto, come struttura che collabora con il Ministero della sanità, per meglio definire determinate situazioni?

In precedenza, infatti, si è parlato di qualità dei servizi ed è stata citata una ricerca che tenderebbe a modificare i comportamenti di alcune istituzioni. Certamente è un aspetto interessante ma ci dice assai poco della reale situazione sanitaria italiana.

In secondo luogo, vorrei un chiarimento della dottoressa Verani circa i compiti specifici dell'Istituto superiore della sanità, che si trova a dover affrontare campi vastissimi che vanno dall'epidemiologia alla ricerca di

base. È vero che i grandi centri clinici di ricerca, che possono contare anche su una notevole collaborazione a livello internazionale, effettuano ricerche di tale livello da non necessitare di ulteriori sostegni, ma esistono anche altri tipi di ricerca di controllo, come quelli sulla qualità dei *kit*, rispetto ai quali il ruolo dell'Istituto è insostituibile.

Qual è il vero ruolo di questo Istituto? È a livello di ricerca di base, di ricerca epidemiologica o di contributo al controllo della situazione sanitaria italiana?

Infine, si è parlato in precedenza di verifica. L'Istituto funziona con i fondi per l'Aids e grazie alla qualità della ricerca. È compito specifico dell'Istituto funzionare da sistema di controllo di quanto accade nel paese, valutare come i fondi sono stati impiegati e trarre dovute conclusioni in quei casi dove l'impiego è stato inappropriato o inadeguato?

BENAGIANO. In primo luogo è bene chiarire il ruolo dell'Istituto. La legge prevede che il nuovo direttore dell'Istituto superiore di sanità presenti al Ministro, entro 60 giorni, una relazione programmatica in cui vengono indicati progetti e obiettivi che l'Istituto deve realizzare nel corso del suo mandato. Questo è quanto prevede la legge.

Ho già provveduto a presentare questa relazione in cui ho cercato di delineare un ruolo dell'Istituto di un certo tipo. Da un certo punto di vista la nostra situazione si potrebbe definire *de iure condendo*.

È bene partire da questa constatazione: la maggior parte dei fondi dell'Istituto superiore di sanità, ma non solo di tale Istituto (perché anche gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico consumano una certa quantità di risorse), deriva da quel famoso un per cento del sistema sanitario nazionale.

A mio avviso, il punto chiave è rappresentato dal fatto che fondi – uso una espressione impropria augurandomi che sia compresa – «tolta» all'assistenza non devono essere spesi per la ricerca biomedica in senso lato, ma per una ricerca a carattere sanitario che garantisca una ricaduta sul Servizio sanitario nazionale possibilmente moltiplicata. In questo modo non soltanto non sarebbero stati sottratti degli stanziamenti ma questi verrebbero addirittura moltiplicati nei loro effetti.

Se questo è il vero ruolo, è necessario modificare il quadro generale in cui si muove l'Istituto, che nasce come istituzione di ricerca ma che gradualmente ha ampliato le sue funzioni. L'Istituto superiore di sanità rappresenta un modello unico, che svolge la sua attività anche nel campo che gli americani chiamano *regulatory* e che altrove è separata. Ciò da vantaggi e svantaggi. Da un lato il lavoro di ricerca e quello di applicazione o di controllo vengono svolti orizzontalmente, dall'altro si crea al tempo stesso una confusione di ruoli tra le persone.

Che possibilità ci sono di far funzionare meglio e più uniformemente – questa era la sua domanda specifica – il sistema sanitario nazionale? La molteplicità di controlli che effettuiamo serve a mettere in evidenza i casi in cui la qualità lascia a desiderare. In quei casi abbiamo la possibilità di documentare tale situazione, ma non il potere propositivo di stabilire una

linea di azione specifica. Una volta fotografata una certa situazione spetta a qualcun altro muoversi in questo senso.

Ieri, ad esempio, la consulta nazionale per i trapianti si è riunita per cercare di armonizzare le donazioni a livello regionale, pur sapendo che in alcuni casi i tassi di donazione presentano differenze pari a 20 a 1.

L'Istituto superiore di sanità non può cambiare questa situazione, ma certamente ha la possibilità di documentare in appositi registri l'esistenza di certe patologie oppure la qualità di certi servizi, come ad esempio nel caso dei concepimenti assistiti. Si tratta comunque di un'azione svolta a livello volontario mentre a volte sarebbe opportuno uno strumento *ad hoc* - è il Parlamento che deve dotarci di strumenti specifici al riguardo - affinché dal volontariato si possa passare a registri applicati per legge con sanzioni in caso di inadempienze.

