



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 121

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

INCHIESTA SULL'ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA  
IN MATERIA DI TERAPIA DEL DOLORE

127<sup>a</sup> seduta: martedì 13 settembre 2011

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E****Audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute**

PRESIDENTE . . . . .	Pag.3, 8, 11 e <i>passim</i>	PICCINNO . . . . .	Pag.4, 18
BIONDELLI (PD) . . . . .	16		
COSENTINO (PD) . . . . .	14, 15		
D'AMBROSIO LETTIERI (PdL) . . . . .	9, 11, 15		
DE LILLO (PdL) . . . . .	17		
MASCITELLI (IdV) . . . . .	13		
MAZZARACCHIO (PdL) . . . . .	15		
SACCOMANNO (PdL) . . . . .	8, 9		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo (ApI-FLI); Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.*

*Interviene il generale Cosimo Piccinno, Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute (NAS).*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,05.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 28 luglio 2011 si intende approvato.

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Avverto che della seduta odierna sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del Regolamento interno, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno. Se non ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

#### **Audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore.

Colleghi, riprendiamo i lavori della Commissione, dopo la pausa estiva, con l'audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute, generale Cosimo Piccinno, che ringrazio per il lavoro svolto e la sua presenza in questa sede. Egli riferirà quest'oggi le risultanze degli accertamenti svolti in merito all'attuazione della normativa sulla terapia del dolore. Saluto e ringrazio altresì i militari dei NAS al suo seguito: il capitano Pietro Della Porta ed il maresciallo Giuseppe Scarpulla.

Ricordo che, nel deliberare l'avvio di un'inchiesta per fare luce sullo stato di attuazione della normativa in materia di terapia del dolore (legge n. 38 del 2010), la Commissione decise di attivare i poteri previsti dall'articolo 82 della Costituzione al fine di delegare ai NAS lo svolgimento di alcune attività di polizia giudiziaria.

In attuazione di tale delega, il Comando NAS ha impegnato i propri uomini, nel mese di luglio, in una serie di attività istruttorie molto articolate nell'ambito dei principali ospedali italiani, attività che sono state infine trasfuse in un pregevole documento illustrativo che sarà a breve oggetto di illustrazione da parte dello stesso generale Piccinno.

Preciso che le indagini hanno riguardato in questa fase 244 ospedali, caratterizzati dalla presenza cumulativa dei reparti di chirurgia generale e oncologia. Ricorderete infatti che il criterio che ci eravamo dati era quello

di scegliere tra tutti gli ospedali italiani quelli dotati di queste due tipologie di reparto, immaginando che essendovi la chirurgia generale e l'oncologia vi dovesse essere necessità di somministrazione di farmaci contro il dolore.

Le indagini sono state svolte in un arco temporale di cinque giorni, dal 19 al 23 luglio, con l'impiego di un contingente di 500 militari.

Darei adesso la parola al generale Piccinno per consentirgli di illustrare in dettaglio la metodologia e gli esiti delle attività istruttorie.

Dopo la relazione, i commissari potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

Considerata la rilevanza e l'oggettivo interesse pubblico rivestiti dalla documentazione, se non vi sono obiezioni ne disporremo la pubblicazione sul sito istituzionale della Commissione nei tempi appropriati.

Cedo quindi molto volentieri la parola al generale Piccinno, ringraziandolo ancora una volta non soltanto per aver risposto, come sempre, con grande disponibilità e prontezza alle richieste della nostra Commissione, ma anche per il lavoro preparatorio svolto in relazione al coinvolgimento di 500 militari. Infatti, come sono certo il generale illustrerà, vi è stata una fase preparatoria per studiare nei dettagli come doveva essere condotta la raccolta delle informazioni che adesso verranno presentate.

*PICCINNO.* Signor Presidente, signori senatori, è la quarta volta che sono presente in questa Commissione con l'orgoglio di rappresentare i NAS, che vengono chiamati a questo tipo di «tenzone» (a volte dobbiamo lavorare anche sul filo di altre competenze).

Cercherò di essere breve, poiché quel che dirò sarà forse un po' ripetitivo. Devo però fare una premessa: lo studio non è esauriente perché l'analisi effettuata concerne un campione non omogeneo e, come vedremo, gli ospedali posti sotto la lente di ingrandimento presentano differenze sia per dislocazione che per numero, non solo tra Sud, Centro e Nord ma anche tra Regioni.

Vorrei poi segnalare alla Commissione che alcuni funzionari regionali, anche di livello elevato, hanno contattato il Ministero della salute per manifestare la loro perplessità sulla competenza dei NAS a svolgere certi accertamenti, adducendo anche profili di illegittimità.

La legge n. 38 del 2010 è sicuramente un modello di riferimento in Europa, ma presenta alcuni limiti, perché in caso di inerzia delle Regioni, alle quali ne è affidata la sua attuazione, non prevede provvedimenti, ossia non ci sono né sanzioni né vincoli. Diventa quindi difficile chiedere le motivazioni dell'inerzia o pretendere che sia superata.

Come è stato ricordato, l'8 luglio abbiamo ricevuto dal Presidente della Commissione una lettera nella quale ci veniva chiesto di verificare determinati aspetti, quali: la presenza del Comitato ospedale senza dolore (COSD); la presenza del Progetto ospedale senza dolore; la presenza eventuale di Unità operativa di cure palliative e terapia antalgica; l'utilizzo di scale per la rilevazione del dolore (secondo diverse tipologie); la presenza di un prontuario terapeutico; il consumo di farmaci analgesici

maggiori; la continuità terapeutica alla data della dimissione; la collaborazione con i medici di medicina generale; l'attività di formazione del personale; la produzione e diffusione di materiale informativo; l'utilizzazione di questionari e, infine, altri veicoli d'informazione.

Come ci siamo attivati? Abbiamo svolto sicuramente attività preliminari, perché dovevamo individuare le strutture da sottoporre a verifica. In un primo colloquio con il Presidente non sapevamo bene quale sarebbe stato il numero degli ospedali da esaminare (se 100, 150 o 200) e quindi se l'analisi potesse risultare significativa.

