

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 267

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE
STORACE SUGLI INDIRIZZI GENERALI DELLA
POLITICA DEL SUO DICASTERO

28° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 10 MAGGIO 2005

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Comunicazioni del ministro della salute Storace sugli indirizzi generali della politica del suo Dicastero

* PRESIDENTE	<i>Pag. 3, 9, 12 e passim</i>
COZZOLINO (AN)	15
* DANIELI Paolo (AN)	10
DANZI (UDC)	9
DI GIROLAMO (DS-U)	14
* FALOMI (Misto-Cant)	11, 12
MASCIANI (DS-U)	9
STORACE, ministro della salute	3, 9, 12
TREDESE (FI)	13

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-Il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il ministro della salute Storace e i sottosegretari di Stato per lo stesso dicastero Alberti Casellati e Corsi.

I lavori hanno inizio alle ore 15,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Comunicazioni del ministro della salute Storace sugli indirizzi generali della politica del suo Dicastero

* PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca comunicazioni del Ministro della salute sugli indirizzi generali della politica del suo Dicastero.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Ringrazio a nome della Commissione il ministro Storace per la disponibilità dimostrata, porgendogli i migliori auguri per un proficuo lavoro alla guida del Dicastero della salute.

Ricordo a tutti la necessità di terminare la seduta prima che inizino i lavori dell'Assemblea e cedo la parola al ministro Storace che svolgerà una relazione introduttiva.

STORACE, *ministro della salute*. Signor Presidente, ringrazio i senatori per quest'incontro; viceversa non credo di meritare un ringraziamento essendo convinto che il Ministro abbia il dovere di confrontarsi con le istituzioni.

Vorrei partire proprio da questo punto posto che l'esperienza maturata negli ultimi quattro anni di governo mi suggerisce di intensificare i rapporti con il Parlamento e con le istituzioni al fine di lavorare insieme nel miglior modo possibile. Nel corso della mia esposizione (che sarà necessariamente sommaria per consentire lo svolgimento di un dibattito, ancorché minimo, all'interno della Commissione) farò riferimento alle prime problematiche che intendo affrontare nel corso del mandato che mi è stato affidato dal Presidente del Consiglio.

A tal fine parto dal tentativo di mettere in pratica alcune intenzioni annunciate in Parlamento nel corso della presentazione del programma del nuovo Esecutivo. Mi riferisco ai principi fondamentali che il Governo si è dato in tema di riduzione del potere d'acquisto delle famiglie, di contratti e d'inversione di rotta nelle politiche di attenzione verso il Mezzogiorno d'Italia. In tale contesto anche la sanità dovrà svolgere il proprio ruolo per affermare le ragioni del programma governativo.

Quanto ai problemi riguardanti il Sud del Paese, bisogna fare i conti con un'arretratezza strutturale e con il nuovo ordinamento che la Repubblica si è data e si sta dando con le riforme costituzionali, cui dobbiamo dare una risposta in termini di unitarietà del sistema attraverso la forte affermazione dei principi di universalità e di solidarietà del Servizio Sanitario Nazionale.

Mi preme chiarire che il federalismo ha fatto bene alle Regioni soprattutto in materia di sanità, avendo consentito ai cittadini di essere più vicini all'erogazione dei servizi e di controllare ciò che avviene in quest'importante comparto. Occorre però agire sempre in un'ottica di tutela dell'interesse nazionale. Nel settore della sanità si può toccare con mano quanto dovrà avvenire in un prossimo futuro, alla luce della nuova riforma costituzionale (se sarà approvata dal Parlamento) e dei principi di devoluzione alle Regioni del Servizio Sanitario Nazionale, facendo emergere soprattutto in quest'ambito la tutela dell'interesse nazionale. Ciò si evince anche dalle politiche sinora condotte con riferimento all'ordinamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Si tratta dell'affermazione di un principio molto importante, frutto di intese tra Stato e Regioni, che serve a garantire il massimo grado di compatibilità nei vari sistemi sanitari regionali nell'erogazione dei servizi, onde evitare frammentazioni e particolarismi nell'offerta dei servizi ai cittadini. A tal proposito, spero che nel dibattito che svolgeremo d'ora in avanti vi sia spazio anche per una serie di riflessioni sui contenuti dell'intesa sottoscritta dallo Stato e dalle Regioni il 23 marzo scorso.

Oggi il Ministero e il Parlamento, avendo maggiori poteri di controllo sui servizi sanitari nell'intera penisola, possono operare per corrispondere in modo più compatibile ed efficiente alle esigenze dei cittadini in materia sanitaria.

Peraltro, negli ultimi anni si è registrato un significativo aumento delle risorse destinate alla sanità, che sono passate dai 66 miliardi di euro del 2001 agli attuali 90 (ivi inclusi i 2 miliardi di euro per il ripiano del disavanzo 2001-2003). Si tratta, dunque, di risorse consistenti che avvicinano, la percentuale di prodotto lordo destinato alla sanità italiana a quella che si registra mediamente in Europa.