Gli studi epidemiologici sono volti non solo a documentare quante sono le persone che muoiono o quelle affette da certe infezioni ma anche a stabilire in che modo un ruolo più propositivo potrebbe modificare alcune situazioni e rendere migliore il modo di vivere degli italiani.

CASTELLANI Carla. Anzitutto ringrazio la delegazione dell'Istituto superiore di sanità riservandomi di rivolgere una domanda che spero non esuli dal campo specifico dell'audizione.

Professor Benagiano, come sta operando l'Istituto superiore di sanità rispetto al tema del trapianto d'organi e quali sono i progetti avviati dall'Istituto in proposito? Vorrei che mi fornisse un quadro più dettagliato al riguardo.

PRESIDENTE. Senatrice Castellani, la domanda da lei rivolta al professor Benagiano riguarda senz'altro uno dei temi dell'inchiesta ed è pertanto del tutto attinente all'oggetto dei nostri lavori.

BENAGIANO. Ieri si è riunita questa consulta che ho avuto il piacere di presiedere per la prima volta. Anche se non ho alcuna competenza in materia di trapianti ho scoperto che, come direttore dell'Istituto, è necessario presiedere realtà diverse in cui a volte è più importante il buon senso che non avere conoscenze scientifiche specifiche. Tra gli argomenti trattati va ricordato un tema importantissimo, quello relativo ad una lista nazionale già attuata e quindi valida per il trapianto pediatrico.

In precedenza si è svolta - questo è quanto mi è stato riferito - una grande battaglia con i pediatri e qualcuno, scherzando, ha sostenuto che siamo schiacciati tra i pediatri che vorrebbero far cominciare la geriatria a 40 anni. A questo proposito il conflitto è stato forte perchè, se tale visione fosse accettata, non esisterebbe quasi più un'età adulta.

Ieri non solo sono state raggiunte delle decisioni e date delle definizioni ma, dal momento che su alcuni aspetti la consulta non può apportare delle modifiche, è stato anche richiesto al Ministro di intervenire.

Altro argomento trattato è quello relativo al trapianto di fegato da vivente. È recente, in materia, il caso italiano comparso su tutti i giornali.

Tale trapianto – va ricordato – ha costituito un'eccezione, realizzata in conseguenza delle tante pressioni; oggi, infatti, il trapianto di fegato da vivente in Italia non è ammesso. Ecco allora sorgere i problemi del rimborso per chi vuole andare all'estero – a prescindere dal tipo di trapianto – considerando le lunghe liste di attesa che abbiamo, ma il resto dell'Europa è meno disponibile ad accettare le nostre richieste. Per un certo periodo vi è stata nei nostri confronti una grande disponibilità perchè avevamo un pò di ritardo da un punto di vista legislativo, ora non è più così. Sul piano delle competenze invece ci troviamo in perfetta linea con gli altri paesi e nel momento in cui – da noi così come in Giappone, dove hanno realizzato un solo trapianto di cuore – abbiamo avuto la possibilità di farlo, siamo intervenuti con efficacia, perchè era già tutto pronto. Ripeto, il ritardo non è tecnologico.

In relazione alle problematiche legate alla materia dei rimborsi è emerso un aspetto particolare, quello del rimborso per pazienti provenienti da altre regioni. Il rappresentante della regione Veneto ci comunicava che per un trapiantato proveniente da un'altra regione si spende circa 2-3 volte di più rispetto a ciò che viene rimborsato. In conseguenza arrivano richieste per ottenere un rimborso pari a quello che si riceve quando ci si reca all'estero. Queste sono le problematiche che la consulta esistente all'interno delle organizzazione affronta.

PIANETTA. Professor Benagiano, ci è stato riferito che il gruppo che coordinava lo svolgimento dell'attività collegata ai Drg non è più attivo. Questo è dovuto al fatto che si è ritenuta conclusa l'attività collegata all'argomento – nonostante, a mio parere, la necessità di un suo miglior affinamento – oppure al fatto che il coordinatore ha lasciato il gruppo e quindi l'Istituto? Questo argomento fa parte del programma che il relatore ha presentato?