Abbiamo definito i tempi di intervento dei militari del NAS e predisposto una *check-list* per dare a tutti i 38 NAS presenti sul territorio lo stesso metodo e lo stesso *modus operandi*. Abbiamo poi individuato gli obiettivi, perché la Commissione chiedeva reparti di chirurgia generale e oncologia presenti contestualmente con numero maggiore o uguale a 120 posti letto. Il sistema informativo sanitario del Ministero in questo ci ha aiutato; abbiamo individuato 244 strutture ospedaliere così suddivise: 86 strutture al Nord, 103 strutture al Centro e 55 strutture al Sud. Questo, che è il primo dato, comporta problemi nel numero delle strutture.

Abbiamo preparato – e di questo devo ringraziare il capitano Della Porta, che è qui con me, perché è stato un collaboratore attentissimo e intelligentissimo – una *check-list*, che abbiamo consegnato alla Commissione, con la quale si sono poste domande alle quali rispondere sì o no. Si tratta più o meno delle domande poste dalla Commissione, che abbiamo predisposto in maniera tale da far rispondere ai NAS sul territorio.

Abbiamo svolto la verifica in cinque giorni, dal 19 al 23 luglio, rispondendo alla richiesta del Presidente che fosse completata il più presto possibile. In quel periodo c'erano anche delle licenze, quindi lo sforzo è stato maggiore: abbiamo impiegato 500 militari.

Vediamo qual è il dato nazionale. Il dato nazionale è il seguente: su 244 strutture ospedaliere, in 57 non vi era alcuna presenza del Comitato ospedale senza dolore e del Progetto ospedale senza dolore, vale a dire nel 23 per cento dei casi; la presenza del Comitato o del Progetto è stata rilevata in 151 strutture, pari a 62 per cento; la presenza del solo Comitato è stata rilevata nel 7 per cento delle strutture, mentre la presenza del solo Progetto nell'8 per cento delle strutture; la presenza di Unità operative per cure palliative è stata rilevata nel 63 per cento dei casi, ossia in 154 strutture; la presenza della scala di rilevazione del dolore è stata rilevata nell'81 per cento dei casi; il prontuario terapeutico nazionale era presente nel 91 per cento delle strutture; la continuità terapeutica nel 78 per cento dei casi; la collaborazione con medici di medicina generale nel 76 per cento delle strutture; la formazione del personale era presente nell'82 per cento dei casi e il materiale informativo nel 55 per cento; l'utilizzo di questionari sulla soddisfazione della terapia del dolore avviene in 143 strutture (59 per cento) e i veicoli di informazione sono presenti nel 69 per cento dei casi.

A questo punto, sarebbe stato piuttosto difficile capire qualcosa in più se non avessimo calcolato una media mediana, che è risultata la seguente:

in Italia – sulla base della nostra, ripeto, non esaustiva indagine – la percentuale media di adeguamento è pari al 71 per cento su 244 ospedali. Confesso che né io né il Presidente ci aspettavamo questo dato, perché immaginavamo di rilevare una percentuale molto inferiore. In realtà, si tratta di un dato un po' artificioso, che può essere interpretato come si vuole; in ogni caso, rappresenta la media delle percentuali. La percentuale media di adeguamento viene meglio rappresentata con le diverse colorazioni delle cartine dell'Italia (riportate nella documentazione che abbiamo consegnato agli Uffici della Commissione): la zona verde indica una percentuale tra il 76 ed il 100 per cento, quella gialla tra il 51 ed il 75 per cento e quella rossa tra l'1 ed il 50 per cento. In quest'ultima area sono ricomprese quelle Regioni che tutti, più o meno, ci aspettavamo. Le varie mappe affrontano diversi temi: il Progetto Ospedale senza dolore, la presenza dell'Unità operativa di cure palliative e terapia antalgica, la presenza di scale di rilevazione del dolore, la continuità terapeutica, la formazione del personale, l'utilizzo dei questionari e delle interviste sulla soddisfazione della terapia del dolore (che ora non illustro perché sono ripetizioni, che comunque rendono l'idea).

Abbiamo poi enucleato il dato areale, facendo una suddivisione tra Nord, Centro e Sud. Si osserva che il Nord del Paese si colloca al di sopra del 71 per cento di media, arrivando all'88 per cento su 86 ospedali; il Centro Italia raggiunge una percentuale media di adeguamento pari al 75 per cento (quattro punti in più rispetto alla media del 71 per cento); il Sud d'Italia registra una percentuale media di adeguamento del 53 per cento (18 punti percentuali in meno rispetto al dato medio nazionale).

Lo stesso dato è stato poi disaggregato per Regioni (sarò molto veloce nell'illustrazione delle 20 Regioni perché non vorrei abusare della vostra pazienza): il Friuli-Venezia Giulia raggiunge il 76 per cento, ma solo su tre obiettivi (5 punti in più rispetto al dato percentuale medio nazionale); la Liguria si attesta sul 74 per cento su nove obiettivi (3 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); la Lombardia arriva al 91 per cento su 30 obiettivi (20 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); il Piemonte raggiunge il 93 per cento (22 punti in più); il Trentino Alto Adige registra una percentuale di adeguamento pari al 92 per cento, ma solo su due ospedali visto che abbiamo considerato i reparti di Chirurgia generale e di Oncologia (21 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); la Valle d'Aosta ha un solo ospedale e quindi è normale registrare una percentuale media di adeguamento del 100 per cento; il Veneto arriva al 91 per cento (20 punti in più); l'Abruzzo – le percentuali iniziano a diminuire – si attesta sul 56 per cento (15 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); l'Emilia Romagna registra il 97 per cento (26 punti in più); il Lazio arriva al 73 per cento (2 punti in più e quindi è quasi nella percentuale media nazionale); la percentuale media delle Marche è pari al 77 per cento (6 punti in più); la Sardegna arriva purtroppo solo al 33 per cento su nove ospedali (38 punti in meno); la Toscana raggiunge il 96 per cento (25 per cento in più); anche il dato dell'Umbria non è positivo perché è pari al 40 per cento (31 punti

in meno rispetto alla percentuale media nazionale); la Basilicata, avendo un solo ospedale, raggiunge l'83 per cento (12 punti in più); la Calabria registra una percentuale molto bassa arrivando solo al 55 per cento (16 punti in meno); la Campania raggiunge il 50 per cento (21 punti in meno); il Molise si attesta sul 48 per cento (23 punti in meno); la Puglia ha un adeguamento medio pari al 41 per cento (30 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); la percentuale della Sicilia è del 61 per cento (10 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale).

Sempre effettuando un calcolo artificioso, abbiamo rilevato che 12 Regioni si attestano al di sopra del 71 per cento e 8 Regioni al di sotto della media nazionale (Abruzzo, Sardegna, Umbria, Calabria, Campania, Molise, Puglia e Sicilia).