Ovviamente permangono alcune questioni da affrontare, che citerò in rapida sintesi, atteso il mio interesse ad ascoltare quanto emerge dal Senato per cercare di correggere, ove possibile, ciò che è necessario. Stiamo cercando di concentrare l'attenzione degli uffici del Ministero su tali tematiche soprattutto al fine di stabilire alcune priorità, fra cui certamente figura il nuovo Piano sanitario nazionale. La fase delle consultazioni si dovrebbe concludere entro il prossimo dicembre e il mio auspicio è che il varo del piano triennale 2006-2008 sia frutto di un'ampia concertazione.

Tra le questioni da affrontare emerge in tutta la sua importanza anche quella legata all'attuazione delle norme sugli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Siamo in pendenza della decisione della Corte costituzionale sul ricorso della Regione Emilia Romagna. Per agire con chiarezza bisogna capire quale sarà la sorte di questo provvedimento.

Una sollecitazione al Ministero dell'economia e delle finanze: bisogna puntare ad aumentare fortemente la dotazione finanziaria di tali istituti, onde sviluppare una politica sul fronte della ricerca che consenta finalmente di affrontare con decisione l'annosa questione della «fuga dei migliori cervelli italiani».

Pur nei limiti delle competenze del Ministero, trattandosi di materia di competenza più che altro della Presidenza del Consiglio, siamo impegnati attivamente anche sul fronte del contratto dei medici che stiamo esaminando con grande attenzione. In proposito abbiamo rappresentato in Consiglio dei ministri la necessità che il ragionamento sia esteso all'intero comparto della sanità. Spero che le discussioni di questi giorni possano portare finalmente alla definizione in positivo della vertenza in corso.

Quando si parla di medici, non bisogna dimenticare che oltre al rinnovo del contratto si devono affrontare anche alcune decisive questioni normative. Penso alla discussione in corso nell'altro ramo del Parlamento sulla necessità di rendere la classe medica finalmente protagonista nelle scelte aziendali.

Alla luce dell'esperienza acquisita, reputo opportuno richiamare la vostra attenzione sulla necessità di stabilire con le Regioni un rapporto di assoluta collaborazione onde risolvere le questioni più spinose per i cittadini. In tal senso, assume importanza decisiva, anche dal punto di vista visivo, lo scioglimento del nodo delle liste di attesa, tema sul quale si riscontra l'impegno istituzionale.

Dobbiamo far sì che i servizi sanitari siano erogati nei tempi più rapidi possibili per non rischiare di marchiare un sistema sanitario che si ritiene funzionante rispetto ad altri sistemi sanitari. Per troppo tempo è mancata la possibilità di svolgere un'azione concreta sul controllo delle liste d'attesa. Oggi, però, si dispone di uno strumento in più, posto che l'intesa sottoscritta tra Stato e Regioni il 23 marzo scorso consente di effettuare controlli seri sul territorio. Ho personalmente sollecitato i presidenti delle Regioni, anticipando l'iniziativa assunta, affinché si possa dare vita a un sistema che rispetti le finalità di tale intesa e renda, nel contempo, noto a tutti i cittadini che le istituzioni si stanno impegnando su tale fronte. Tutto ciò deve avvenire in uno spirito di collaborazione, posto che troppo spesso i possibili errori di funzionari, operatori o medici sono alla fine imputati al presidente della Regione o ad altre figure. Occorre saper individuare le responsabilità e mettere a fuoco le disponibilità di servizio. Si dovrà probabilmente perseguire una politica nuova volta a potenziare o ad istituire, laddove non esistono, i Centri unici di prenotazione (CUP) regionali. Stiamo anche verificando se è compatibile un sistema di CUP intraregionale volto a consentire ai cittadini delle città di confine tra le diverse Regioni di usufruire di tali servizi.

Ovviamente non possiamo limitarci al controllo, perché questo può essere insufficiente per i cittadini. Voglio annunciare alla Commissione del Senato che stiamo lavorando sull'istituzione di una commissione che dovrà verificare, in tempi rapidi, se è possibile prevedere un meccanismo di rimborsabilità per i cittadini vittima di disservizi sanitari. Questo po-

trebbe rappresentare una svolta (un po' come accade nelle Ferrovie in caso di mancata puntualità del treno), allo scopo di individuare un meccanismo che consenta al cittadino di avere ristoro rispetto al disagio subito.

Abbiamo la necessità di sviluppare un ragionamento in profondità con le Regioni anche su quello che definiamo processo di gestione e manutenzione dei LEA. Ho letto molti disegni di legge presentati dagli onorevoli senatori sui servizi che, a loro modo di vedere, dovrebbero entrare nei livelli essenziali di assistenza, argomento molto delicato, essendo oggetto di continua trattativa tra Stato e Regioni. A fronte della richiesta di erogare più prestazioni, le Regioni chiedono maggiori risorse. Su quest'aspetto dovremo individuare alcune priorità e, com'è noto, sulle malattie non ci si può permettere distinzioni di carattere politico. Dobbiamo lavorare per capire come garantire le prestazioni ai cittadini.