MOROSINI. Il ruolo tecnico-scientifico dell'Istituto, come specificato dalla riforma sanitaria, non è mai stato chiarito negli anni, e non sappiamo come si debba concretizzare, soprattutto negli aspetti più generali, non tanto per la qualità della prestazione, ma soprattutto per la quantità della stessa, per l'efficienza piuttosto che per l'efficacia. Quindi, il fatto che l'Istituto si sia occupato dei Drg come stimolo all'efficienza, pur consapevole del fatto che questo comportasse dei grossi rischi, è dipeso essenzialmente dall'interesse di uno dei ricercatori, il quale, appassionato del problema, ha cercato di mettere la sua competenza a disposizione della tendenza, comune in tutto il mondo, di facilitare il più possibile la loro introduzione. Il ricercatore se ne è andato e in questo momento non c'è nessuno che lo possa sostituire ed il gruppo che lavorava su questa maniera, con grande esperienza, anche pratica, si è sciolto. Dovrebbe essere ricostituito se si volesse che l'Istituto si occupasse di queste attività manageriali, che sono più a cavallo tra l'epidemiologia e l'economia sanitaria, della quale l'Istituto sinora non si è mai occupato.

Del problema riguardante la variabilità sia delle condizioni di salute sia della brevità di assistenza, ne siamo tutti a conoscenza. Sappiamo che c'è un'estrema variabilità a seconda delle zone geografiche e dei ceti sociali, non tanto nella quantità, ma soprattutto nella qualità dei servizi offerti. In questo campo siamo intervenuti su nostra iniziativa, senza aver ricevuto un mandato istituzionale.

L'Istituto da sempre partecipa alla elaborazione della relazione del piano sanitario annuale sulla mortalità divisa per regione e per ceto sociale e ha condotto parecchi studi di variabilità dell'assistenza. Ne cito alcuni: la variabilità della prevalenza di infezione negli ospedali e quella di lettura dei preparati fisiologici. Proprio quest'ultimo aspetto ci preoccupa, perchè è emerso, ad esempio, che lo stesso preparato per una donna possa avere, da citologi diversi, diagnosi anche molto diverse. Stiamo cercando di rimediare attivando dei programmi di controllo di qualità interni. Sono stati poi condotti degli studi sull'uso del casco e delle cinture di sicurezza - con risultati molto deludenti - e ci si è occupati della copertura vaccinale della popolazione italiana. Tutte queste analisi hanno dimostrato una grande variabilità, la quale, da un lato costituisce un aspetto incoraggiante, perchè ciò significa che ci sono zone del paese a livello di eccellenza, ma dall'altro ne costituisce uno preoccupante perchè ci sono zone che potrebbero migliorare molto sotto il profilo delle qualità delle loro prestazioni.

MIGNONE. Professor Benagiano, sappiamo che l'Istituto superiore di sanità costituisce l'organo tecnico-scientifico del Ministero della sanità, e che fa riferimento agli Ircss (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) per raccogliere ulteriori dati sul piano scientifico. Nel Mezzogiorno d'Italia però gli Ircss sono pochissimi, appena tre. Vorrei sapere, allora, come si svolge l'attività dell'Istituto in materia di indagine, di conoscenza e di ricerca in tale zona del nostro paese? In base a quali criteri vengono finanziati i vari progetti di ricerca degli Ircss?

Passo ora all'ultima questione: lo Stato italiano si va organizzando secondo un modello federale. In prospettiva sono più che convinto che man mano che ci si organizzerà da questo punto di vista ci sarà ancora più bisogno di un istituto che svolga opera di coordinamento. Avete previsto delle innovazioni sul piano organizzativo per far fronte al nuovo modello di Stato federale?

BENAGIANO. Vorrei iniziare a rispondere dall'ultima domanda perchè in tal modo posso aggiungere qualcosa sulla questione dei Drg.

All'interno dell'Istituto convivono attività di ricerca e attività istituzionali che sono normative e di controllo. Ad esempio, quando parlavamo dei Drg, si intendeva fare riferimento ad un'attività di ricerca e non istituzionale; vi è stato qualcuno che ha predisposto un protocollo di ricerca, ha avuto i fondi per farlo, lo ha completato ma poi, se n'è andato; però, se non se ne fosse andato, forse ne avrebbe predisposto un altro. Comunque, ripeto, si trattava di un'attività di ricerca e non istituzionale.