Ci è stato chiesto di rilevare anche il dato relativo al consumo dei farmaci oppiacei, rispetto al quale abbiamo riscontrato alcune difficoltà. Infatti, abbiamo dovuto reinviare i NAS negli ospedali perché i dati comunicati si basavano su unità di misura differenti: alcuni ospedali avevano fornito il dato sulla base del numero delle confezioni, altri si erano basati su quello delle dosi giornaliere, altri ancora avevano fatto riferimento alle unità. Quindi, abbiamo dovuto trovare un dato omogeneo, che alla fine è stato individuato nelle confezioni. Pertanto, i dati qui illustrati sono calcolati per confezione.

Dunque, si è rilevata una situazione particolare. Il dato nazionale evidenzia che nelle 244 strutture poste sotto osservazione, dall'inizio del 2008 al giugno di quest'anno, sono state utilizzate 6.678.535 confezioni, con una media nazionale di 27.331 confezioni; la media è stata calcolata dividendo il totale complessivo per il numero delle strutture. Quindi, ogni struttura ha consumato mediamente circa 27.000 confezioni. Ripeto che questo è il dato nazionale. Se poi si osservano i dati areali, si vede che il 68 per cento dei 7 milioni circa di confezioni è stato consumato al Nord, il 26 per cento è stato utilizzato al Centro e solo il 6 per cento è stato consumato nel Sud d'Italia. Si rileva lo stesso dato anche dall'osservazione dei numeri, i quali forniscono altre indicazioni: innanzitutto, nei tre anni e mezzo, il Nord si attesta tra le 590.394 e le 741.351 confezioni, il Centro tra le 228.135 e le 261.706 confezioni, mentre il Sud non supera (se non di poco nel primo semestre del 2009) le 55.000 confezioni. Vi è, dunque, una differenza enorme tra le 741.351 confezioni consumate al Nord e le 54.611 confezioni consumate al Sud, registrata nel primo semestre 2011.

Abbiamo cercato di analizzare il dato per comprendere il motivo di tale diversità. La media del Nord è pari a 53.173 confezioni su 86 ospedali; quella del Centro è pari a 16.860 confezioni su 103 ospedali; quella del Sud è pari a 6.711 confezioni su 55 ospedali.

Si può andare ancora oltre: se si suddivide il numero delle confezioni per i giorni calcolati (1.276 giorni), si evidenzia un dato piuttosto strano, cioè che il consumo medio giornaliero nel Nord Italia è pari a 41,6 confezioni al giorno, nel centro Italia è pari a 13,2 confezioni e nel Sud Italia è pari soltanto a 5,5 confezioni. A questo punto, ci siamo chiesti il motivo

di tutto ciò. Dobbiamo tenere conto della migrazione sanitaria. Basta citare due dati presenti in banca-dati riferiti al 2009: in Campania, su circa 64.000 residenti che hanno subito ricoveri per patologie legate a tumori, 9.402 (quindi il 14,7 per cento) si sono avvalsi di strutture sanitarie fuori Regione; di questa percentuale, oltre il 17 per cento ha preferito le strutture della Regione Lombardia. Questo è solo un esempio che significa che 1.636 pazienti avrebbero potuto usufruire degli oppiacei destinati al Sud. Un caso altrettanto esemplificativo proviene dalla Sicilia, dove 6.502 pazienti, si sono rivolti ad altre Regioni, su un totale di 56.750 ospedalizzazioni residenti, e in particolare 2.650 (oltre il 40 per cento) pazienti si sono rivolti alla Regione Lombardia.

A nostro parere il problema del consumo di oppiacei – molti di voi sono medici o farmacisti – è legato alla particolare attenzione normativa che lo disciplina (DPR n. 309 del 1990): molto spesso c'è quasi timore a fare uso di questi farmaci. In effetti, alcune volte, anche in strutture ospedaliere di un certo livello, quando andiamo ad analizzare il famoso registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope, si evidenziano problemi anche solo di natura colposa e non dolosa. Si tratta di un'analisi che abbiamo condotto su dati numerici.

**PRESIDENTE.** Generale Piccinno, la ringrazio per questa sua esposizione estremamente chiara e lucida. Vorrei chiederle se può lasciare agli Uffici anche la documentazione relativa a questa analisi finale sulla distribuzione degli oppiacei, che trovo acuta e intelligente, utile per il nostro lavoro.

Cedo la parola al senatore Saccomanno, convinto promotore di questa nostra inchiesta.

**SACCOMANNO (PdL).** Signor Presidente, anzitutto desidero ringraziare il generale Piccinno e tutti i suoi collaboratori. Mi dispiace che abbia trovato difficoltà nel poter accedere con facilità ad una realtà che a mio modo di vedere doveva essere analizzata immediatamente. Infatti, durante un convegno a Firenze ho dichiarato di essere orgoglioso che questa Commissione per la prima volta avviasse una verifica rispetto ad una legge approvata esattamente un anno prima. Di solito si aspettano anche decenni prima di fare delle verifiche e a volte magari non se ne fa nulla. Noi dopo un solo anno ci siamo interrogati per capire come stessero andando le cose. Il nostro riscontro giornaliero è esattamente quello che lei ci ha riferito; d'altronde il presidente Marino non si aspettava niente di buono quando ha chiesto a lei e al corpo dei NAS di effettuare questa indagine. Si tratta, a mio avviso, di un'iniziativa meritoria, che può aver avuto sfaccettature delicate, che abbiamo affrontato insieme al Presidente, tanto che qualcuno ha immaginato che le nostre intenzioni fossero altre: noi volevamo capire se quella legge corrispondesse all'enfasi con cui è stata rappresentata al mondo e se a quell'enfasi corrispondesse eventualmente un reale beneficio in termini di salute o di benessere generale per il paziente; questo è il dato. In alcune realtà ciò sta accadendo, in altre no: c'è una

parte dell'Italia dove, a 150 anni dall'unità del Paese, queste situazioni procedono con una certa velocità, e un'altra parte che sta al di fuori della crescita. L'ultima diapositiva che ci ha mostrato relativa al consumo degli oppiacei la dice lunga sulla mancanza in determinate zone anche di un'aspettativa di progresso. Mi riferisco, ad esempio, ai dati da lei citati in riferimento al Sud (55.000 confezioni consumate) nel 2009, cioè prima che l'attuale normativa, che doveva favorire l'uso degli oppiacei, entrasse in vigore. Ciò dimostra la mancanza di influenza di questa legge, che doveva essere di portata fondamentale in termini culturali, per un diverso approccio al dolore, che non è elemento connaturato all'idea di malattia.