Un altro elemento di grande attenzione nell'azione iniziale del Ministero della salute – che segue gli impegni programmatici del nuovo Governo – è legato alla spesa farmaceutica e, segnatamente, a quella a carico dei cittadini. L'Agenzia italiana del farmaco prevede che la spesa farmaceutica non dovrebbe sfiorare il tetto fissato nel 13 per cento della spesa sanitaria complessiva, stabilito dagli accordi Stato-Regioni a voi ben noti. Stiamo verificando i dati relativi alla spesa farmaceutica ospedaliera, il cui censimento non è stato ancora completato; ciò non di meno confidiamo nei buoni risultati che deriveranno dalle politiche sinora intraprese. È significativo il calo del 7 per cento della spesa farmaceutica registrato nel mese di marzo di quest'anno rispetto a quello dell'anno precedente; peraltro, tra gennaio, febbraio e marzo il calo è progressivo.

Quanto alla spesa a carico del cittadino, bisogna intervenire sui farmaci di fascia C. È in fase di elaborazione un provvedimento che consentire l'acquisto di uno stesso prodotto a prezzi diversi, fermo restando il diritto dell'industria farmaceutica a stabilirne il costo iniziale. Stiamo verificando la praticabilità di un meccanismo che incida sull'unicità del prezzo, così com'è oggi venduto in farmacia, passando, in altri termini, a un regime di prezzo massimo.

Ovviamente su quest'argomento è in corso una discussione all'interno degli uffici. Vogliamo collaborare con le categorie per individuare un progetto legislativo che veda la massima condivisione possibile. Dobbiamo far sì che tutti si facciano finalmente carico di un problema che è del Paese; penso soprattutto alle grandi realtà urbane, dove il costo della vita è quello che tutti conosciamo e vi è la necessità di dare risposta chiara, concreta e coerente in linea con i messaggi che il nuovo Governo ha inteso trasmettere alle persone.

È nostro auspicio riuscire ad avviare una politica volta ad incentivare il ricorso ai farmaci generici non solo attraverso alcune norme legislative che stiamo studiando in tal senso ma anche mediante un diverso approccio comunicazionale, come suggerito dai tecnici dell'Agenzia italiana del farmaco. Non si è registrato il pieno successo dei farmaci generici probabilmente perché tale dicitura riportata sull'etichetta nominalistica è stata interpretata come un'indicazione troppo superficiale. L'utilizzo di un'espres-

sione diversa avrebbe forse riscosso maggiore successo. Permane comunque la necessità di investire su questo tipo di farmaci che, a parità di effetti, consentono al cittadino e allo Stato di risparmiare.

In tema di risorse è nostra intenzione affrontare con gran serietà il decreto legislativo n. 56 del 2000, attualmente giacente sul tavolo di trattativa tra Stato e Regioni. Il Governo ha recentemente prorogato al 30 settembre prossimo il termine per adeguare tale decreto legislativo ai principi contenuti nel titolo V della Costituzione; abbiamo, quindi, qualche margine di manovra per discuterne ancora.

Certamente si pone la questione, sempre più prepotente, dello squilibrio esistente tra Nord e Sud del Paese, tema da affrontare anche in un'ottica futura. Con le Regioni si prospetta una discussione impegnativa con riferimento ai diversi criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale. In qualità di presidente della Regione Lazio ho vissuto in prima persona quest'esperienza ogni volta che il Ministero della salute trasmetteva alle Regioni la tabella delle proposte di riparto e posso testimoniare quanto si accapigliassero i presidenti delle Regioni non solo in base alle varie aree geografiche ma anche perché, purtroppo, da troppo tempo vigono criteri interpretati in maniera penalizzante per alcuni ed eccessivamente favorevole per altri. Il confronto con le Regioni in questo caso è a mio giudizio dovuto, trattandosi di materia rispetto alla quale non si possono imporre soluzioni. Si dovrà capire come riconoscere, a parità di risorse stanziare, in base alle attuali disponibilità, condizioni di maggior favore per le aree tradizionalmente penalizzate.

Un'altra proposta che necessiterà di un po' di fantasia istituzionale riguarderà l'interpretazione dei criteri dettati dalla legge n. 662 del 1996. Occorre avere il coraggio di discutere di quei criteri, anche perché non vorrei condividere una sorta di scorciatoia secondo cui si propone, nel caso di specie, qualcosa in più per le Regioni meridionali, senza verificare se lo squilibrio sia dettato o meno dall'attuale condizione normativa.

Mi spiego meglio. Alla Camera dei deputati giace un'interessante proposta di legge che prevede un piano di finanziamenti per il Sud ma che comporta il reperimento di ulteriori risorse. Vorrei capire se siamo tutti consapevoli che nell'attuale condizione, a risorse date, oggi esiste uno squilibrio. Certo, non sarà facile, nei tempi che verranno, distogliere risorse da altri settori per riversarle sulla sanità; è facile capire quanto una soluzione del genere rischi di essere complicata.

Bisogna comprendere se siamo in grado di incidere sulla normativa attuale. A tal proposito, attendo dalla Commissione presieduta dal presidente Tomassini proposte foriere di una proficua e seria attività di collaborazione futura.