Per quanto riguarda il discorso del nuovo modello di decentramento, come ho già detto, ho presentato e discusso con il Ministro un progetto di fondo e la prossima tappa sarà quella di trattarlo in maniera più ampia.

Ci stiamo incamminando verso un modello di decentramento regionale – la parola utilizzata dagli americani è *devolution* – e anche oltre le regioni perchè le aziende sanitarie locali hanno un notevole grado di autonomia all'interno delle regioni stesse. Proprio per il fatto che ci stiamo orientando sempre di più verso un modello organizzativo che consente lo svolgimento di moltissime funzioni a livello locale o regionale, a maggior ragione non possiamo non avere un livello nazionale di coordinamento, indirizzo e controllo perchè esiste tutta una serie di attività che hanno bisogno dei grandi numeri (il mio collega esporrà successivamente i modi per poter raccogliere le informazioni corrette anche al Sud, dove vi è un numero minore di istituti di ricerca).

Se pensiamo al modello americano che non ha centri nazionali decentrati, occorre sottolineare che quelli italiani saranno pure decentrati male ma sono pur sempre decentrati.

Mi sono recato dieci giorni fa ad Ostuni dove si trova un istituto che si chiama «La nostra famiglia» il quale vorrebbe essere riconosciuto ente di ricovero e cura a carattere scientifico, ma si tratta di una sede di un unico ente che è a Bosisio Parini, in provincia di Como. Allora è fondamentale prevedere un centro nazionale, un livello globale, che svolga un ruolo di coordinamento tra le varie regioni in modo tale da garantire il rispetto di quegli *standard* minimi su tutto il territorio. Non possiamo permettere che i livelli di assistenza differiscano da azienda ad azienda, da regione a regione e non offrano ciò che è doveroso da parte di questo paese dare a tutti uniformemente.

Ciò dovrebbe comportare una serie di modifiche di fondo; l'Istituto dovrà, a mio parere, rimanere un organismo di ricerca, focalizzato però sulle nuove esigenze del servizio sanitario nazionale. La curiosità scientifica che ha mosso il progresso dal giorno che è stato scoperto il fuoco ed è stata inventata la ruota, è un lusso che appartiene ad altri e non a chi lavora nella ricerca utilizzando solo l'1 per cento del Fondo sanitario nazionale.

Occorrerà attuare dei dipartimenti, così come la ristrutturazione prevista dalla legge ci impone; ciò sarà fatto, per esempio, prevedendo anche un dipartimento per le scienze sociali come strumento per capire le esigenze dell'utente e le sue reazioni di fronte a tutto quello che gli viene presentato, anche un dipartimento per le scienze sociali come strumento per capire le esigenze dell'utente e le sue reazioni di fronte a tutto quello che gli viene presentato, anche nel campo delle innovazioni terapeutiche e diagnostiche. Infine sarà necessario un dipartimento di promozione della salute e non solo per curare le malattie. È stato affermato infatti che il primo obiettivo del Servizio sanitario nazionale è proprio quello della prevenzione e non della cura.

Ovviamente l'Istituto si dovrà organizzare per orientare nuovamente tutte le sue attività ma dovrà sciogliere innanzitutto il nodo del rapporto

tra attività istituzionali e attività di ricerca, perchè questo ancora non è stato fatto.

MONTELEONE. Anzitutto, professor Benagiano, le rivolgo gli auguri perchè, a mio modo di vedere le cose, ne ha bisogno, soprattutto in questa fase e cioè quando si parla seriamente di prevenzione. Ritengo infatti che quest'ultima sia un elemento fondamentale. Sono fortemente critico nei confronti di questa manovra finanziaria perchè, a mio giudizio, accenna soltanto alla prevenzione ma di concreto non c'è nulla in proposito.

Le chiedo se l'attività di ricerca dell'Istituto connessa alla competenza e ai dati in vostro possesso consente di affermare, oggi più che mai, che la complicazione della tubercolosi nei casi di Aids, che fino a pochi anni fa (come del resto rilevato anche nel corso del Convegno internazionale di Barcellona) immaginavo essere al secondo posto, è passata al primo. Faccio una premessa: professionalmente sono un radiologo e la categoria professionale alla quale appartengo già da qualche tempo è consapevole del rapporto tra l'insorgenza dell'Aids e l'aumento dei casi di tubercolosi; si è notato in effetti che vi è un'evoluzione in questo senso, che si va verso una ripresa di questa malattia polmonare. Ora non voglio allarmare nessuno, però mi riferisco a quanto affermato recentemente dall'Organizzazione mondiale della sanità che ha iniziato ad esaminare seriamente la questione. Nell'ambito dell'Istituto e partendo da questi criteri di prevenzione e di ricerca non sembra sia giunto il momento di uscire dalla fase di puro allarmismo e di muoversi verso soluzioni concrete proprio per non trovarsi impreparati e quindi incorrere in una possibile situazione di estrema gravità dopo tanti proclami?