I dati riferiti ad alcune Regioni mettono in evidenza se non un regresso – le cifre sono quelle e dimostrano che, con tutte le variabili possibili, nulla sta variando – quantomeno che questa legge non sta avendo per tutta l'Italia quello slancio, culturale innanzitutto, e quindi quel risultato che doveva avere. Questo è il primo dato drammatico con cui ci dobbiamo confrontare.

Nella sua introduzione lei ha detto giustamente che ci troviamo di fronte ad una legge che non prevede sanzioni; le Regioni sono libere di attuarla. Non è un rilievo letterario il suo, ma un rimprovero formale importante – mi dispiace dirlo – prima di tutto alla classe medica e poi alla classe politica in generale. Non so se avremmo dovuto prevedere in quella sede sanzioni; era una legge di cultura e di passaggi organizzativi che erano stati chiesti da tutti a gran voce. Ricordo lo sforzo per approvare la norma all'unanimità; il lavoro compiuto nel passaggio tra Camera e Senato; i dubbi sul fatto che, dopo le modifiche rilevanti apportate alla Camera, si potesse fare ancora meglio al Senato. Si decise di modificare la norma perché eravamo convinti che tutti avessimo il medesimo intento. È pertanto una mortificazione sentire che una legge che ha un carattere umanitario non si applica perché non prevede sanzioni: sanzioni non ve ne devono essere, sarebbe ancor più umiliante.

Mi permetto di esprimere un mio pensiero. Questa Commissione, unitamente al Ministero della salute, deve farsi portavoce di un messaggio culturale di trasformazione obbligatoria. È vero che noi medici non ripetiamo gli esami di abilitazione ogni cinque anni, come sarebbe a mio avviso giusto.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Bravo!

SACCOMANNO (*PdL*). Capisco di essere «cattivo», però credo bisognerebbe quantomeno prevedere un esame per il lavoro svolto. Esiste forse un registro di valutazione per un qualsiasi medico primario rispetto all'applicazione o meno dell'articolo 7 della legge n. 38 del 2010? Non vogliamo certo mandare i NAS a controllare, anche perché qualcuno potrebbe eccepire, ma chi vogliamo mandare – la polizia? – per accertare se un medico rispetta o meno la legge? Dobbiamo prevedere una forma di controllo perché il medico non è persona totalmente autonoma nella sua professionalità, tale da essere svincolato dal rispetto della legge. Non so

come ci possiamo porre; non ho il rimedio in tasca, ma questa Commissione deve organizzare, se i colleghi sono d'accordo, anche un discorso promozionale, unitamente al Ministero della salute (non vogliamo fare i primi della classe). Il Presidente potrebbe affrontare questo discorso anche in forma privata e non pubblica, in riferimento a dati che adesso, grazie alla sua indagine, generale Piccinno, sono pubblici e cogenti. Non si può accettare una simile realtà; questa divisione a livello nazionale non può esserci.

La legge che abbiamo approvato ha un volto umanitario, è un obbligo. Al di là dell'organizzazione e della divisione sanitaria, la salute rimane di competenza dello Stato; qui c'è un progetto di salute che non cammina, come il suo lavoro ha messo in evidenza. Non è competenza della Regione dire se una persona debba essere curata o meno; c'è un principio costituzionale che lo sancisce: un malato deve essere curato al meglio. Questa legge doveva rappresentare uno strumento fondamentale; tutti ci abbiamo creduto, ragion per cui mi dispiace delle difficoltà che lei e la sua squadra avete riscontrato.

Per quanto riguarda le migrazioni sanitarie, probabilmente continueranno a crescere anche per questo motivo, oltre che per la competenza professionale o la dotazione alberghiera, che possono sembrare diverse (ad esempio, un «Humanitas» che è soltanto al Nord); probabilmente sarà anche per questo, ma è un aspetto fondamentale, posto che, per un mio familiare o per me stesso, posso avere al Sud un rapporto con il dolore diverso da quello che mi è assicurato da una struttura del Nord, dove chi è stato sottoposto alle cure racconta di non essere morto di dolore. Questa è la concezione verso cui vogliamo muoverci.

Parlando non come parlamentare ma come semplice cittadino, non so cosa possano fare i NAS. Non sta a me dirlo ma non potrebbe essere competenza dei NAS anche rilevare, allorché si rechino in un ospedale ad effettuare dei controlli relativi ai farmaci sulle schede e sui registri, non solo la quantità e la correttezza dell'uso degli oppiacei nel rispetto delle norme di legge, bensì anche che a quei farmaci corrisponda una scheda sulla rilevazione del dolore? Una scheda che potrebbe essere uno specchio di cui il collega medico si vergogna, perché ogni giorno è registrata una scala di 10 o di 9 per il dolore. Non è forse anche questo un ambito in cui i NAS ci possono aiutare? Non so come si potrebbe fare per rilevare questo dato, ma si tratta di una vergogna.

La legge n. 38 del 2010 è stata da tutti, dalla stampa economica a quella sanitaria, definita rivoluzionaria e riscontriamo che nell'uso immediato dell'antidolorifico in alcune Regioni d'Italia siamo addirittura regrediti: le schede sono al di sotto del 30-40 per cento nelle Regioni del meridione. Questo mi umilia.

Torno a dire quindi, signor Presidente, che secondo me abbiamo fatto bene e non dobbiamo avere alcun timore di intervenire – sempre nel rispetto dei compiti istituzionali, non voglio aprire guerre con nessuno – con tutta la forza della Commissione per far sì che questo passaggio cul-

turale faccia registrare veramente un miglioramento del benessere dei malati.

Ringrazio la Commissione per aver voluto questa indagine e ringrazio i NAS per il quadro generale e gli spunti di riflessione che hanno offerto.

PRESIDENTE. Senatore Saccomanno, con piacere accolgo il suo invito, che immagino anche la Commissione condividerà. Mi farei io stesso promotore di illustrare, possibilmente con l'aiuto del generale Piccinno, questi dati anche in maniera informale al Ministro della salute nella sede del Ministero, in modo da dimostrare che, come abbiamo sempre inteso, il nostro è un lavoro di collaborazione istituzionale volto ad un miglioramento.

Peraltro, seguendo l'intervento del senatore Saccomanno notavo che nel grafico del consumo degli oppiacei, con riferimento all'anno di pubblicazione della legge, il 2010, possiamo notare che l'anno precedente, il 2009, nelle Regioni del Sud il numero di confezioni di oppiacei era 55.079 laddove l'anno successivo alla pubblicazione della legge, il 2011, è addirittura sceso a 54.611. Nel Nord, invece, usando gli stessi parametri, si è passati da 608.679 confezioni a 741.351. È chiaro quindi che c'è un problema che non possiamo ignorare.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, ritengo assolutamente lodevole l'iniziativa avviata dalla Commissione, perché raramente si indagano i livelli di ricaduta dell'applicazione di una legge: le rare volte che accade esprimiamo la nostra soddisfazione per un provvedimento che ha fatto segnare dei passi in avanti non soltanto sul versante strettamente legislativo, ma anche per la sua valenza sociale. Ebbene, la legge n. 38 del 2010 è uno dei provvedimenti per i quali ci siamo compiaciuti: è frutto di un lavoro meditato e dibattuto, che ha trovato poi una sintesi efficace che abbiamo consegnato al Paese. Soltanto la consapevolezza di avere un'Arma dei Carabinieri che opera indistintamente ed efficacemente in tutte le Regioni d'Italia, mitiga in parte il senso di angoscia e di afflizione che ci deriva dal registrare ancora una volta, e su un versante di particolare rilevanza, l'esistenza di due, tre o addirittura più «Italie». Certo, se non è prevista una sanzione, forse non si possono fare sostanziali passi in avanti. Tuttavia, mi rendo conto che, nella stagione del federalismo, da parte del legislatore vi è maggiore attenzione a richiedere l'applicazione di leggi che rientrano nei patti e nei principi della coesione territoriale sul versante economico che non su altri versanti.

In Commissione sanità, qualche settimana fa, abbiamo espresso un parere favorevole su uno dei decreti attuativi della legge n. 42 del 2009, che stabilisce le sanzioni e le premialità per le Regioni in relazione all'applicazione di alcune norme e sono rimasto sorpreso – e ahimè ho anche votato in senso favorevole – quando abbiamo previsto una premialità o una sanzione a seconda che si provveda o meno ad attivare le centrali regionali di acquisto per ottenere benefici economici. Per analogia, ritengo che il principio di premialità o di sanzione possa entrare nell'ambito di cui

trattiamo in riferimento all'applicazione di alcune leggi la cui valenza va molto oltre il versante maggiormente percepito, che è quello dell'efficienza della sanità, con un conseguente differente accesso al Fondo integrativo del Fondo sanitario nazionale. Si tratta infatti di leggi che attengono ai principi della dignità umana, come più volte abbiamo detto parlando di questa normativa.

Affligge, mortifica, umilia, come ha detto il senatore Saccomanno, vedere un divario che non replica i divari presenti su altri versanti, perché vedo una forbice che è troppo larga. Infatti, quando nelle Regioni del Mezzogiorno l'utilizzo dei farmaci oppiacei è al 6 per cento e nelle Regioni del Nord supera il 60 per cento, si ha un rapporto di 1 a 10 che non è possibile accettare.

E aggiunge senso di sgomento la considerazione che molto spesso, e non soltanto nel Mezzogiorno d'Italia, non è ancora maturo il livello di responsabilità, non è ancora elevato quel senso di cultura e di partecipazione nei confronti di una problematica centrale, quella della buona cura, della buona sanità e del rispetto della dignità della persona umana fino alla esalazione dell'ultimo respiro. A ciò si aggiunge anche il danno – come puntualmente riferito dal Comandante del NAS – di persone costrette ad andare fuori dalla loro Regione. Non solo nelle Regioni del Mezzogiorno osservo una scarsa adesione alle disposizioni di legge, ma registro relativamente alle cure per le patologie neoplastiche una mobilità passiva extraregionale, che naturalmente è la ferita più grande per quella parte dell'Italia che dobbiamo aiutare a crescere di più e meglio.

Vorrei avanzare allora due richieste. Innanzitutto, per disporre di una lettura dei dati più completa credo sarebbe utile, anziché fare riferimento al numero di confezioni, che si parlasse di dosi medie giornaliere (DDD), per usare termini di economia farmaceutica. Ciò permetterebbe di interfacciare questo dato con il numero dei pazienti degenti e di effettuare una valutazione in ordine agli indici di appropriatezza dell'uso dell'oppiaceo nel controllo del dolore. Ritengo che tale aspetto possa essere esplorato ed indagato con la consueta competenza dei NAS, che ormai non ci stupisce più: se hanno svolto un lavoro di questo genere in pochi giorni non possiamo che trarre conforto e rinnovata fiducia in un'istituzione dello Stato che è presidio di legalità, ma che è anche straordinario punto di conferma di un'efficienza che ci spinge e ci stimola ad andare avanti.

In secondo luogo, a completamento del quadro di indagine, sarebbe utile che i NAS ci consegnassero alcuni dati – per DDD, per confezione o nella modalità in cui sarà possibile – in ordine all'utilizzo sul territorio. Infatti, la legge 15 marzo 2010, n. 38, ha introdotto aspetti innovativi e semplificativi, pur rimanendo all'interno di un perimetro di garanzia, di controllo e di monitoraggio, per quanto riguarda l'accesso del paziente non ospedalizzato. Credo che questo dato potrebbe fornirci un quadro ancora più completo, esplorando una parte degli effetti che noi auspichiamo possano essere migliori, almeno sul versante del territorio, di quanto non sia emerso dall'indagine nelle strutture ospedaliere.

In conclusione, ritengo che dobbiamo proseguire questo lavoro (farlo sarà senz'altro cura della Commissione, del Presidente e del relatore) insistendo su due aspetti: innanzitutto (ma non deve emergere nel modo più categorico alcun intento persecutorio o vessatorio da parte della Commissione nei riguardi degli operatori sanitari, perché non è questo che anima il nostro lavoro) potrebbe essere di stimolo l'introduzione di elementi di sanzione, che potrebbero essere individuati per analogia a quelli previsti per l'attuazione delle disposizioni sul federalismo; in secondo luogo, si deve necessariamente intervenire per accrescere il livello di competenza, di preparazione e di sensibilità di tutti gli operatori della sanità, a partire dai medici. Infatti, proprio da lì deve maturare in modo più diffuso e consapevole la necessità di accompagnare la nostra sanità su questo versante ad un livello di efficienza che ci faccia essere soddisfatti per aver predisposto una buona legge, che viene rispettata e trova una progressiva applicazione su tutto il territorio nazionale.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, non voglio certamente limitare il tempo degli interventi, ma vi ricordo che abbiamo garantito al Presidente della 12ª Commissione che avremmo terminato per tempo i nostri lavori, al fine di consentire ai membri della Commissione igiene e sanità di prendere parte all'incardinamento di un provvedimento importante.

MASCITELLI (*IdV*). Signor Presidente, seguirò il suo appello alla brevità.

Ringrazio anzitutto il generale Piccinno per l'ottimo lavoro che ha saputo condurre con il comando dell'Arma dei Carabinieri per la tutela della salute. Si tratta di un lavoro di cui noi apprezziamo la qualità, soprattutto comparandola con i tempi ristrettissimi che ha avuto a disposizione; è questo il segnale delle competenze, delle professionalità e della struttura organizzativa che il generale Piccinno pregevolmente dirige.

Mi astengo dal fare valutazioni in questa sede sui dati oggi forniti, perché preferisco approfondirli nel singolo dettaglio. Mi limito semplicemente a chiedere due chiarimenti. Innanzitutto, come ha pregevolmente ricordato il senatore Saccomanno, la finalità della legge n. 38 del 2010 non era quella sanzionatoria, ma quella di stimolare e sensibilizzare sempre più la diffusione di una cultura umana, professionale e farmacologica del dolore. Quindi, vorrei chiedere al generale Piccinno se ha a disposizione dati disarticolati per quanto riguarda la voce dell'attività di formazione del personale. Infatti, nel questionario – che è stato predisposto in modo professionale e competente – si fa riferimento ai soggetti destinatari, al monte ore da riservare alla formazione professionale e alle singole qualifiche dei soggetti destinatari; tuttavia, non avendo dati disarticolati, non riusciamo a comprendere, territorio per territorio, Regione per Regione, il *trend* di diffusione di quella che, a nostro giudizio, è la preconditione per far decollare gli obiettivi della legge.

Il secondo chiarimento è in ordine al fatto che nei quesiti messi a disposizione dell'Arma non vi è uno specifico riferimento all'analisi del-

l'impiego delle risorse economiche impegnate dalle Regioni e dalle singole ASL dal momento in cui è entrata in vigore la legge ad oggi. Ciò dipende anche dai limiti posti dalla stessa Commissione rispetto alle finalità dell'indagine. Infatti, il Presidente ha rivolto l'attenzione soprattutto sulla questione sanitaria dell'impianto della legge. Tuttavia vorrei chiedere al generale Piccinno se indirettamente, attraverso lo studio portato avanti nel Paese, ha avuto modo di valutare se nelle Regioni in cui si superano i livelli di media rispetto agli obiettivi *standard* e alle medie mediate vi sia stato contestualmente un maggior impegno di risorse negli ultimi tempi, cioè dall'approvazione della legge in poi; in altre parole, se l'impegno finanziario delle singole Regioni abbia in qualche modo influito in senso positivo anziché in senso contrario. Per noi questo potrebbe essere un dato aggiuntivo importante per comprendere fino a che punto potremo, nel reintegrare, aggiustare e migliorare l'impianto legislativo, andare incontro agli utili suggerimenti avanzati dai colleghi che mi hanno preceduto, in termini sanzionatori e, ancora di più, in termini di premialità e di virtuosità.

COSENTINO (PD). Anzitutto, vorrei anch'io unirmi alle considerazioni di apprezzamento per l'indagine compiuta dal generale Piccinno e dalla sua squadra dei NAS, che considero un lavoro eccezionale: la ristrettezza dei tempi, il periodo estivo e l'ampiezza delle indagini richieste da questa Commissione erano tali da far pensare che fosse impossibile procedere in tempi così rapidi. Al contrario, la relazione prodotta è effettivamente molto chiara e lucida, nonché uno strumento straordinario di lavoro.

Come membro di questa Commissione, ho avuto modo di verificare, insieme al Ministro, per la parte che riguarda i sistemi di valutazione, i tempi lunghissimi, gli impedimenti vari che hanno sempre creato grande ostacolo a questo tipo di indagini. Per tale ragione non posso che prendere atto del fatto che quando i NAS chiedono le risposte arrivano. Questo è certamente un elemento che non può non essere apprezzato dalla nostra Commissione e da tutti noi.

Vorrei spendere qualche parola di valutazione positiva circa il fatto che in molte Regioni italiane quella legge è stata uno strumento per migliorare la situazione dei malati. Infatti, non era affatto scontato che in pochi mesi molte Regioni riuscissero ad organizzare i sistemi, a fare la formazione, a creare i comitati: è un sistema sanitario, quello italiano, di cui parliamo sempre molto male ma che in realtà in questo caso ha dimostrato – e questo è un elemento rassicurante – che gli strumenti ci sono.

Se disarticoliamo i dati, analizzando a parte Sardegna e Abruzzo, c'è un panorama di alcune Regioni del Centro-Nord che corrono mentre si evidenzia un problema nel Mezzogiorno. Io penso che la Commissione dovrà sì riflettere su eventuali interventi ulteriori, riferiti a premialità, sanzioni o agevolazioni finanziarie; tuttavia, ritengo che nel Mezzogiorno il problema non sia solo di risorse ma – lo abbiamo peraltro scritto in un documento approvato all'unanimità dalla Commissione sanità, relatore il collega Calabrò, a proposito di federalismo fiscale – di sensibilizzazione,

di informazione, di costruzione di reti di conoscenza, di trasparenza nelle decisioni. Questa allora potrebbe essere – mi rivolgo ai colleghi –, per il valore della ricerca compiuta e per il tema che stiamo trattando, una piccola ma significativa occasione di sperimentare se una politica di *moral suasion* (che veda unitamente una capacità di rivolgersi ai Presidenti e agli assessori delle Regioni che hanno mostrato maggiori difficoltà per definire insieme gli obiettivi, mantenendo aperta la prospettiva di una valutazione nel tempo) non possa essere più utile che non un puro e semplice intervento di tipo punitivo o scandalistico. Da questo punto di vista suggerirei al Presidente, proprio per mantenere questo spirito di collaborazione tra poteri dello Stato, anche nel rapporto Governo-Parlamento-Regioni, di incontrare, se lo ritiene, il Ministro con il generale Piccinno e l'Ufficio di Presidenza, per valutare insieme le forme e i modi che si ritengono opportuni per rendere noti i dati che emergono da questa ricerca. Allo stesso tempo, sarebbe utile incontrare e rapportarci – vedremo in quali forme e modi – con le Regioni in maggiore difficoltà, in un rapporto di scambio e di dialogo. Se la Commissione si muoverà d'intesa con il Governo ciò renderà difficile, a mio parere, l'insorgere di polemiche partitiche o politiche, ma sarà un modo di lavorare per affrontare e risolvere il problema.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Bravo!

COSENTINO (*PD*). Prima di ulteriori iniziative, potrebbe essere opportuno presentare al ministro Fazio questi significativi risultati, negli aspetti sia positivi sia negativi, che emergono nelle realtà regionali, anche per testimoniare della bontà di uno strumento di valutazione che si è dimostrato, in tempi molto rapidi, in grado di darci una mano. Ciò al fine di concordare insieme al Ministro un percorso che può avere sì aspetti di intervento finanziario ma molto di più un aspetto di intervento di sostegno ad una legislazione civile, che si rivolga a tutti con un linguaggio comune.

PRESIDENTE. Voglio ricordare che il comma 3 dell'articolo 3 della citata legge n. 38, seguendo il percorso sollecitato dai senatori Saccomanno e Cosentino, di fatto identifica una norma sanzionatoria perché sulla conoscenza dei dati affida al Ministro della salute il compito di decidere l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale sulla base dell'adempimento della norma; quindi, di fatto in questo spirito collaborativo, mostrando i dati al Ministro, probabilmente si potrebbe migliorare la situazione. Ad ogni modo, anche per quanto riguarda i dati disaggregati, li abbiamo chiesti al generale e certamente, come il senatore Mascitelli suggeriva, li metteremo a disposizione della Commissione.

MAZZARACCHIO (*PdL*). Vorrei anzitutto mettere in evidenza la particolare rilevanza del fatto che un lavoro così pregevole sia stato com-

più in soli cinque giorni. Soltanto la Benemerita poteva portare avanti un'indagine di questo genere in così breve tempo.

Probabilmente i dati prodotti andranno analizzati in modo più approfondito; probabilmente l'indagine andrà ripresa, però non ci meraviglia affatto che ci sia una disomogeneità anche nella somministrazione della terapia del dolore. Il funzionamento complessivo della sanità sul territorio nazionale è in effetti disomogeneo; non è il medesimo per tutte le realtà regionali, ragion per cui sarebbe apparso a dir poco strano se proprio per la terapia del dolore fossero emersi dati uguali al Centro, al Nord e al Sud. Così non poteva assolutamente essere. D'altra parte, bisogna considerare che la disomogeneità dei dati dipende anche dal fatto che in alcune Regioni c'è magari un solo ospedale oncologico mentre in altre Regioni ce n'è più di uno, quindi logicamente l'organizzazione è diversa. Sono tanti gli aspetti da approfondire. Tuttavia, essendo la tutela della salute pubblica un dettato costituzionale, dobbiamo farci carico del problema, in questo caso relativamente alla terapia del dolore ma in generale anche per le altre patologie. Il problema si risolverà, o perlomeno potrà essere attutito, nella misura in cui la sanità, così come la cultura della salute – lo abbiamo detto a proposito di federalismo fiscale – saranno poste nelle condizioni di funzionare sull'intero territorio nazionale. Non possiamo lasciare la competenza esclusiva alle singole Regioni; la tutela della salute deve rimanere competenza dello Stato. È una battaglia che va fatta in sede politica.

Per il resto, mi pare che stiamo andando nella direzione giusta, tenendo presente che lo sforzo non comincia da oggi ma – lo sanno tutti coloro che hanno avuto esperienza nella sanità per aver esercitato funzioni assessorili, come molti di voi – va avanti già da tempo, da quando lo Stato ha finanziato gli *hospice*, che avevano lo scopo di ospitare in maniera adeguata i pazienti terminali e le loro famiglie, nonché di attutire il dolore. Ora è subentrata la terapia del dolore ma la battaglia va avanti da tempo e va perfezionata.

Ringrazio ancora il generale, Comandante dei NAS, per un lavoro svolto – ripeto – in pochissimi giorni, soprattutto considerando il mese di luglio: un fatto eccezionale. Noi approfondiremo bene i dati prodotti; se è il caso, invitando la dirigenza dei NAS a compiere ulteriori approfondimenti, specialmente in quei territori che non procedono come dovrebbero.

Credo che con un'analisi approfondita ulteriore potremo raggiungere buoni risultati anche in un settore così delicato.

BIONDELLI (PD). Anzitutto vorrei rivolgere un ringraziamento al generale e naturalmente ai Carabinieri per l'ottimo lavoro svolto.

Nonostante io provenga da una Regione, il Piemonte, dove la percentuale media di adeguamento è alta (93 per cento), risultato del quale dovrei dirmi soddisfatta, mi spiace vedere percentuali così basse in Regioni del Sud come la Campania e la Sicilia, ma anche in Umbria, dove si registra una percentuale di adeguamento solo del 40 per cento. Mi dispiace

soprattutto alla luce di quello che succede in Italia ultimamente. Non sono una persona che difende la politica nel modo più assoluto, ma la legge n. 38 è stata fortemente voluta da tutti. Ho seguito i miei colleghi parlamentari e devo dire che abbiamo organizzato diversi convegni (ne ricordo uno di tre giorni in Piemonte, al quale lei, Presidente, non ha potuto partecipare perché impegnato in un altro convegno) per sponsorizzare la terapia del dolore. Quella legge è stata una vittoria per tutti perché condivisa dalla politica, e quando la politica condivide un progetto è un bene per il Paese; in questo caso, per il cittadino malato. Tutti insieme dobbiamo lavorare a questo scopo, ma non è stato così. Me ne dispiaccio moltissimo perché qualche volta anche noi facciamo qualcosa di buono; abbiamo promosso questa legge con tanti convegni, ai quali hanno partecipato medici, malati e assessori. Vedere che alcune Regioni stanno al palo mi rattrista. Penso, Presidente, che dovremmo continuare nella nostra opera, come hanno già evidenziato in precedenza i colleghi.

La sanzione sicuramente non è quel qualcosa che potrà smuovere la situazione, perché si tratta anche di una questione di cultura e di rispetto per la persona. Ritengo che la Commissione debba concordare con il Ministro un percorso per ottenere un risultato. Una volta tanto avevamo iniziato molto bene.

Spiacerebbe allora che una legge così importante, che riguarda le persone più fragili, quasi sempre (non solo, ma molto spesso) malati terminali, non decollasse, mentre sarebbe veramente utile che riuscisse a prendere il volo.

DE LILLO (*PdL*). Desidero associarmi ai complimenti al Comandante dei NAS per l'importante ed egregia azione svolta. Anch'io desidero sottolineare alcuni aspetti, certamente non originali perché già evidenziati. Come il senatore Cosentino, vorrei sottolineare gli aspetti positivi e vedere «il bicchiere mezzo pieno»: ad un anno di distanza dall'approvazione della legge vediamo Regioni che hanno quasi completamente attivato la normativa ed altre che l'hanno attivata al 50 per cento. Quindi, in una sanità già valida come quella italiana, si è aggiunto un altro tassello importante.

Probabilmente vi sarà bisogno di altro lavoro e concordo con il senatore Cosentino (con il quale mi trovo d'accordo da anni, malgrado tutto!) su un'azione coordinata del Ministero e del Presidente della Commissione di *moral suasion* nei confronti dei Presidenti delle Regioni e degli assessori alla sanità, anche convocandoli in questa sede e illustrando loro questi risultati al fine di arrivare ad una piena attuazione della legge.

Mi associo alla richiesta del senatore D'Ambrosio Lettieri di una analisi anche dell'aspetto territoriale: sono convinto, o almeno mi auguro, che i risultati nelle Regioni meridionali saranno forse migliori, in quanto i centri di eccellenza ospedalieri sono nel Centro-Nord ma spero che l'applicazione della terapia domiciliare sia effettuata a cascata anche dai medici di base sul territorio. Potrebbe trattarsi di un'analisi relativamente semplice che ci potrebbe fornire un altro dato.

Nell'azione di stimolo forse si potrebbe dare il mandato per una verifica successiva, il prossimo anno, anche se non vorremmo caricare il Nucleo per la tutela della salute, che ha già tanti compiti, di un'azione ordinaria. Certamente sarebbe interessante vedere come nel tempo si sviluppa la situazione.

PRESIDENTE. Darei ora la parola, per qualche elemento aggiuntivo, al generale Piccinno. Domani, oltre agli altri punti all'ordine del giorno, in Ufficio di Presidenza decideremo che tipo di indirizzo successivo dare a questa inchiesta perché non rimanga soltanto uno straordinario lavoro di raccolta dati ma diventi altresì una forza propulsiva per migliorare la situazione, in particolare nelle Regioni del Sud.

Vorrei poi rivolgere al Generale una domanda che rientra in qualche modo nella richiesta avanzata dal Capogruppo dell'Italia dei Valori e che risponde ad un mio personale interesse. Tanti di noi, anche presenti oggi in quest'Aula, hanno insistito con orgoglio affinché nel testo della legge ci fosse una attenzione specifica al dolore pediatrico e, come è noto, la legge n. 38 del 2010 è l'unica legge in Europa che contempla tale aspetto. Nei dati scorporati potremmo anche vedere, per esempio, se vi è una attenzione maggiore o minore per il paziente oncologico pediatrico nel nostro Paese rispetto ad altri e se vi sono differenze rilevanti. Credo infatti che questo sia un aspetto fondamentale, del quale il Parlamento deve essere orgoglioso, perché quella approvata è l'unica legge nel contesto europeo che ha voluto un articolo proprio sul controllo del dolore in età pediatrica.

PICCINNO. Vorrei ringraziare sia il Presidente che tutti i signori senatori per le parole che hanno avuto nei nostri confronti. Come ho già detto e come ripeto, sono solo un allenatore ma i giocatori sono molto bravi e devo ringraziarli perché si sono spesi al meglio, anche perché hanno compreso le finalità dell'azione dal momento che ogni famiglia, purtroppo, ha avuto a che fare con questo problema.

Per quanto riguarda altre eventuali ulteriori analisi o accertamenti che possiamo fare, siamo a disposizione anche perché, come ben sapete, la *mission* del Comando carabinieri per la tutela della salute è questa e quindi possiamo dedicare qualche minuto in meno ad altri settori e dedicarne qualcuno in più a questo. Credo in questo modo di interpretare anche il pensiero del Ministro.

Possiamo allargare la nostra analisi. Peraltro, ho detto dall'inizio che questa ricerca non è esaustiva, perché abbiamo attenzionato solo 244 ospedali, quelli maggiori, non siamo andati sul territorio; alcune risposte sulla formazione probabilmente le abbiamo già ma, per esempio, sull'impegno finanziario non erano richieste e non siamo andati a cercarle.

Quindi, mi dovete scusare ma, quando all'inizio del mio intervento ho evidenziato il fatto che non era prevista alcuna sanzione, non intendevo assolutamente rimarcare tale aspetto; la mia era solo una considerazione: osservavo che in Italia si fanno determinate cose soltanto se è prevista una sanzione. Di questo siamo consapevoli; ce ne accorgiamo quando valu-

tiamo i dati relativi al consumo dei farmaci analgesici e notiamo la differenza tra le 54.611 confezioni consumate al Sud e le 741.351 confezioni consumate al Nord.

Inoltre, per rispondere al senatore Mascitelli, sottolineo che esiste certamente il problema della formazione (come si evince proprio da quei dati); concordo, però, sul fatto che andando sul territorio il dato di qualche Regione potrebbe risalire. Comunque, non ci si aspettava che alcune Regioni si attestassero su quella fascia. Dunque, verificheremo e cercheremo di approfondire. In ogni caso, tutti i dati (che sono piuttosto corposi) sono a disposizione della Commissione.

Se il Presidente ci vorrà incaricare di svolgere ulteriori accertamenti, saremo ben disposti a farlo (anche se forse non in cinque giorni!).

PRESIDENTE. Ringrazio il generale Piccinno per il prezioso contributo offerto ai lavori della Commissione.

Onorevoli colleghi, propongo di rendere pubblica la documentazione depositata dai NAS, dopo che questa sarà stata illustrata, quale gesto di cortesia istituzionale, al Ministro della salute.

Poiché non vi sono osservazioni, così resta stabilito.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

*I lavori terminano alle ore 15,20.*