Nella sintesi necessaria soprattutto allo scopo di ascoltare i vostri interventi, mi soffermerò brevemente su un punto che ho particolarmente a cuore e che attiene al rapporto Stato-Regioni: le condizioni di civiltà da garantire ai malati. L'ordine del giorno dei lavori della Commissione della prossima settimana reca un disegno di legge (chiederò al presidente Tomassini di poterlo leggere) sulle cure palliative, tema che vivo con parti-

colare intensità, essendocene occupato più volte e sul quale si registra un ritardo sulla spesa. Con due finanziamenti successivi, uno nel 1998-1999, l'altro nel 2000-2001, lo Stato ha erogato 206 milioni di euro alle Regioni per realizzare strutture di residenzialità. L'intenzione del legislatore di allora era sollecitare ciascuna Regione, secondo il proprio fabbisogno e le proprie necessità, a dare vita a una politica in tale settore, decidendo, ciascuna nell'ambito del proprio sistema organizzativo interno, come realizzare tali opere (integrandole, ad esempio, con l'assistenza domiciliare). Allora sembrava emergere un sistema misto secondo cui accanto a un posto letto in una residenza per le cure palliative e per i malati terminali si potevano prevedere tre posti letto in assistenza domiciliare; ciascuna Regione decideva poi come ampliare l'offerta con risorse proprie aggiuntive a quelle dello Stato.

Genera in me preoccupazione la mancata spesa in questo settore delle risorse disponibili, aspetto da porre all'attenzione non solo della Conferenza dei presidenti delle Regioni ma anche del Parlamento al fine di individuare le eventuali correzioni da apportare al sistema in termini normativi. Da alcuni dati a mia disposizione emerge con chiarezza la negatività della situazione, atteso che su oltre 206 milioni di euro disponibili per la realizzazione del programma suindicato, dal 1998 ad oggi le Regioni hanno autorizzato spese per appena 44,9 milioni di euro, vale a dire solo per il 21,8 per cento. Ricordo che si tratta di una realtà che investe persone che, essendo alla fine della loro vita, non hanno più molto tempo a disposizione per aspettare che si giunga a una soluzione. È un tema altamente delicato; il programma ministeriale prevedeva l'affiancamento di strutture pubbliche, perché interamente finanziate dallo Stato con i trasferimenti alle Regioni, a strutture private, affinché vi potesse essere un'integrazione del sistema. Ho fatto predisporre l'elenco delle Regioni che da questo punto di vista si possono definire virtuose. Come dicevo, si tratta degli stanziamenti regionali dal 1998 ad oggi, senza con ciò voler sottolineare meriti o demeriti di qualche Regione in particolare.

Dai dati in mio possesso si evidenzia che la Lombardia ha realizzato 19 strutture, l'Emilia-Romagna 11, il Lazio 10 e il Veneto 6, per un totale di 61 strutture, 31 delle quali portate a compimento con finanziamenti pubblici e 30 con finanziamenti di altro genere. Ben 46 strutture sono state realizzate nelle quattro Regioni che ho testé ricordato mentre nelle restanti 16 Regioni ne sono state realizzate appena 15. Appare evidente come alcune Regioni non siano riuscite a dare vita neanche ad una sola struttura. È un dato che affido alla vostra riflessione per significare la necessità di interrogarsi sull'utilizzo delle risorse stanziato dallo Stato e non spese. In alcuni casi sono trascorsi anche quindici anni senza che intervenissero le necessarie spese di ristrutturazione della rete ospedaliera. Per questo motivo il tema dell'edilizia sanitaria, che ha riguardato tutte le Regioni senza distinzioni politiche di sorta, è stato al centro della precedente campagna elettorale.

Resta aperto il problema dell'utilizzo dei fondi stanziati e non spesi dal 1988 ad oggi a favore dell'edilizia sanitaria. Questo tema, sia pure in

dimensione economica più ridotta ma certamente più grave viste le particolari condizioni dei malati che ne sono destinatari, richiede un'attenta riflessione.

Secondo quanto previsto da accordi o normative che regolamentano il rapporto tra Stato e Regioni, è certamente possibile applicare la cosiddetta procedura di affiancamento (parola gentile per mascherare il termine commissariamento). Va però innanzi tutto chiarito come si è potuto arrivare ad eccessi simili.

In ogni caso, oltre a stabilire cosa sia opportuno fare in concreto quando si evidenziano certe inadempienze, credo che sia compito del Parlamento dare un proprio contributo di chiarezza.

Resto, quindi, a vostra completa disposizione per affrontare adeguatamente tutte le questione che ho sinteticamente richiamato nel mio intervento nonché le altre problematiche che i componenti la Commissione intenderanno sollevare.

MASCIONI (*DS-U*). Signor Presidente, alla luce dell'analisi sintetica ma estremamente complessa dei temi affrontati dal Ministro, la pregherei di non concludere oggi l'audizione. Tra l'altro, avendo appreso la massima disponibilità del Ministro al confronto con le istituzioni, mi auguro che la settimana prossima si possa proseguire la discussione già avviata onde consentire a tutti di intervenire.

STORACE, *ministro della salute*. Signor Presidente, rispetto alla richiesta del senatore Mascioni ho un'unica riserva legata ad un impegno in precedenza assunto con l'altro ramo del Parlamento. Dal momento che mercoledì prossimo è prevista la mia audizione presso la Commissione affari sociali della Camera, nel caso in cui mi fosse chiesto di tornare in questa sede la settimana prossima, dovrei confrontarmi con il presidente Palumbo per verificare la disponibilità degli onorevoli deputati a modificare l'incontro precedentemente stabilito.

* PRESIDENTE. E' opportuno procedere quanto più possibile nello svolgimento dell'audizione odierna. Qualora il Ministro non potesse rispondere oggi a tutte le domande che gli verranno rivolte, concordo con la richiesta avanzata dal vice presidente Mascioni di proseguire i nostri lavori in una seduta da convocare nel corso della settimana prossima.

DANZI (*UDC*). Ringrazio a nome dell'UDC il Ministro per la puntualità e l'attenzione che dimostra nei confronti della nostra Commissione. Nella convinzione di aver colto lo spirito permeante l'intervento del ministro Storace, mi limiterò solo a lanciare qualche segnale.

In primo luogo mi ha sbalordito la sua analisi sulla scarsa utilizzazione delle risorse destinate alle strutture dedicate alle cure palliative e reputo meritevole che abbia voluto da subito occuparsi della questione.

Esaminerò ora due questioni che considero prioritarie. Poiché sono convinto che si debba sempre fare tesoro di ciò che si sperimenta con

mano, credo che tutti possano convenire sul fatto che l'attuale gestione da parte delle ASL vada rivista. In tal senso non è pensabile che i direttori generali, di nomina strettamente politica e partitica, gestiscano un potere sostanzialmente assoluto. L'organizzazione sanitaria deve poter contare su governatori regionali o assessori illuminati, capaci di evitare un processo che alla fine trasforma i direttori generali delle ASL in personaggi politici, a prescindere dalla collocazione politica, oggi tendenzialmente di centro-sinistra.

Senza la presunzione di dare oggi alcun suggerimento, credo che creare strutture sottoposte ad un reale controllo da parte di un collegio (consiglio) di sanitari (ipotesi già ventilata con riferimento ad un governo clinico) rappresenti una soluzione anche rispetto alle esigenze di ASL, diverse da quelle romane, ma spesso chiamate ad amministrare svariati paesi. Pur non volendo ritornare alla vecchia idea dei consigli di amministrazione, mi sembra però giusto che i comuni di un territorio possano democraticamente, e non sotto la scure di una gestione monocratica assolutamente non controllabile e confrontabile, operare una pianificazione rispetto all'organizzazione delle strutture che operano al loro interno.

Un altro aspetto, forse più banale ma non meno sentito, riguarda la battaglia che si sta giustamente conducendo per ricreare un rapporto moralmente corretto tra la casa farmaceutica, l'informatore scientifico ed il professionista sanitario. Molti medici lamentano di non poter detrarre dalla dichiarazione dei redditi il costo dei corsi che ogni viene richiesto loro di frequentare obbligatoriamente a garanzia della loro formazione.

Pur rendendomi conto del fatto della difficile soluzione del problema stanti le indubbie conseguenze economiche che ne deriverebbero, reputo non corretto impedire ad un professionista di detrarre l'intero importo di iscrizione a tali corsi dalla dichiarazione dei propri redditi.

* DANIELI Paolo (AN). Nel ringraziare il Ministro della presenza odierna, colgo l'occasione per esprimergli l'apprezzamento del Gruppo Alleanza Nazionale per l'approccio realistico e concreto con cui ha trattato le problematiche inerenti al mondo della sanità italiana, volgendo nel contempo un occhio di riguardo alle reali esigenze dei cittadini e dei malati.

Mi è piaciuto molto l'accento alle cure palliative che hanno un'indubbia valenza sociale. Per quanto possibile, il Ministro vorrebbe modificare un atteggiamento, di particolare evidenza negli ultimi anni rispetto alla predisposizione di norme in materia sanitaria, che spesso ha portato i Ministeri economici a valutazioni che hanno pesantemente condizionato le scelte da attuare in questo specifico settore.

Gli aspetti sanitari, insieme a quelli relativi all'istruzione e all'alimentazione, certamente rientrano fra i «bisogni primari», il cui significato etimologico dovrebbe automaticamente far comprendere che si tratta di questioni che hanno la precedenza su altre se si agisce su capitoli di spesa.

Dalle parole del Ministro emerge il desiderio di difendere e tutelare i diritti sacrosanti e fondamentali di salute dei cittadini in maniera trasversale, a prescindere dagli schieramenti politici di destra o di sinistra. Come

già accaduto in passato, è auspicabile che si affronti questa materia adottando il criterio del buon senso piuttosto che quello della separazione tra schieramenti, quali essi siano.

I problemi legati alla devoluzione ed al federalismo, accennati dal Ministro con riferimento alla gestione della sanità, comportano che la gestione regionale della salute dei cittadini proceda di pari passo con la solidarietà nazionale e con il principio di responsabilità. Premesso che il *deficit* in questo settore è generalizzato a causa dell'inadeguatezza della spesa, ancorché aumentate negli ultimi quattro anni, va però osservato che dietro a tanti *deficit*, oltre all'inefficienza, si nascondono vere e proprie malversazioni che andrebbero eliminate alla radice.

A proposito della spesa sanitaria, è bene sottolineare che talvolta, attraverso l'uso di strumenti semplicissimi, si ottengono grandissimi risultati. Un esempio: per contenere la spesa relativa ai farmaci ospedalieri basterebbe dotare gli infermieri caposala di un palmare attraverso il quale controllare direttamente la situazione ed evitare che farmaci scaduti siano conservati nei depositi dei vari reparti, sottoreparti o della farmacia dell'ospedale. Ripeto, talvolta con semplici strumenti si possono ottenere grandissimi risparmi. Per quanto riguarda ad esempio la mia Regione, il Veneto, da questo punto di vista considerata virtuosa, uno studio dell'Agenzia italiana del farmaco ha rilevato che attraverso l'eliminazione dei farmaci scaduti nei depositi dei vari reparti ospedalieri si ottengono risparmi dell'ordine di centinaia di miliardi di vecchie lire.

Mi fermo qui, anche se ci sarebbe ancora molto da aggiungere. Rinovo comunque la mia soddisfazione per l'esposizione del Ministro che ha affrontato importanti temi rispetto ai quali garantiamo tutta la collaborazione del Gruppo Alleanza Nazionale.

* FALOMI (*Misto-Cant*). L'esposizione effettuata dal ministro Storace tocca i principali problemi del Sistema sanitario nazionale, ma lascia qualche perplessità circa la effettiva possibilità di affrontare con provvedimenti concreti l'insieme delle questioni proposte nell'anno che ancora ci separa dalla fine della legislatura (per altro in termini operativi più ristretto) anche se per accertarlo occorre una verifica da effettuare più avanti.

La prima questione che desidero affrontare attiene ai livelli essenziali di assistenza (LEA) cui il Ministro ha accennato ponendo su un altro terreno anche il tema del finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

In sede di approvazione della riforma costituzionale abbiamo avuto modo di discutere – anche in questa Commissione – del meccanismo che attribuisce la definizione dei livelli essenziali di assistenza alla competenza esclusiva dello Stato, onde garantire l'unicità delle prestazioni. Nella proposta di modifica della Costituzione non è stato però chiarito (anzi permangono dubbi abbastanza seri) quale sia, in realtà, il soggetto chiamato a garantire il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza nel quadro di autonomia fiscale del sistema regionale.

Nel momento in cui si vogliono ridiscutere i criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, si pone il problema del tipo di ancoraggio ipotizzabile tra i livelli essenziali di assistenza e i fondi necessari alle Regioni per poterli garantire. Visto che la definizione dei livelli essenziali di assistenza rientra nei poteri dello Stato (ancorché attraverso una trattativa con le Regioni), quest'ultimo deve garantire che quei livelli essenziali di assistenza previsti siano rispettati. Di contro, la legislazione costituzionale in corso di definizione lascia non pochi dubbi in ordine a questo ancoraggio.

PRESIDENTE. Senatore Falomi, a quale riforma costituzionale si sta riferendo? Forse, quella in corso di approvazione?

* FALOMI (*Misto-Cant*). Alla riforma che è stata già approvata in prima lettura dal Parlamento e che si presume sarà in futuro licenziata. In ogni caso, al di là della modifica costituzionale, l'ancoraggio del finanziamento del Sistema sanitario nazionale ai livelli essenziali di assistenza resta un tema aperto.

STORACE, *ministro della salute*. Senatore Falomi, per maggiore chiarezza, mi preme precisare che quando ho richiamato la necessità di riflettere sull'opportunità di una modifica dei criteri di riparto, mi riferivo ovviamente alla situazione a legislazione vigente, posto che la legge n. 662 del 1996 rimane la fonte normativa primaria vige anche per l'anno 2006, giacché ogni anno i criteri sono gestiti secondo la proposta avanzata dal Ministero.

* FALOMI (*Misto-Cant*). Sto chiaramente facendo riferimento alla situazione a legislazione vigente. Tuttavia, anche in tale circostanza si può costruire un ragionamento inerente il rapporto tra i livelli essenziali di assistenza e i relativi finanziamenti, laddove si osserva da un lato una certa divaricazione tra i principi e gli elementi che diventano vincolanti per il Sistema sanitario regionale, dall'altro una mancanza di garanzie rispetto al finanziamento. Quindi, se è reale l'esistenza di un problema a legislazione vigente, va comunque considerata questa preoccupazione di carattere generale che – non essendosi ancora concluso l'esame del disegno di legge di riforma costituzionale – mi sembra importante porre sul tappeto.

La seconda questione cui intendo accennare riguarda il tema della liberalizzazione dei prezzi dei prodotti farmaceutici, al cui riguardo un passaggio non mi è del tutto chiaro. Ovviamente, i cittadini non acquistano i medicinali sulla base della convenienza del prezzo, ma perché gli vengono prescritti dai medici. Da quanto ho capito, il problema è se sia ipotizzabile che uno stesso medicinale possa essere messo in commercio a prezzi diversi. Di conseguenza si pone il problema della definizione di un prezzo massimo, anche se ho l'impressione che si tratti solo di un palliativo. Infatti, emerge la tendenza delle case farmaceutiche ad allinearsi al prezzo massimo che non si capisce bene come possa essere tecnicamente fissato.

Poiché il Ministro ha accennato ad una Commissione che starebbe analizzando il problema, e vorrei avere qualche delucidazione sul funzionamento del meccanismo indicato. Forse sarebbe più efficace l'iniziativa che alcune Regioni stanno portando avanti con l'abolizione dei *ticket*, misura che credo andrebbe maggiormente incontro alle esigenze del cittadino.

L'ultima considerazione riguarda la direttiva europea Bolkestein in materia di liberalizzazione dei servizi pubblici in corso d'esame. La definizione di servizio pubblico è talmente vaga che al suo interno possono rientrare anche i servizi sanitari. Detta direttiva, in fase di discussione, è stata posta all'attenzione anche del Parlamento europeo e i governi nazionali possono giocare un ruolo essenziale nella sua eventuale approvazione. Quella direttiva dovrebbe chiarire, ad esempio, a quali servizi di pubblica utilità ci si intende riferire, anche al fine di escluderne alcune tipologie dalla sua applicazione. I servizi sanitari non possono essere gestiti in una logica di competizione come se si trattasse di una merce qualsiasi. Oltre a ciò, tale proposta normativa contiene un principio molto grave e pericoloso in base al quale si rende possibile che un'impresa di un Paese, facente parte dell'Unione Europea, può aprire un'attività in un altro Paese sempre dell'Unione, rispettando le proprie leggi ma non quelle dello Stato ospitante. Tutti comprendono cosa ciò può significare in termini concreti in un settore come quello della sanità ma anche in altri settori. Rispetto a questo tipo di direttiva, vorrei conoscere da lei, signor Ministro, quale posizione intende assumere il Governo a livello europeo per garantire che non sia varata una disposizione, che rappresenterebbe lo scardinamento dei principi di universalità assunti come punto di riferimento anche della sua azione.

TREDESE (FI). Signor Ministro, la ringrazio per la sensibilità dimostrata venendo in questa sede ad illustrare le linee della politica del suo Dicastero. So comunque che è sua intenzione tornare altre volte, avendo dato nell'illustrazione del suo programma la disponibilità ad ascoltare le nostre sollecitazioni.

Mi è piaciuta molto la sua introduzione che ci ha fatto comprendere quanto lei abbia iniziato a lavorare alacremente su questo settore, inquadrando alcuni punti considerati anche da noi molto rilevanti.

Una delle questioni a cui teniamo molto e sulla quale lavoriamo da quattro anni è relativa alla responsabilità professionale dei medici, tema estremamente importante, sul quale si innesta anche un problema mai risolto. Mi riferisco al fatto che molti medici, per la cosiddetta medicina difensiva, prescrivono numerosi esami; ciò si ripercuote indirettamente sulle liste d'attesa, ma anche sui cittadini che magari vengono indennizzati con dieci anni di ritardo, subendo quindi un'ulteriore vessazione. Si tratta di un problema particolarmente complesso.

Abbiamo tentato di inserire nel cosiddetto decretone per il rilancio dell'economia la regolamentazione degli ordini professionali. Se si raggiungerà un accordo, anche con il suo contributo, si potrà affrontare e

forse risolvere un problema che interessa molte categorie, tutelando realmente chi lavora in tale settore con professionalità e mettendo da parte coloro che invece sfruttano la sanità per altri tipi di interessi.

L'80 per cento delle attività dei medici di medicina generale è di carattere burocratico. Dobbiamo trovare il sistema per rendere più semplice questo lavoro affinché il medico ritorni – come in realtà desidera – a lavorare più sul paziente e meno sulle carte. Ciò riguarda anche il tema particolare dell'ECM, che credo lei debba affrontare. Non è giusto, infatti, che alcune persone partecipino a un programma di ECM di quattro ore e abbiano 10 crediti mentre altre siano impegnate per quattro giorni o per una settimana e ne ricevano invece solo 5. È un criterio che deve essere chiarito prevedendo una regolamentazione specifica.

La ringrazio, signor Ministro, per la disponibilità dimostrata e le annuncio il nostro impegno ad aiutarla nel suo percorso di titolare del Dicastero.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Ringrazio anch'io il ministro Storace per la presenza e gli auguro buon lavoro perché ne abbiamo veramente bisogno.

Nella sua introduzione, scarna ma corposa, egli ha trattato diverse questioni su cui sarebbe opportuno svolgere una discussione. Ne affronterò solo alcune che credo siano di interesse generale.

La prima questione, signor Ministro, riguarda le risorse. Lei ha sottolineato che è stato compiuto uno sforzo perché quest'anno, rispetto allo scorso anno, il fondo sanitario nazionale è cresciuto in misura sensibile. In proposito, però, vorrei sottolinearle tre temi sui quali la invito a impegnarsi ulteriormente.

Malgrado questo sforzo, il suo predecessore, il ministro Sirchia, in un'audizione svolta in Commissione bilancio alla Camera dei deputati ha dichiarato che quest'anno si prevede comunque uno sfondamento di 2,6 miliardi di euro. Si conferma, quindi, una sottostima del fondo.

In secondo luogo, anche con il contributo al ripiano, le Regioni hanno accumulato solo in questi ultimi quattro anni circa 15 milioni di euro di disavanzo, che naturalmente pesano enormemente sulla possibilità di funzionamento dei servizi sanitari regionali.

In terzo luogo, nel Documento di programmazione economico-finanziaria si è stabilito che il Fondo sarebbe stato aumentato in modo progressivo almeno per tenere fisso o addirittura aumentare il rapporto tra Fondo e prodotto interno lordo, mentre nella legge finanziaria è stato previsto il «metodo del 2 per cento», che nel corso di due anni, quindi entro il 2008, riporterà il fondo al di sotto del 6 per cento del PIL. Per un Paese come il nostro, tale previsione non regge minimamente. Le ricordo che secondo tutte le previsioni fatte per mantenere la spesa sanitaria sulla linea delle esigenze di salute di un Paese come l'Italia ad alto tasso di invecchiamento (cito solo quelle della Ragioneria generale dello Stato che, provenendo da un organismo dello Stato non possono essere di parte) si dovrebbe arrivare nel 2050 almeno all'8,6 per cento.

Credo che lei abbia ben presenti questi tre punti relativi alle risorse, ma vorrei capire come intende agire in proposito, anche in considerazione della vicenda IRAP. Infatti, se il Governo sostituirà questa tassa – che è quella che finanzia il fondo sanitario nazionale – si porrà il problema della certezza delle risorse.

Vorrei affrontare anche la questione dei contratti e delle convenzioni. Apprezzo il suo impegno, immediatamente manifestato, per la chiusura dei contratti della dirigenza sanitaria e dell'altro personale, che attendono ormai da quattro anni (cioè da troppo tempo!).

Sottolineo anch'io il tema posto dal senatore Tredese in merito alla responsabilità civile del medico, problema emergente e cruciale per il funzionamento del sistema sanitario.

Inoltre, signor Ministro, rispetto alla convenzione di medicina generale le chiedo se, dopo la decisione della Corte dei conti, il Governo esprimerà un parere negativo, perché non si reputano adeguate le risorse stanziare, e pensa di compiere qualche passo in proposito.

Infine, vorrei evidenziare che sulla legge finanziaria sono state inserite le norme che prevedono per gli enti del Servizio sanitario nazionale un risparmio nelle spese per il personale. Da quanto posso constatare non solo nella mia Regione (credo che l'Umbria sia qualificata come una Regione virtuosa) ma anche in tutte le altre, questa norma sta creando numerosi problemi. Rischiamo, infatti, di dovere chiudere alcuni servizi per le difficoltà inerenti il personale, con l'eccezione degli infermieri per i quali è invece prevista una deroga. Ritengo si tratti di una norma da rimuovere o rimodulare; altrimenti potremmo registrare, entro il prossimo trimestre, una situazione di grande difficoltà con un allungamento delle liste d'attesa (questione che lei ha rilevato come preminente) e uno scadimento dei servizi sanitari.

COZZOLINO (AN). Signor Presidente, vorrei intervenire sull'ordine dei lavori. Vorrei capire – perché non mi è chiaro – se oggi possono intervenire solo i Capigruppo.

* PRESIDENTE. Finora ho semplicemente seguito l'ordine di prenotazione, anche nel caso del senatore Di Girolamo che sarà il prossimo a prendere la parola. Subito dopo, però, si sono iscritti a parlare senatori appartenenti a Gruppi parlamentari già rappresentati e, quindi, ho anticipato – rispetto agli altri – l'intervento del senatore Carella, appartenente al Gruppo dei Verdi. Poiché il ministro Storace ha già dato la sua disponibilità a proseguire il dibattito in altra seduta, in quell'occasione coloro che si sono già iscritti potranno prendere la parola.

Prima di concludere, vorrei rivolgere anch'io un'istanza al ministro Storace su un fatto che mi sembra molto urgente. Questa Commissione, signor Ministro, ha sempre lavorato alacremente sulla base di un confronto garbato, qualche volta anche aspro, ma nei termini della più assoluta correttezza e spesso con un comune atteggiamento costruttivo. Purtroppo moltissimi temi da noi in avanzato stato di lavoro in sede deliberante o

in sede referente sono attualmente bloccati in attesa di acquisire i pareri in materia di copertura finanziaria. Sottolineo, quindi, che la 5^a Commissione permanente deve rispondere in termini reali, anche con un diniego, giacché in assenza dei necessari pareri noi siamo obbligati ad interrompere i nostri lavori.

Ringrazio il ministro Storace per la disponibilità dimostrata e rinvio il seguito delle comunicazioni in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,25.