VERANI. Il problema del rapporto tra la tubercolosi e l'Aids fa parte del progetto di ricerca avviato dall'Istituto superiore di sanità. Data l'importanza di tale tematica, sono state finanziate ricerche in collaborazione con diversi enti di ricerca italiani. Accanto alla tematica della tubercolosi associata all'Aids, vi è anche un progetto *ad hoc* (di cui parlava precedentemente il professor Benagiano) strettamente relativo alla tubercolosi.

Occorre evidenziare che la tubercolosi non può essere considerata un'emergenza del passato del tutto superata, ed infatti, a seguito di questa nuova situazione, si è dovuto ricominciare da capo la ricerca su tale malattia; si sono dovuti mettere in piedi modelli diagnostici e verificare quali fossero le strutture in grado di fare diagnosi nelle varie regioni italiane. Questo è uno dei problemi affrontati dal progetto *ad hoc* dell'Istituto.

DE ANNA. Con l'aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale si pensava che alcune strutture poco produttive, o addirittura non produttive, dovessero chiudere o essere profondamente ridimensionate. Oggi notiamo che si sta verificando esattamente il contrario: le aziende più attive, quelle che erogano i servizi di qualità superiore, non vengono più rimborsate con il sistema dei Drg. Pertanto queste aziende altamente produttive vengono

penalizzate e finiscono con accumulare saldi passivi che mettono in seria difficoltà il servizio sanitario nazionale e soprattutto le regioni in cui queste aziende operano; ma, ripeto, queste aziende sono pur sempre le migliori.

L'Istituto superiore di sanità si è già attrezzato per effettuare un monitoraggio nazionale sulla verifica della qualità dei servizi erogati e sull'efficienza della gestione dei diversi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico in modo da poter riferire in proposito al Ministero della sanità?

Un'azione in questo senso consentirebbe una più equa redistribuzione delle risorse. Altrimenti molte aziende, localizzate soprattutto al Nord, e in particolare in alcune regioni in cui il servizio sanitario nazionale è altamente competitivo anche rispetto a realtà di livello internazionale, rischierebbero di chiudere.

BENAGIANO. La risposta al suo quesito è senz'altro negativa. Non abbiamo assolutamente gli strumenti e i poteri per condurre un'indagine a tale proposito. Come organo tecnico abbiamo il dovere di rispondere, ma non il potere di intervenire autonomamente. I nostri poteri sono esclusivamente quelli stabiliti in base alla legge.

Il problema che lei ha posto è senz'altro da affrontare, in quanto un'iniziativa autonoma dell'Istituto superiore di sanità in proposito sarebbe altamente opportuna. Nel caso in cui venissero garantiti nuovi poteri, l'Istituto avrebbe la possibilità di agire di conseguenza.

DE ANNA. Tra i compiti dell'Istituto, come organo tecnico, dovrebbe esserci anche quello di riferire al Ministro. In Emilia Romagna, ad esempio, alcune importate aziende, a partire dal 1° ottobre, non erogano più servizi. Ciò accade perchè, essendo state costrette ad erogare servizi a persone provenienti da altre strutture, non dispongono più di fondi.

Chi è che informa il Ministro o il Ministero della sanità che una certa struttura è da rifinanziare, perchè garantisce il servizio, mentre un'altra è da chiudere perchè non offre lo stesso servizio?

BENAGIANO. Non siamo noi.

DE ANNA. Allora, l'Istituto dovrebbe avviare un monitoraggio per individuare chi lavora e chi non lavora. Credo che tra i compiti dell'Istituto vi sia anche questo.

PRESIDENTE. Vorrei ringraziare tutti i partecipanti per la ricchezza del dibattito ma anche per le molte curiosità fuori tema che ne sono scaturite. Quanto ho ascoltato mi conferma nell'ipotesi, quando tra i referenti istituzionali ho considerato anche l'Istituto superiore di sanità, che tale Istituto rappresenti un patrimonio prezioso ma potenziale, in parte sottoutilizzato, e poco conosciuto nel funzionamento della struttura operativa nonché dell'organizzazione dei dipartimenti e delle linee di ricerca.

A questo proposito invito il professor Benagiano a fornirci anche eventuali documentazioni scritte sui vari temi affrontati, un contributo certamente utile per il lavoro della Commissione. Colgo l'occasione per ricordare che, al fine di garantire un programma attuativo più definito, l'anno scorso ho più volte richiesto in Commissione sanità la nomina di un direttore definitivo dell'Istituto.

Nello stesso tempo voglio sottolineare la modestia che ha caratterizzato l'intervento del professore Benagiano. Pur sostenendo che la sua esperienza poco sembrava avere attinenza con i campi di inchiesta dei quali questa Commissione si occupa, abbiamo invece saputo dal dottor Morosini che l'Istituto si è occupato di temi inerenti alla qualità, all'uso dei Drg e dei farmaci, questioni che rientrano nell'ambito di una delle inchieste principali affidate al senatore Camerini e alla senatrice Bernasconi.

Si è occupato poi degli indicatori di gestione, materia che interessa il senatore Papini, nonché di salute mentale e di altri servizi che fanno parte di meccanismi di tutela di cui si occupa il senatore Bortolotto. Ho sentito parlare anche dell'ufficio per le relazioni con il pubblico mentre non ho sentito parlare dell'ufficio di pubblica tutela, oggettivamente altrettanto importante.

Per quanto riguarda poi la sorveglianza sull'Aids, molte notizie importanti sono state fornite dalla dottoressa Verani. A questo proposito vorrei chiederle informazioni sull'andamento epidemiologico perchè giunge notizia che, almeno in Italia, i casi in reclutamento stiano fortemente calando. Inoltre, vorrei sapere se corrisponde al vero l'ipotesi relativa ad una forte riduzione di questi casi per il 2000.

Infine, ringrazio per il contributo fornito in merito ai fondi e ai comitati, argomenti certamente importanti per il lavoro della Commissione.

VERANI. Sull'andamento epidemiologico e sul monitoraggio dei casi di Aids purtroppo, dal momento che sono una virologa e non un'epidemiologa, non posso dare indicazioni precise. Mi risulta che la diminuzione dei casi segnalata risponda a verità.

A dieci anni dalla scoperta dell'epidemia e dell'attivazione di misure di prevenzione, tra cui quella di far conoscere il problema della popolazione attraverso specifiche campagne di informazione – in particolare sulle modalità di trasmissione – sembrerebbe che anche in Italia i casi segnalati stiano cominciando a subire una flessione.

Attualmente i casi di cui siamo a conoscenza riflettono una infezione avvenuta 10 o 12 anni fa. Inoltre, sembrerebbero diminuire anche i nuovi casi incidenti di infezione, cosa più difficile da verificare dal momento che, al momento del contagio, un soggetto non presenta particolari sintomatologie che rendano possibile l'individuazione.

Al riguardo vengono compiuti studi epidemiologici che si basano su calcoli matematici e statistici considerando piccole campionature dei soggetti tenuti in osservazione. Questi studi, finanziati con i fondi dell'Istituto superiore di sanità, si prefiggono anche il compito di fornire le stime dei nuovi casi di infezioni incidenti. In effetti sembrerebbe esservi una dimi-

nuzione di nuovi casi di infezione anche se si tratta comunque di una notizia che ho avuto modo di apprendere sulla base di colloqui con altri colleghi epidemiologici.

Mi riservo comunque di far pervenire alla Commissione dati più precisi, elaborati da altri colleghi.

BENAGIANO. Signor Presidente, prima di rientrare in Italia e di prendere in mano l'Istituto come direttore, conoscevo relativamente poco le dimensioni di tale struttura. Ho scoperto una sorta di «gigante timido», nel senso di una grande realtà poco conosciuta e poco notata. Inoltre, ho scoperto che quasi quotidianamente qualcuno ci chiede di fare qualcosa in più, anche se poi in realtà ci viene ordinato di diminuire l'organico. Pertanto, quell'idea molto americana di fare di più con meno, non può più essere tenuta in considerazione.

PRESIDENTE. Ringrazio i rappresentanti dell'Istituto per il loro intervento e dichiaro conclusa l'audizione, rinviando il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,35.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA