

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 270

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

29° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 MAGGIO 2005

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Storace
sugli indirizzi generali della politica del suo Dicastero

* PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 14 e <i>passim</i>
BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	11, 12, 27
* BIANCONI (<i>FI</i>)	9
BOLDI (<i>LP</i>)	7
* CARELLA (<i>Verdi-Un</i>)	8
COZZOLINO (<i>AN</i>)	14
DI GIROLAMO (<i>DS-U</i>)	5
* LONGHI (<i>DS-U</i>)	13, 14
* MASCIONI (<i>DS-U</i>)	3, 5
* ROLLANDIN (<i>Aut</i>)	12
* SALINI (<i>FI</i>)	6
SANZARELLO (<i>UDC</i>)	18
STORACE, ministro della salute . 5, 8, 12 e <i>passim</i>	
TATÒ (<i>AN</i>)	16

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.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Storace sugli indirizzi generali della politica del suo Dicastero

* PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito delle 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.

Riprendiamo la discussione sospesa nella seduta del 10 maggio scorso.

Ringrazio il ministro della salute Storace per la disponibilità dimostrata partecipando nuovamente ai lavori di questa Commissione e cedo subito la parola al senatore Mascioni.

* MASCIONI (DS-U). Signor Ministro, voglio darle atto di una cortesia e di un'attenzione istituzionale cui non siamo stati sempre abituati in questi ultimi anni; peraltro, in questo caso, la cortesia, che si può pensare essere forma, ritengo sia sostanza. L'ho sentita affrontare temi interessanti, alcuni meno chiari forse per colpa mia; altri argomenti degni di attenzione sono stati trattati dai colleghi già intervenuti. Focalizzerò il mio breve intervento su pochi punti di sostanza, cercando di non ripetere temi già sentiti.

Il problema principale è legato alle risorse e al Sud, rispetto al quale ci preoccupa anche la cosiddetta *devolution*, soprattutto alla luce delle recenti modifiche costituzionali volute dalla maggioranza. Ciò nonostante, pongo per ora tale tema tra parentesi per misurarmi innanzi tutto con i problemi dell'oggi.

Anch'io sono dell'avviso che il vigente criterio di riparto delle risorse disponibili non vada bene perché incapace di dare risposte puntuali ed esaustive ai bisogni reali. In altri termini, il criterio di riparto fra le Regioni del Fondo sanitario nazionale, adottato in questi ultimi anni, non esprime una corretta lettura delle necessità emergenti ma si fonda su una ponderazione inesatta della popolazione, che fa emergere una falsa

lettura delle fasce demografiche, cui si aggiungono altri elementi che per brevità ometto.

Una modifica *sic et simpliciter* dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale volta a destinare maggiori risorse al Sud non sortirebbe alcun beneficio complessivo per il sistema. Si rischierebbe solo di mettere in difficoltà le Regioni in cui la sanità funziona in virtù della loro storia, della qualità gestionale, delle strutture amministrative ed organizzative e della capacità di verificare i processi, aspetto quest'ultimo che mi preme richiamare alla vostra attenzione.

Ho sinteticamente elencato i punti forti delle Regioni del Centro-Nord e i punti debolissimi di quelle del Sud. Un solo esempio: è particolarmente preoccupante che dopo anni e anni il Meridione sia ancora indietro per quanto riguarda l'attuazione dell'articolo 20 della legge n.67 del 1988. Chi ha comunicato alle Regioni in ritardo che non operano come dovrebbero e non utilizzano le risorse messe a loro disposizione? Chi ha garantito i cittadini di quelle Regioni? È inutile, improprio e non convincente rispondere che i cittadini poi decidono con il voto.

Come ci s'intende comportare e quali interventi si pensa di porre in essere per il Sud? Cito l'esempio, forse poco calzante, della Campania che nel settore della sanità deve prioritariamente riorganizzare la rete ospedaliera. In che modo si potrebbe aiutare questa Regione? Si potrebbe definire, ad esempio, un progetto condiviso tra la Regione e una struttura centrale, istituita dal Governo, che individui gli obiettivi (nel caso di specie la rete ospedaliera) e segua l'attivazione di strumenti gestionali di verifica, ovviamente in condivisione con la realtà regionale, per dare finalmente un'efficace iniezione di qualità.

Si potrebbe prevedere per il Sud anche un fondo aggiuntivo di sostegno finalizzato. Se ci si limitasse a modificare solo i criteri di riparto e si trasferissero risorse dalle Regioni che funzionano a quelle del Sud non si risolverebbe anzi si peggiorerebbe la situazione complessiva del sistema. La distribuzione dei fondi non deve avvenire acriticamente: bisogna prima provvedere alla riorganizzazione, poi agli investimenti da destinare alla realizzazione di nuove strutture. Tutto questo però sino ad oggi non si è ancora verificato e se non si procederà in tal senso si rischierà, alla fine, di finanziare solo «nuove cattedrali nel deserto», come è già avvenuto in passato e come continua a verificarsi oggi.

Rivolgo quest'appello soprattutto ai colleghi del Sud nello spirito collaborativo che ha sempre caratterizzato i nostri rapporti. La mia non è un'impostazione «nordista», e non voglio usare altri termini. Fondamentale è la contrattazione tra Stato e singole Regioni, di cui conosciamo luci e ombre, qualità e ritardi.

Signor Ministro, bisogna evitare però di mettere le Regioni l'una contro l'altra. Sono stato assessore regionale e so cosa ciò significhi. A volte vi può essere questa tentazione, soprattutto se non si riescono a risolvere i problemi in maniera complessiva e armonica. L'obiettivo deve essere mantenere le situazioni positive e di eccellenza che esistono, facendo

nel contempo crescere le realtà che ancora non danno piena soddisfazione ai cittadini; solo in questo modo si potrà tutelare l'interesse nazionale.

Invito il Ministro, che ne ha la forza, a far sì che la sanità si preoccupi di più della sicurezza sul lavoro. Non si può delegare tutto al *Welfare* e alla Commissione lavoro. Insisto su quest'aspetto che rappresenta uno dei grandi problemi riguardanti la salute dei cittadini, soprattutto alla luce dei numerosissimi infortuni e delle innumerevoli morti sul lavoro che si registrano ogni anno.

Le chiedo poi di impedire che si creino inutili strutture come quelle ipotizzate per il controllo sul consumo dei farmaci. Le farmacie hanno già un'organizzazione, utilizziamole.

STORACE, *ministro della salute*. Può chiarire meglio il concetto?

DI GIROLAMO (*DS-U*). Ministro, il senatore Mascioni fa riferimento all'articolo 50 della legge finanziaria 2005.

* MASCIONI (*DS-U*). Sì, intendevo proprio quello.

L'altra questione che intendo affrontare è, in estrema sintesi, quella dell'Educazione Continua dei Medici (ECM) che richiede una svolta decisiva e un ripensamento complessivo, posto che la sua attuale organizzazione non funziona e non è né utile né efficace. Per altro, spesso – anche se non sempre – tale sistema rappresenta un *business* e non si capisce bene chi si occupi di effettuare i controlli; si ha quasi l'impressione che in questo settore le cose siano fatte solo per dire di averle fatte. Vorrei invece sapere quanti sono i medici che dichiarano di avere imparato qualcosa di nuovo, considerata l'attuale impostazione dell'educazione medica continua.

Termino affrontando un ultimo tema. Nel mio intervento non ho volutamente toccato le questioni cui il ministro Storace non ha accennato nella sua esposizione iniziale, né quelle riportate dalla stampa che m'interessano relativamente, condivido invece molto quanto egli ha affermato a proposito del ruolo del Ministro della salute in ordine alla definizione delle risorse, ruolo per svolgere il quale si renderà necessario aprire un confronto in sede di Consiglio dei ministri. Del resto, credo si debba fare carico delle esigenze della sanità non il Ministro dell'economia e delle finanze bensì quello della salute.

* PRESIDENTE. Prima di cedere la parola ai colleghi che intendono intervenire, permettetemi di richiamare all'attenzione del Ministro che, come già nella passata legislatura, anche nell'attuale la Commissione non ha avuto modo di discutere, neanche in sede congiunta con altre Commissioni, alcun provvedimento in materia di prevenzione degli incidenti sul lavoro e di tutela della salute nei luoghi lavorativi, se non in sede consultiva, laddove la Commissione avrebbe invece pieno titolo ad affrontare in prima battuta la materia.

* SALINI (FI). Signor Presidente, anch'io mi associo ai complimenti rivolti al Ministro dai molti colleghi intervenuti e gli porgo i più sentiti auguri di buon lavoro, tenuto soprattutto conto che è chiamato ad operare in un settore dove si alza forte la richiesta di ripensamenti e cambiamenti.

Non intendo soffermarmi sulle questioni che il Ministro ha già trattato quali, ad esempio, le liste di attesa e i provvedimenti avviati per ridurre i tempi intercorrenti tra la richiesta e l'erogazione della prestazione. A mio sommo avviso, la verifica delle liste di attesa non contribuisce a risolvere realmente il problema se non in termini molto marginali, posto che tale operazione attiene solo a un passaggio meccanico, laddove si è invece in presenza di un problema ben più ampio. Forte dell'esperienza maturata nella mia Regione, ho presentato tre anni fa un progetto di legge, finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa, che però non è stato minimamente discusso. Per altro, se mi trovassi oggi ad esaminare nuovamente la tematica, apporterei probabilmente profonde modifiche al testo originariamente presentato, che non tiene in giusto conto, ad esempio, il nodo rappresentato dalla parte iniziale della procedura, vale a dire la richiesta della prestazione. A mio avviso, bisognerebbe riportare l'attenzione sul paziente e sulle sue esigenze, perché è su questi elementi che va effettuata una selezione.

Credo vadano realizzate le strutture rese disponibili dal legislatore addirittura nel 1968 con la legge n. 132, la famosa «riforma Mariotti» che istituì il servizio di pronto soccorso e la divisione di accettazione, che però non ha mai trovato realizzazione. Non intendo tuttavia addentrarmi in questa problematica, poiché ritengo che aver subito affrontato problemi importanti e significativi, come i Livelli essenziali di Assistenza (LEA) e le liste di attesa, testimoniano la capacità e la volontà del Ministro di dare una svolta al settore.

Mi interessa di più riprendere il discorso già affrontato dal collega Mascioni a proposito dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Certamente le Regioni meridionali e centro-meridionali, tra cui l'Abruzzo, da dove provengo, sotto il profilo della spesa presentano qualche problema, fra cui quello di non aver utilizzato interamente i fondi a loro disposizione. È però altrettanto vero che alcune Regioni non hanno ancora percepito i fondi loro destinati. Nella mia Regione mi sono speso molto a richiamare a chi di dovere la necessità di attivarsi in tal senso. Alle lentezze di alcuni settori regionali corrisponde però altrettanta lentezza e indisponibilità a livello ministeriale, tant'è vero che ogni riunione si conclude con documenti che necessitano di verifica e diventa quasi impossibile procedere.

Trattandosi di una realtà che conosco, permettetemi di richiamare all'attenzione nuovamente la mia Regione che è ancora in attesa di un finanziamento di quasi 500 miliardi di vecchie lire, nonostante alcune sue strutture ospedaliere non siano ancora a norma. Dopo molte riunioni, purtroppo, non si riesce a venire a capo del problema.

Auspichiamo, quindi, che il Ministro possa affrontare e risolvere le problematiche suindicate, nonostante le difficoltà di un settore eterna-

mente problematico e in continua evoluzione, posto il continuo mutare delle richieste.

Si è ancora in attesa dell'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 1, comma 98, della legge finanziaria 2005. A seguito di ciò le Regioni, a seconda degli umori dei responsabili del personale, vedono addirittura impedita l'assunzione di figure professionali infungibili, quale ad esempio il primario. L'unità operativa che dispone di collaboratori dotati di un certo livello di preparazione funziona, laddove invece non esistono le medesime condizioni si creano difficoltà e l'unità operativa non funziona. Si tratta di esempi molto semplici che attengono però all'operatività giornaliera di alcune strutture sanitarie, su cui prego il Ministro di intervenire a livello di Conferenza Stato-Regioni, che è competente in materia; ciò al fine di addivenire a una soluzione o quanto meno sollecitare i presidenti delle Giunte Regionali o gli Assessori a procedere a tali assunzioni, se, ovviamente, esiste la relativa copertura finanziaria. Ciò vale, soprattutto, quando le procedure di concorso sono state espletate e si è già in presenza di vincitori, posto che le unità operative non possono svolgere la propria funzione in assenza della figura professionale chiamata a definire il modo di operare delle stesse.

BOLDI (*LP*). Sarò brevissima, limitandomi a sottoporre all'attenzione del Ministro alcuni dei temi che ha affrontato nella sua esposizione iniziale. In una sanità come quell'italiana che in base alla legislazione vigente è ormai regionalizzata, allo Stato spetta la competenza in materia di indirizzo e controllo. Ciò premesso, sarebbe opportuno sollecitare le Regioni, così come previsto dalla legge, ad effettuare nei fatti i controlli di loro competenza soprattutto sui meccanismi della spesa, compito cui invece normalmente non assolvono. In questo settore specifico, il controllo della spesa sanitaria deve passare attraverso una responsabilizzazione massima, onde evitare un'espansione a dismisura della stessa.

La prossima sarà la quinta finanziaria presentata in questa legislatura. Si è molto parlato in passato di un sistema premiale per le Regioni virtuose e quasi punitivo per quelle non virtuose, soprattutto perché non effettuano i dovuti controlli. Bisognerebbe capire le ragioni per cui una medesima prestazione costa in Piemonte diversamente da quanto avviene in Sicilia, in Puglia o in un'altra Regione. Vi sarà pure una spiegazione ancorché non visibile. Certo, non si possono penalizzare i cittadini.

Nell'ultima finanziaria il sistema premiale, di cui tanto si parla, previsto per le Regioni virtuose e quello di castigo per quelle che non hanno rispettato alcuna regola non ha trovato la benché minima applicazione. Un comportamento siffatto è assolutamente deresponsabilizzante; non si può procedere in questo modo; in caso contrario, avranno ragione i numerosi presidenti di Regione eletti nelle recenti consultazioni elettorali e i molti assessori alla sanità appena insediati a sopprimere i *ticket* e ad aumentare le spese, visto che alla fine si chiede allo Stato di intervenire. Questo modo di procedere non va bene ed è assolutamente necessario intraprendere una forte azione in tal senso.

* CARELLA (*Verdi-Un*). In primo luogo, mi scuso per il ritardo, ma abbiamo da poco concluso un'importante audizione di alcuni magistrati di Milano che indagano su episodi di corruzione presso la Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, che mi onoro di presiedere.

Signor Ministro, forte è la tentazione di affrontare molti temi, anche perché lei ha offerto a questa Commissione l'opportunità di confrontarsi, forse per la prima volta, su questioni che riguardano la sanità italiana. Lei stesso ha significato l'importanza di aprire un confronto tra il Governo e il Parlamento su temi di vitale importanza, quali quelli che attengono alla tutela e alla salute dei cittadini.

Non avendo però abbastanza tempo a disposizione, accolgo l'invito del Presidente e sarò breve. Porrò due sole questioni, per una delle quali penso di poter parlare a nome dei membri della citata Commissione d'inchiesta. Abbiamo ormai la certezza di essere nel nostro Paese di fronte a una sanità virtuale e una sanità reale. Siamo reduci da un viaggio che ha toccato quasi tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Puglia. Nel corso di questi sopralluoghi – a malincuore, signor Ministro – la delegazione della Commissione d'inchiesta è stata costretta a ricorrere ai poteri straordinari di carattere giudiziario attribuitele. Abbiamo disposto la chiusura di ospedali e di reparti ospedalieri in città importantissime d'Italia come Catanzaro, Messina e Vibo Valentia e abbiamo chiuso il poliambulatorio di Favara. Analoghe situazioni si sono verificate in Calabria e in Sicilia.

STORACE, *ministro della salute*. Li avete chiusi? Avete più potere dell'autorità giudiziaria.

* CARELLA (*Verdi-Un*). Sì, attraverso i NAS, la Commissione dispone di un nucleo di Polizia giudiziaria.

Siamo stati costretti a disporre la chiusura, perfino, di alcuni reparti. Il vero dramma che ancora dopo tanti anni viviamo è il forte divario esistente tra Nord e Sud. Mi domando se non rischi di esasperare ulteriormente la situazione l'attuale revisione costituzionale, anche se probabilmente la riforma messa a punto dal centro-sinistra ha già contribuito ad accentuare questo divario. Cosa accadrà se sarà approvato definitivamente il nuovo dettato costituzionale che rafforzerà l'esclusività della competenza regionale in materia sanitaria? È naturale che le Regioni più ricche e forti beneficeranno sempre più dei premi cui faceva prima riferimento la senatrice Boldi.

Signor Ministro, sarà forse un caso eccezionale, ma abbiamo visitato una sola Regione virtuosa del Nord: la Valle d'Aosta, che è l'unico ente regionale, fra quelli sino ad ora visitati, che chiude il bilancio in attivo. La prossima settimana ci recheremo in Trentino dove certamente riscontremo un positivo modello di sanità.

Sarà impegno non solo di questo Governo per il prossimo anno ma anche dell'Esecutivo che seguirà, a prescindere dal colore, rendere meno evidente il divario tra Nord e Sud.

Sono tra coloro che non sono convinti che il ritardo del Sud sia imputabile solo alle risorse e so che anche altri parlamentari pensano a disegni di legge speciali per il Sud.

Ripeto, non è solo un problema di risorse; è necessario rimuovere i ritardi organizzativi e culturali del Sud perché è di questo che ha bisogno. Un direttore generale di un'importante ASL calabrese non sapeva neppure a quanto ammontava il suo bilancio: questo è lo stato dell'arte della sanità dell'Italia meridionale!

Signor Ministro, quando la Commissione d'inchiesta si è occupata della brutta pagina denominata comparaggio (risale solo a ieri l'episodio di Benevento, con 50 miliardi di vecchie lire truffati dalle casse dello Stato) il ministro Sirchia si era impegnato a rivedere la legge n. 541 del 1992 che regola il settore dell'informazione scientifica che, probabilmente, alimenta questa forma di reato; basti pensare ai viaggi e ai convegni scientifici fasulli. L'allora Ministro prese l'impegno con la Commissione sanità del Senato, di rivedere dette norme presentando, però, una proposta inaccettabile: proponeva all'epoca di mettere in ogni ambulatorio medico un Carabiniere o un agente della Guardia di finanza a controllare la situazione. Il ministro Sirchia ha poi dato seguito a tali inaccettabili iniziative, ma da allora non si è mai più parlato del problema.

Mi auguro, signor Ministro, che in questi pochi mesi lei prenda a cuore questa situazione che rappresenta una vera emergenza per l'Italia. Non possiamo permettere, infatti, che attraverso truffe siano sottratte risorse importanti per la salute dei cittadini.

* BIANCONI (FI). Innanzi tutto ringrazio il Ministro per la sua disponibilità.

Alcune considerazioni sono già state anticipate da lei, altre le abbiamo lette sui giornali e altre ancora sono già state esposte in quest'Aula.

Elencherò solo altri due filoni, starà poi a lei fare una sintesi e un'opera di analisi rispetto a quanto emerso in questa sede e predisporre un elenco di priorità.

Come è ovvio, siamo inguaribili ottimisti: la prossima legislatura governeremo ancora noi! Lei inizia per ciò un percorso che ci porterà molto lontano.

Premetto che alcune parti dell'intervento del collega Carella mi hanno molto interessato. È vero che abbiamo verificato *in loco* la diatriba tra Nord e Sud, ma abbiamo avuto anche modo di constatare che nel Meridione esistono realtà eccellenti. È davvero un problema culturale non solo di chi tiene il manico ma anche di chi può aiutare a controllare.

Da questo punto di vista, quindi è vero il Titolo V della Costituzione come modificato dall'allora centro-sinistra ha ingenerato una frattura e si tende ora ad incolpare una riforma ancora di là da venire e rispetto al cui esito tante sono le incertezze.

In realtà, stiamo combattendo con una riforma approvata nella passata legislatura che purtroppo ha modificato, stravolgendo, la situazione, l'iniquità a macchia di leopardo che era già ben nota da tempo. I divari tra Nord e Sud ci sono sempre stati e tutti li conoscevamo benissimo. Allo Stato però compete ora un'opera di equità e tutela della salute del cittadino.

In tal senso i LEA sono uno strumento straordinario, di cui lei ha già parlato, e il cui funzionamento va assolutamente monitorato, modificato ed esaminato, alla luce dei tre anni di sperimentazione sin qui condotti. Solo in questo modo vi è garanzia di equità sull'intero territorio nazionale.

Il secondo filone che richiamo e che andrà comunque concordato con le Regioni, riguarda cosa devono rappresentare per il territorio l'ospedale, l'assistenza domiciliare, il distretto e il medico di medicina generale. Se non s'inserisce tutto questo in un circolo virtuoso, si rischia di non dare risposta ai bisogni dei cittadini, che sono sempre più complessi. Sappiamo bene che anche al Nord molti anziani preferiscono ricoverarsi in ospedale perché a casa sono soli. È necessario creare una rete di sostegno oggettivo, inserendo i medici di medicina generale in un circuito più virtuoso, che elimini tutta la parte burocratica. La ringrazio per aver concluso in così breve tempo il contratto dei medici; mi piacerebbe però che i medici di medicina generale fossero più responsabili in un lavoro di *équipe*, capace di dare al territorio una risposta più avanzata e più complessiva in termini di qualità e di tempo.

La prego di impegnarsi moltissimo su tutto quanto attiene allo spreco negli ospedali e sul territorio, che è veramente inimmaginabile; chi ha provato a quantificarlo ha parlato di cifre ingentissime. Lo spreco, inoltre, diventa anche un pericolo per la salute dei cittadini. Sappiamo molto bene che errori commessi in corsia possono costare la vita al paziente e che anche quando ciò non avviene vi è un ingente spreco per la struttura e quindi malasanità. Anche se una commissione sta monitorando la situazione, la prego vivamente di riprendere con forza questo filone di indagine che, tra l'altro, potrebbe portare un risparmio enorme al Servizio sanitario nazionale.

Se si riesce a tenere l'interesse e quindi l'investimento sulla prevenzione ne deriverà un vantaggio straordinario nel medio e nel lungo periodo. In questi anni si è già investito moltissimo nella prevenzione, prevedendo gli *screening* mammografici, per l'utero e per il colon retto, strumenti straordinari che consentono di tutelare e migliorare la qualità della vita.

Ha suscitato in me particolare interesse il suo intervento delicato ma preciso sulle cure palliative. Combattere il dolore dei malati oncologici, terminali, cronici e nel postoperatorio, è un problema culturale. Purtroppo, in questo contesto, l'Italia è un fanalino di coda. Qualcuno sostiene che secondo la nostra cultura si deve espiare con il dolore, ma se si riesce a risolvere questo problema, che è eliminabile, si porterà certamente a termine una battaglia di grandissima civiltà. In questa Commissione è all'esame un disegno di legge sulle cure palliative, presentato dal Presidente,

che potrebbe rappresentare un primo inizio di dibattito per dotare il nostro Paese di uno strumento normativo efficace.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Mi scuso con il Ministro per non essere stata presente all'illustrazione della sua relazione, essendo assente per una missione; ho comunque avuto la possibilità di leggerla.

Condivido alcune delle sue osservazioni, ad esempio il riferimento ai LEA. Mi permetto però di evidenziare alcuni aspetti che non ho rintracciato nella sua relazione e che sono invece, a mio giudizio, prioritari; se possibile, potrebbe essere utile riprenderli nella sua replica.

Dal punto di vista sia economico-finanziario sia delle politiche sanitarie, il ricovero e la cura ospedaliera rappresentano un momento importante, essenziale e focale delle politiche sanitarie. Fortunatamente e giustamente l'ospedale è oggi diventato il momento di ricovero nella fase acuta della malattia, alla luce anche delle evoluzioni registrate nel settore della ricerca medico-scientifica e chirurgica.

Negli ultimi anni, in conseguenza di questa scelta, si è consolidata la prassi di ricoveri ospedalieri sempre più brevi, anche nelle Regioni che funzionano meno bene. Nella prossima legge finanziaria, e quindi nelle sue scelte politiche, pensa di destinare risorse finanziarie alla realizzazione di strutture destinate alla fase post-acuta che, a mio giudizio, è fondamentale.

Provegno dalla Lombardia, dove sono, come qui, all'opposizione. Riconosco però che in quella Regione qualcosa si sta facendo con il contributo sia del pubblico soprattutto *no profit* sia del privato. Un esempio per tutti: l'istituto «La Nostra Famiglia» di Bosisio Parini è una delle realtà d'eccellenza su tutto il territorio nazionale, che però non è sufficiente. Cito un esempio per esplicitare concretamente il concetto: se si vuole fare che la cura ospedaliera sia sempre più riservata alla fase acuta, non si può abbandonare il malato solo al proprio ambito familiare.

È vero che la politica del Governo riguarda la programmazione e il controllo, ma il mio auspicio è che, nel momento in cui si fa programmazione, si possano dare indirizzi a tutte le Regioni italiane. Sicuramente ciò è possibile attraverso i LEA ma lo si può fare anche attraverso formule indirette. Dal punto di vista strutturale, il Ministero ha ancora la possibilità di finanziare o cofinanziare strutture per la fase post-acuta. Questo punto è per me prioritario.

Lei ha fatto riferimento ad alcuni aspetti della spesa farmaceutica. Condivido le sue osservazioni, forse però si può sperare di rivedere questo aspetto non solo intervenendo sui farmaci di fascia C e sui farmaci generici. Mi permetto di chiedere al presidente Tomassini e a lei di dedicare un'intera seduta a questo tema, in un prossimo futuro. Spero di non essere interpretata come pungente e ironica, ma mi preme ricordare che il precedente Ministro ha dedicato la quasi totalità dei suoi interventi alla spesa farmaceutica. Non essendosi raggiunti risultati eccellenti, vale forse la pena di confrontarci maggiormente.

Un altro aspetto, in parte sfiorato dalla senatrice Bianconi, è relativo alla non autosufficienza che, come per la spesa ospedaliera, è legata alla fase post-acuta.

Credo che in questo settore si possa cominciare a pensare a qualcosa di più, posto che alla Camera dei deputati è stato presentato in materia uno specifico disegno di legge e che nella nostra Commissione era stato raggiunto un accordo trasversale tra tutte le forze politiche. Dal Ministro vorrei sapere se vi è la volontà di portare a termine questo progetto.

Concludo la sintetica elencazione ponendo un ultimo quesito. In questi anni ci si è spesi molto nell'analisi delle problematiche legate all'aspetto economico-finanziario, alla spesa farmaceutica e al contratto del personale medico, mentre ci si è adoperati pochissimo in ordine alla spesa ospedaliera che nell'ambito del *budget* di spese destinato alla sanità rappresenta una quota preponderante. A mio giudizio, tal tema merita ulteriore approfondimento. Non si hanno informazioni, ad esempio, sulla spesa farmaceutica ospedaliera che a quanto risulta è altissima e non è sottoposta ad alcun controllo; eppure, nonostante questo dato, in alcuni casi, anche in una Regione fortunata come la Lombardia, presso alcune aziende ospedaliere sono stati negati farmaci, ad esempio, antitumorali biologici, al punto che sono state presentate anche alcune denunce. Si tratta di episodi che non trovano riscontro nelle intenzioni di chi governa la Regione tanto meno del Ministro dell'epoca, ma che si sono comunque verificati.

Siamo invece convinti che attraverso un adeguato controllo sia possibile modificare le destinazioni delle risorse delle aziende ospedaliere.

STORACE, *ministro della salute*. Se mi è consentito vorrei che la senatrice Baio Dossi chiarisse un aspetto che ha solo sfiorato e che riguarda i farmaci inseriti nella fascia C.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). In tema di spesa sanitaria non ci si può limitare soltanto ai suggerimenti da lei proposti. Per esser chiari, gli interventi che lei suggerisce al fine di analizzare la spesa farmaceutica e rispettare il previsto tetto del 13 per cento sulla spesa sanitaria nazionale, pur se condivisibili non appaiono sufficienti. Vi sono altri aspetti su cui intervenire quali, ad esempio, la brevettabilità dei farmaci. Gradiremmo conoscere la sua opinione al riguardo per capire se sia disponibile a discutere l'argomento in un'altra occasione e non oggi, vista la ristrettezza dei tempi a nostra disposizione.

* ROLLANDIN (*Aut*). Poche, brevissime battute su due aspetti che credo possano risultare di interesse, di cui il primo riguarda il territorio. Oggi si parla molto di Nord e Sud, ma credo vi sia un tema che riguarda trasversalmente e longitudinalmente tutta l'Italia e che attiene al problema della montagna. È stato presentato un disegno di legge di modifica della normativa in materia di montagna ed uno dei temi in esso specificatamente trattati è quello della sanità nei territori montani. Si tratta di un aspetto da non sottovalutare proprio perché riguarda sia le zone appenni-

niche che quelle di alta montagna, laddove l'organizzazione territoriale di primo soccorso ed in genere dei servizi ambulatoriali è invece molto spesso sottovalutata, come del resto altrettanto sottovalutata è la predisposizione di medici in grado di svolgere un ruolo allargato – pur se non quello dell'ex medico generico – rispetto alle esigenze di zone molto spesso isolate.

Richiamo l'attenzione del Ministro su queste problematiche posto il peso molto elevato che esse hanno anche in termini economici.

L'altro aspetto che mi permetto di ricordare, non solo per motivi professionali, e da non trascurare è quello della sanità animale. L'Italia tra i Paesi dell'Unione Europea è l'unico a svolgere una funzione in questo ambito con importanti ritorni anche sotto il profilo della salvaguardia della salute, funzione che purtroppo è sottovalutata, visto che se ne parla solo in presenza di emergenze sanitarie quale, ad esempio, l'influenza aviaria. Gli istituti zooprofilattici e l'organizzazione territoriale veterinaria svolgono un ruolo in termini di prevenzione che molto spesso non ha l'evidenza che invece dovrebbe avere.

Mi permetto di sottolineare tale ruolo giacché nell'ambito dell'organizzazione preventiva molto spesso viene invece richiamato in sede di filiera alimentare che poi è quella cui fanno tutti riferimento, dimenticando però che il controllo avviene a livello di organizzazione territoriale veterinaria. Il medico, infatti, interviene solo a *posteriori* sul danno, laddove il veterinario interviene al fine di evitarlo.

Credo che questo tema meriti non solo attenzione ma anche il giusto rilievo in termini di investimenti, considerato anche che a breve Parma diventerà la capitale europea del controllo sulla alimentazione.

* LONGHI (DS-U). Porterò via pochissimo tempo al dibattito. Desidero in primo luogo complimentarmi con il ministro Storace che ha sentito il dovere di confrontarsi con il Parlamento e con le Commissioni sanità di Camera e Senato. Spero che questa rappresenti una premessa positiva, perché non vorrei succedesse quanto si è verificato con il suo predecessore che, dopo essersi impegnato a partecipare ai nostri dibattiti, in realtà, ad eccezione di qualche sporadico confronto, non è stato mai possibile incontrarlo. Sono convinto che ciò non si ripeterà, anche perché lei, ministro Storace, è un esponente politico, condizione che preferisco rispetto a quella del cosiddetto «tecnico», tenuto soprattutto conto che il politico deve sempre avere una visione complessiva dei problemi. Mi auguro anche che non passi alla storia come il suo predecessore solo per le iniziative in materia di lotta al fumo o di «mezze porzioni». La sanità è un tema serio.

STORACE, *ministro della salute*. Anche quelle iniziative lo erano.

* LONGHI (DS-U). Sappiamo tutti che si tratta di argomenti seri, ma una politica sanitaria non può basarsi esclusivamente su questo genere

di iniziative. Su questo punto avremo comunque tempo e modo di confrontarci.

Come già sottolineato in qualche intervento che mi ha preceduto, forse sarebbe forse stato bene non modificare il Titolo V della Costituzione. Peraltro, reputo ancora peggiori le modifiche che si accinge ad apportare alla Carta costituzionale la maggioranza che governa il nostro Paese. Se quindi la parte politica di cui oggi faccio parte (all'epoca della riforma costituzionale non ero parlamentare) ha allora sbagliato, considero diabolico continuare in questa direzione.

Il ministro Storace ha appena concluso, dopo anni di attesa, la trattativa finalizzata al rinnovo del contratto del personale medico, fatto che considero assai positivo. Come già sottolineato da alcuni colleghi già intervenuti, sono convinto dell'opportunità di premiare le Regioni virtuose. Mi domando infatti perché le Regioni con una spesa farmaceutica abbastanza contenuta siano quelle che non hanno imposto i *ticket* e che privilegiano la sanità pubblica rispetto a quella privata. Purtroppo, invece, laddove la sanità pubblica funziona male si osserva un fiorire di case di cura private, spesso anche di scarso livello.

Il suo predecessore, signor Ministro, ha concluso la sua carriera in concomitanza con le indagini sul «comparaggio». In proposito vorrei sapere se la ex segretaria del ministro Sirchia è ancora in forze presso il Ministero.

* PRESIDENTE. Invito il senatore Longhi a precisare il senso del suo intervento per rendere esplicito che le sue affermazioni non si riferiscono in alcun modo alle notizie acquisite nel corso dell'attività svolta dalla Commissione di inchiesta sul sistema sanitario che, com'è noto, è coperta da segreto.

* LONGHI (DS-U). Si tratta di una notizia riportata sui giornali e non emersa nel corso dei lavori della Commissione d'inchiesta.

* PRESIDENTE. Avendo lei parlato della Commissione d'inchiesta, devo intervenire in tal senso.

* LONGHI (DS-U). Ribadisco allora quanto ho detto: si tratta di notizia riportata da molti giornali. Vorrei sapere se la segretaria Daniela Nottari che lavorava per il ministro Sirchia e che si è poi scoperto essere dipendente del Ministero, continua a lavorare per tale Dicastero, come riportato sui giornali.

STORACE, *ministro della salute*. Mi attiverò in tal senso.

COZZOLINO (AN). Limiterò al massimo il mio intervento, dal momento che nel corso della precedente seduta è già intervenuto il nostro Capogruppo per esprimere le valutazioni della nostra parte politica sul lavoro che attende il Ministro.

Parto con un'affermazione di principio: prendiamo atto che l'approccio alle problematiche sanitarie è oggi cambiato. Il ministro Storace, infatti, ha significato la necessità di un più stretto rapporto tra il Parlamento, il Governo e gli altri enti istituzionali, confermando la sua visione della partecipazione politica forte in un settore importante quale quello della sanità per i risvolti sociali che comporta.

Assume grande importanza l'aver affermato che in ordine ai tentativi e ai provvedimenti tesi a un miglioramento, soprattutto nel Sud, delle condizioni delle famiglie la sanità debba farsi parte attiva in un discorso più ampio, che potrebbe essere considerato fuori luogo con riferimento ad alcune considerazioni espresse sulla modifica del Titolo V della Costituzione.

Ero membro del Parlamento quando è stata approvata la prima riforma costituzionale alla fine della scorsa legislatura. Le critiche sollevate dalla nostra parte politica non hanno impedito che essa fosse approvata, ancorchè a maggioranza particolarmente risicata.

Il giudizio negativo su alcuni aspetti di questa forma di federalismo accentuato e non controllato è riferito alle modifiche della Costituzione che non abbiamo operato noi ma contro le quali ci siamo espressi. È importante ricordare quanto ha affermato il Ministro e cioè che nello spirito del federalismo è insita una forte partecipazione e un forte avvicinamento del cittadino all'Ente che, attraverso una sorta di volano, avviene sempre nel rispetto del limite più volte indicato in Parlamento della tutela dell'interesse nazionale, che è al di sopra di qualsiasi distinzione anche potenziale.

Altrettanto importante è la sua riflessione a proposito dei livelli essenziali di assistenza. Certamente, l'intero comparto va rivisto nello spirito del Sistema sanitario nazionale che, per sua provenienza e per nostra convinzione, nobilita la nostra nazione, posto che, se non sbaglio, siamo i secondi nel mondo (o, almeno, lo eravamo) quanto a possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie; non intendo con ciò addentrarmi sul tema della qualità che, certamente, non può vederci collocati in analoga posizione.

Quanto agli stanziamenti destinati alla sanità, siamo passati dai 66 miliardi di euro del 2001 agli attuali 90 miliardi e nei primi mesi dell'anno si è anche registrata una diminuzione della spesa farmaceutica. Quando si parla di farmaceutica e si fa riferimento ai controlli da effettuare sul territorio, è vero che nell'Italia meridionale si verificano fatti spiacevoli per cui la spesa registrata in tale comparto è alta ma è altrettanto vero che situazioni analoghe si riscontrano anche in altre parti dell'Italia non per forza meridionale e che in tal caso non si considera la spesa farmaceutica ospedaliera.

Potremmo verificare alcuni dati non ancora analizzati, secondo cui ad un forte aumento della spesa farmaceutica potrebbe corrispondere nell'Italia meridionale una minore spesa ospedaliera; analoghe considerazioni valgono anche per l'Italia settentrionale. Si tratta comunque di dati da confermare.

Ci appare di particolare importanza il rapporto che lei, signor Ministro, intende instaurare con la categoria dei medici anche se estenderei tale obiettivo a tutti gli operatori della sanità in un'ottica più generale. Il medico è un attore importante ma non è l'unico. Bisogna tener conto del gran sacrificio economico degli infermieri e di tutti coloro che appartengono al mondo parasanitario che, come i medici, devono poter partecipare alle scelte dalle quali sino ad oggi sono stati esclusi.

Nel settore dei contratti il ministro Storace si sta muovendo molto bene, tenuto conto soprattutto di quanto fatto nel settore medico.

Dell'aspetto economico dei parasanitari si è già parlato; è una situazione che va rivista e che, in qualità di operatore della sanità, posso assicurare essere di gestione assai difficile.

I problemi legati alle liste di attesa, interessando tutta Italia, necessitano di un'attenta e accurata riflessione. Oltre alle difficoltà inerenti i CUP - centri unici di prenotazione - va fatta menzione anche all'AIFA. Un esempio: secondo l'AIFA per accedere a farmaci particolarmente costosi è necessario ricorrere a prescrizioni fatte nell'ambito di strutture specialistiche ospedaliere. Nel caso della cura del glaucoma, che è una particolare patologia oculista, è necessario, ad esempio, ottenere la prescrizione dei colliri specifici da medici che operano in strutture ospedaliere convenzionate. Le liste di attesa sono molto lunghe e spesso possono trascorrere mesi prima che i pazienti possano ottenere la prescrizione di cui alla citata normativa, pur dovendo utilizzare il farmaco nell'immediato.

Un altro importante problema da lei sollevato è relativo alle cure palliative. Ha reso noti alcuni dati, in parte già noti, che sono stati ben illustrati. Con due finanziamenti successivi, uno del 1998-1999, l'altro del 2000-2001, lo Stato ha erogato alle Regioni 206 milioni di euro di cui sono stati spesi 44,9 milioni di euro, vale a dire solo il 21,8 per cento.

In questo contesto si riaffaccia il discorso della necessità di agevolare un salto di mentalità e un certo sviluppo culturale nel Sud. Dobbiamo, purtroppo, constatare che tutto quello che si potuto realizzare è stato fatto dal Centro al Nord Italia mentre nel Sud non è stato posto in essere quasi nulla. Ciò sta a significare che è necessario operare un salto di qualità per indurre un maggiore sviluppo civile in quelle aree del Paese. Aiutare il Sud non significa solo concedere fondi ma anche cercare di cambiare un certo modo di pensare.

Si potrebbe parlare di edilizia sanitaria e di tanti altri argomenti, ma mi fermo qui per dare la possibilità ad altri colleghi di intervenire.

Un'ultima riflessione: bisogna imprimere una spinta e in questo anno molto ancora si potrà realizzare. Come ho già osservato, l'approccio al problema enunciato dal ministro Storace è da noi condiviso. La ringraziamo per questo e per la sua presenza, visto che per ben due volte in 15 giorni ha partecipato ai lavori di questa Commissione, colmando vuoti emersi in passato.

TATÒ (AN). Signor Ministro, sarò brevissimo perché a me piace la sintesi, e in sintesi porrò quattro punti che ritengo essenziali.

Innanzitutto, ritengo che la spesa sanitaria, che è ormai attestata sui 180.000 miliardi di vecchie lire, debba essere gestita in maniera diversa. Sin ora si è avuta, per via della cosiddetta quota capitaria – vale a dire la quota numerica relativa agli abitanti – e della quota pesata, una disparità fra le Regioni del Sud e del Nord. Un esempio: la Puglia percepisce 1.000 miliardi di euro in meno dell'Emilia Romagna, che pure ha 90.000 abitanti in meno. È pur vero che l'anziano costa di più, ma è anche vero che, dove vi sono più bambini e più gioventù, oltre la cura è necessaria anche la prevenzione.

Un altro punto riguarda gli ospedali pubblici, che storicamente assorbono la spesa del 56 per cento. Per risanare il malvezzo dei cosiddetti ricoveri inappropriati, che si aggirarono intorno al 50 per cento, occorre potenziare il territorio.

Quanto agli sprechi, sia per gli ospedali, sia per la farmaceutica, reputo indispensabile imporre il *ticket* a quasi tutte le categorie italiane dei cittadini, in maniera ovviamente proporzionale al reddito percepito.

Signor Ministro, mi permetta un'osservazione: l'uomo non si abitua e non si corregge soltanto con l'informazione e con l'educazione, ha bisogno delle sanzioni pecuniarie. Fintanto che non vi sono state sanzioni sul fumo, si fumava nei bar e nei cinema. Quando si stabilirà la sanzione, pur minima per i redditi minimi, il paziente sarà molto accorto a non buttare nella spazzatura intere scatole di farmaci e a non ricoverarsi quando deve pagare il *ticket* in caso di ricoveri fasulli.

Ricordo i controlli ispettivi che si facevano prima dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, quando vigeva l'assistenza delle cosiddette casse mutue (INAM, ENPALS, INADEL): gli ispettori si recavano non solo negli ospedali, per accertare la necessità di un ricovero ma anche presso il domicilio dei pazienti. Non è possibile ricoverare un vecchietto con la scusa di un'artrite al ginocchio – che poi non è artrite ma artrosi – con la compiacenza del medico curante, che non vuole perdere il cliente, e dei medici ospedalieri, che devono comunque riempire il reparto altrimenti utilizzerebbero i posti-letto ad un tasso inferiore al 75 per cento in media annua previsto per la sopravvivenza della struttura; in caso contrario sarebbero costretti ad accorparsi con altre strutture ospedaliere. Ricordo bene che facevano denudare il paziente per verificare se aveva veramente fatto l'iniezione. Una spesa minima serve da deterrente nello spreco enorme che si riscontra sia nei ricoveri sia nella farmaceutica.

L'ultimo punto riguarda i contratti delle categorie sanitarie: molto bene per i generici, ma esistono anche gli specialisti, sia i cosiddetti interni, sia soprattutto gli esterni ora accreditati, che vanno avanti con un contratto basato su un prontuario del 1996, che altro non è che la copia di quello del 1992. Non è possibile procedere ancora con disparità del genere, tenuto soprattutto conto che i costi di gestione delle strutture specialistiche accreditate sono eccessivi.

SANZARELLO (*UDC*). Voglio rivolgere il mio augurio di buon lavoro al Ministro e il mio saluto. Non ero presente nella seduta precedente, ma ho letto anch'io le dichiarazioni del ministro Storace riportate sul Resoconto stenografico e mi congratulo per la visione chiara e completa che ha esposto.

Sono anch'io rallegrato dal fatto che al Ministero della salute vi sia un politico autorevole, che ha avuto l'esperienza di governatore di una Regione importante, qual è il Lazio, e che sul fronte prima linea ha potuto maturare un'idea dei problemi della sanità italiana in una realtà che è un crocevia.

Il professor Sirchia è stato un buon Ministro tecnico, ma spesso – come abbiamo rilevato in diverse occasioni – è stato premuto tra la Conferenza Stato-Regioni, il Ministero dell'economia e altri Ministeri, senza alla fine riuscire a trovare una sintesi per condurre una politica sanitaria unitaria.

Anch'io in questa Commissione – come abbiamo spesso sottolineato in questi quattro anni – sono tra coloro i quali individuano nella modifica della Costituzione e nell'eccessiva regionalizzazione il problema della sanità italiana. Ciò è testimoniato anche dal pentimento di molti colleghi della Sinistra per aver approvato quella legge di cui prendo atto.

Voglio semplicemente ricordare un dato che deve far riflettere: nel 2001 la sanità costava 125.000 miliardi di euro; oggi quasi 200.000 miliardi di euro (non 180.000). La sanità non è certamente migliorata di pari passo alla spesa, le Regioni hanno un disavanzo maggiore. Porto l'esempio della Sicilia che, pur essendo l'unica Regione a Statuto speciale, anche con il federalismo fiscale, fino alla modifica del Titolo V della Costituzione non aveva piena autonomia nella sanità. Ebbene, fino al 2001 la Sicilia non aveva disavanzo in sanità; poi per effetto del tetto del 13 per cento previsto per la spesa farmaceutica rispetto alla spesa sanitaria (trappola in cui sono cadute soprattutto le Regioni dell'Italia meridionale) e della regionalizzazione, la Sicilia registra nel settore sanitario oggi 1.000 miliardi di euro di disavanzo.

Tutto ciò ha comportato una sorta di competizione tra le Regioni, spesso anche scorretta, con atti di pirateria sanitaria per accaparrarsi i pazienti e avere un saldo di mobilità attivo, con scorrettezze che vanno approfondite e vagliate.

La sua autorevolezza, la sua esperienza e l'appartenere ad un partito nazionale autorevole mi incoraggiano a sperare che vi sia un'inversione di tendenza. È necessario un maggiore controllo sulle Regioni, perché è chiaro e inevitabile – come ha sottolineato la collega Boldi che è della Lega – che le Regioni in campagna elettorale hanno fatto a gara tra chi avrebbe eliminato di più i *ticket*, chi avrebbe previsto più servizi nella sanità e via dicendo. È ineluttabile che questo avvenga. Abbiamo avvicinato a tal punto il controllo della sanità ai cittadini che è inevitabile che si siano poi sprigionati atti demagogici nelle campagne elettorali, sia di centro-destra sia di centro-sinistra.

Richiamo la sua attenzione su questi aspetti. Avremo occasione in futuro di approfondire i temi che abbiamo semplicemente tratteggiato, perché sono convinto che lei parteciperà alle riunioni di questa Commissione parlamentare.

STORACE, *ministro della salute*. Spero di riuscire a terminare il mio intervento entro l'orario di inizio dei lavori di Assemblea, vorrei però fornire risposte puntuali alle domande poste nelle due sedute.

Innanzitutto, signor Presidente, mi consenta di ringraziare lei e i membri della Commissione per l'accoglienza ricevuta. Chi fa politica deve sapere che esistono regole e che il confronto con il Parlamento è una delle regole cui occorre assoggettarsi. Francamente, a chi – e penso sia la maggior parte di noi – piace la politica in questi luoghi deve stare. Affermo ciò perché mi stupisce la meraviglia espressa nel corso degli interventi, pur comprendendo il perché di certe affermazioni. Dobbiamo sempre più abituarci al confronto.

Spero di potervi dare soddisfazione sui temi che avete toccato. Laddove non sarà così, auspico di poter avere degli scambi anche per via epistolare, in modo da confrontarci e ritornare sugli argomenti più importanti. Questo è il metodo di lavoro che abitualmente caratterizza il mio operato.

Vorrei partire da una delle questioni sulle quali posso esprimere maggiore soddisfazione: la chiusura del contratto dei medici, cui qualcuno di voi ha fatto riferimento. Chiaramente in questo frangente la funzione svolta dal Ministro della salute è stata soltanto di pressione; non voglio infatti arrogarmi meriti eccessivi rispetto a quelli che in realtà sento di avere. Abbiamo chiesto al Governo nella sua collegialità di puntare l'attenzione su un comparto delicato e su una categoria che aveva necessità di espliciti segnali di fiducia da parte dell'Esecutivo ed è quanto si è verificato. Allo stato siamo in fase di preintesa, che è poi quella che condurrà alla conclusione della trattativa. Peraltro, la sottoscrizione del contratto presenta anche una particolare novità con riferimento alla garanzia assicurativa dei medici, tema sollevato nel corso della prima parte dell'audizione dai senatori Tredese e Di Girolamo. Per la prima volta si prevede la copertura assicurativa anche per colpa grave e la partecipazione dei medici alle spese con una quota *pro capite*, compresa tra i 26 e i 50 euro mensili. Credo si tratti di un contributo ingente, posto che ci stiamo riferendo a una cifra complessiva che si aggira intorno ai 500-700 milioni di euro, che avremmo avuto difficoltà a reperire a livello di Consiglio dei Ministri, nei meandri delle risorse finanziarie disponibili. In questo caso mi sembra sia stata condotta una buona trattativa che sembra risolvere alla radice le preoccupazioni espresse riguardo al gran tema della responsabilità professionale dei medici. Ringrazio i senatori che hanno sollevato tale questione, ma concordo anche con il senatore Cozzolino e con quanti si sono soffermati sulla necessità che, dopo questo primo risultato, non si dimentichi il resto del comparto sanitario. Il personale medico rappresenta, infatti, solo una parte, se pur molto importante, degli addetti alla sanità: circa 105.000 unità che arrivano a 130.000 se si aggiungono i veterinari,

a fronte di un comparto che è però formato da 600.000 addetti cui occorre fornire una risposta.

Il senatore Danzi ha posto l'accento sull'esigenza, ormai avvertita diffusamente, di una partecipazione più incisiva dei sanitari alle scelte strategiche delle aziende, esigenza che fa ovviamente da contraltare ad un ridimensionamento dei poteri dei direttori generali, visto che per dirlo con una battuta: «la coperta è quella».

In proposito ricordo che sui direttori generali grava una responsabilità pesante, qual è quella del raggiungimento degli obiettivi in materia di salute e, contemporaneamente, sul versante del concordamento di bilancio, tema posto dalla senatrice Boldi e che approfondirò quando risponderò ai quesiti da lei posti. Tali obiettivi, in caso di inadempienza, espongono i direttori anche alla decadenza; ho utilizzato il termine «espongono» ma, in ragione anche di quanto riferirò più avanti, sarebbe bene approfondire quanto in realtà sia efficace la norma che prevede tale decadenza. Si pone però giustamente il problema di una riflessione sul potere dei direttori riguardo a scelte che sembrano attenere più a giudizi tecnici che a valutazioni di carattere politico. Proprio per l'esperienza che ho accumulato in qualità di presidente della Regione Lazio sono consapevole di quello che accade in presenza, ad esempio, di un concorso, allorquando si ricevono telefonate da tutto il mondo e da parte di appartenenti di tutte le confessioni, sia politiche che religiose. Si tratta di aspetti che fanno capire – e mi rivolgo al senatore Mascioni che essendo stato assessore comprende particolarmente quello di cui sto parlando – che nel meccanismo c'è qualcosa che non funziona e su cui occorre intervenire con decisione, pur nei limiti rappresentati da una normativa costituzionale che non concede molto a ciascuno di noi (Parlamento e Governo), al fine di intervenire nel cambiamento.

Ci stiamo riferendo, infatti, all'assetto del sistema organizzativo e della struttura, di una materia che è ormai «quasi fuori» – e lo sottolineo – dalle competenze dello Stato. Credo tuttavia che si possa in qualche modo agire, ad esempio, in tema di selezione dei dirigenti medici o di commissioni esaminatrici. Se non sbaglio, presso l'altro ramo del Parlamento è in atto una discussione in materia di governo clinico; già in tale sede si potrebbe cercare di individuare risposte che diano più soddisfazione ai medici, rispetto invece al compito che molto genericamente si affida alla politica, quando si è chiamati a nominare dei direttori generali.

Sempre il senatore Danzi ha sollevato il problema dell'opportunità della deducibilità fiscale delle spese sostenute dai medici per l'aggiornamento professionale. Questo tema attiene ovviamente alla grande questione delle risorse e, più in generale, alla formazione e all'educazione continua dei medici (ECM), rispetto al quale – senatore Mascioni – bisognerà cominciare ad immaginare una normativa più agile. Questa Commissione dovrà discutere di tale questione, trattandosi peraltro di un argomento sul quale mi sono confrontato con numerosissimi soggetti che mi hanno sottoposto tantissime e differenti ipotesi rispetto alle quali occorrerà raggiungere una sintesi non ideologica ma concreta, onde trovare l'oppor-

tunità a breve, magari anche nell'ambito della prossima manovra finanziaria, di predisporre qualche norma che consenta di dare respiro alle politiche di settore.

Permettetemi di dedicare particolare attenzione alla questione posta da due interventi svolti nella prima parte dell'audizione, la scorsa settimana, dai senatori Falomi e Di Girolamo e su cui è tornato oggi anche il senatore Mascioni. Mi riferisco al tema delle risorse da destinare al Servizio sanitario nazionale. È chiaro che sullo sfondo c'è il tema dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che, come sottolineato dai senatori Bianconi e Cozzolino, costituiscono un presidio fondamentale per la tutela della salute dei cittadini di questo nostro Paese e che, come tali, debbono essere mantenuti alla responsabilità statale. Del resto, è difficile che qualcuno possa immaginare un percorso diverso posto che i suddetti livelli garantiscono l'uniformità di accesso alle cure dei nostri connazionali, in tal modo superando le disuguaglianze legate alle diverse condizioni sociali. Contemporaneamente diventa però importante non frenare il processo federalista in atto che ritengo abbia fatto bene e non male alla nostra sanità. Il fatto che le Regioni si occupino direttamente di questo settore ha consentito, ad esempio, di aprire più ospedali, ambulatori e strutture. Ciò nonostante, questo non significa che lo Stato debba dismettere le proprie funzioni.

Ci troviamo pertanto ad un bivio e bisogna capire quale strada conviene intraprendere. Faccio questa premessa perché rispetto alle suddette problematiche non vorrei che fossero fornite risposte ideologiche, ma che si facesse riferimento, ad esempio, alle capacità economiche dello Stato e delle Regioni.

Faccio quest'affermazione perché – me lo consentano i colleghi dell'opposizione – sono orgoglioso di far parte di un Governo che ha aumentato considerevolmente i fondi a disposizione delle politiche a tutela della salute. Quando talvolta si parla di tagli alle risorse destinate alla sanità, in realtà si fa riferimento alle aspettative e non alla cassa effettiva.

Esiste, dunque, un problema legato al riequilibrio territoriale, ma siamo sicuri – in ciò approfondendo un tema affrontato nella scorsa seduta – che la risposta sia quella fornita da chi pensa al solito fondo aggiuntivo? È in questo modo che s'immagina di riequilibrare un Paese? Credo che non si risolva il problema del riequilibrio preoccupandosi solo di reperire risorse ulteriori magari – per paradosso – attraverso le vincite al Totocalcio di spettanza del Ministro dell'economia e delle finanze. Peraltro, ciò potrebbe danneggiare maggiormente le Regioni cosiddette «virtuose» per effetto di una caricatura mediatica, posto che esistono condizioni di arretratezza strutturale che non possiamo imputare alle attuali classi dirigenti. Non credo, comunque, che quella appena descritta possa rappresentare la risposta, ma che sia necessario capire quali siano i meccanismi da modificare a legislazione vigente. In sostanza, il problema non è far litigare le Regioni fra loro, anche se sarebbe un'ipotesi affascinante. Parliamoci chiaro, in che modo sarebbe possibile spiegare, ad esempio, al cittadino pugliese – come sottolineato dal senatore Tatò – che la sua Regione usu-

fruisce di 1.000 miliardi di vecchie lire in meno rispetto all'Emilia Romagna, pur a fronte dello stesso numero di abitanti?

Per noi addetti ai lavori si tratta di questioni facilmente comprensibili, ma non vale altrettanto per i cittadini che devono prendere atto che quel determinato ospedale è stato chiuso e magari vi è anche chi su fatti del genere conduce campagne elettorali, trascurando che la chiusura di un ospedale è frutto del rispetto di determinate regole. Mi richiamo al caso dell'ospedale di Terlizzi, paese del presidente Vendola, ormai noto a tutti essendo stato riportato sulle prime pagine di tutti i giornali.

Oggi governa questa coalizione, ma siamo sicuri che un domani, anche con un'altra maggioranza, sarà possibile individuare le risorse da destinare ad un fondo aggiuntivo per il Sud? Francamente sono dell'avviso che un'eventualità del genere farebbe la stessa fine della proposta di abolizione dei *ticket* nelle Regioni conquistate dal centro-sinistra, perché alla fine bisogna sempre fare i conti con le risorse disponibili.

Probabilmente dovremo batterci – e spero che lo si possa fare insieme – onde evitare che il famoso tetto del 2 per cento della spesa pubblica debba riguardare sempre e comunque anche la sanità. Questo risultato si potrà ottenere se sarà confermato quell'eccesso di autorevolezza che attribuite alla mia persona, ma dipenderà anche dalla capacità di tutte le forze politiche di porre con forza il problema.

In questi giorni si sta parlando di abolizione dell'IRAP e non credo di svelare un segreto raccontando di aver chiesto al ministro Siniscalco in quale modo s'intenda sostituire il gettito derivante da tale imposta con riferimento alla sanità. Mi è stato risposto che saranno previsti interventi sostitutivi; per parte mia ho replicato che approverò la manovra quando tali interventi saranno ben esplicitati.

Inoltre, ci stiamo richiamando a una materia che non è più di competenza dello Stato ma delle Regioni e che l'eventuale ricorso di qualsiasi ente regionale dinanzi alla Corte costituzionale vanificherebbe qualunque scelta.

Quanto al territorio e segnatamente al Nord e al Sud del Paese, ho letto con grande attenzione la proposta dell'onorevole D'Alema attualmente all'esame dell'altro ramo del Parlamento. A mio giudizio, occorre porre l'argomento in termini diversi, non dico «più seri» perché non sarebbe gentile nei confronti del proponente, ma comunque più realistici.

Stiamo lavorando, ad esempio, alla predisposizione di una proposta di legge delega che consenta di risolvere il problema rappresentato dallo stanziamento aggiuntivo, stante la necessità di dare al Sud in ogni caso una risposta che non può essere vincolata alla disponibilità economica. Chiedendo venia per l'apparente vena polemica, faccio presente che il proponente del citato disegno di legge è proprio colui che, quando governava il nostro Paese, disponeva di un fondo sanitario di 64 e non di 90 miliardi di euro. Si poteva pensare a questa grande idea anche negli anni precedenti.

Alla luce del riferimento alla necessità di eliminare la demagogia, almeno all'interno delle Aule parlamentari, bisogna evitare di dare al cittadino la sensazione che arriva Superman e si risolvono i problemi.

Mi sono occupato in questi giorni a Ginevra, della questione posta nella scorsa seduta dal senatore Falomi sulla direttiva europea Bolkestein sul rischio di scardinamento dei principi fondamentali di organizzazione del servizio sanitario. Me ne sono interessato molto, viste le considerazioni da lei espresse in proposito nel corso del suo intervento. Mi sono occupato del tema, come dicevo, a Ginevra in occasione dell'Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità dove ho incontrato il Commissario europeo alla salute (non il proponente) e altri Ministri della sanità (Austria, Inghilterra, Stati Uniti e via discorrendo), con i quali mi sono soffermato a discutere di tali questioni.

I nostri funzionari stanno lavorando insieme ai Ministeri di altri Paesi europei, tant'è vero che tale questione, stando alle notizie che ho in mio possesso, non dovrebbe essere all'ordine del giorno del Consiglio europeo di giugno, atteso l'intendimento dei Paesi di cercare di far capire alla Commissione europea che su questa materia, che riguarda altro genere di servizi ma non quelli sanitari, i Paesi farebbero un blocco compatto.

Sono informazioni che vi do anche se non vi sono certezze circa il futuro sviluppo della politica della Commissione europea. Ringrazio però il senatore Falomi per aver sollevato la questione su una materia che necessiterà di vaste alleanze, anche con altri Paesi, one evitare che l'Europa vari provvedimenti che potrebbero avere una ricaduta negativa sul nostro Paese.

Penso sappiate, che è inserito all'ordine del giorno anche il tema dell'infrazione comunitaria riguardo alla nostra legislazione in tema di farmacie. Stiamo rispondendo nel tentativo di difendere una tradizione del nostro Paese, pur comprendendo l'esistenza di problemi concreti. A volte piacerebbe avere maggiori riconoscimenti da parte di categorie che chiedono senza accorgersi di quanto difendiamo i loro interessi da ben altri pericoli.

Per completare l'informazione al senatore Falomi, aggiungo che dagli uffici è venuta la proposta di costituire un gruppo di studio fra le direzioni ministeriali interessate, visto che il provvedimento riguarderà più competenze. Mi riservo comunque di tenere informato lei e l'intera Commissione – ovviamente se l'argomento interessa tutti i suoi componenti – sullo sviluppo di questa trattativa con l'Unione.

Per quanto attiene i quesiti posti nel corso dell'odierna seduta, signor Presidente, cercherò di rispondere contando su una licenza dei tempi.

Prendendo spunto dalle affermazioni del senatore Mascioni voglio tornare sul tema Nord e Sud. È forse più importante focalizzare la nostra attenzione su come si attua la legge n. 662 del 1996, ancor più che ipotizzare la necessità di una legge speciale. Lei ha fatto riferimento alle Regioni forti e a quelle deboli, così come genericamente intese; analogo riferimento è stato fatto dal senatore Carella. Perché le Regioni sono considerate tali? È un problema di oggi o degli ultimi 30-50 anni? Le diffe-

renze sono dovute alle diverse strutture ordinamentali o alla storia dei territori?

Fatta questa premessa, in materia di risorse credo che il vero problema sia la piena attuazione dei criteri collegati alla legge n. 662 testè citata.

Presidente Tomassini, sono disponibile a discutere insieme alla Commissione della proposta di riparto dei fondi che bisognerà inviare alle Regioni, ancorchè si tratti chiaramente di materia di competenza del Ministero.

Tuttavia, se vi è spazio per una mozione o una risoluzione della Commissione che dia indicazioni in tal senso, seppure con i limiti di tali strumenti non normativi, non sarò insensibile alla proposta proveniente da un organismo che rappresenta nella sua composizione l'intero Paese.

Quanto all'articolo 20 della legge n.37 del 1988 – cerco di procedere per titoli – richiamato negli interventi della senatrice Boldi e dei senatori Longhi e Salzarelo, faccio presente che esistono due tipi di controllo: quello dello Stato sulle Regioni e quello delle Regioni su loro stesse. In modo retorico, vi chiedo quanto questi controlli siano, a vostro giudizio, efficaci, nella convinzione di desumere la vostra risposta.

Bisogna renderci conto di un problema di difficilissima attuazione: quale potere ha lo Stato sui fondi non spesi? Voi citate l'articolo 20. Ormai conosciamo a memoria le Regioni che hanno speso di più e quelle che hanno speso meno. Lo Stato nei confronti delle Regioni che hanno spesso meno potrebbe attivare le procedure di cosiddetto affiancamento, vale a dire il commissariamento, ma cosa succederebbe dopo?

Poc'anzi il senatore Cozzolino ha citato il tema delle cure palliative, i 206 milioni di euro stanziati, che sono nulla nell'economia della sanità e dello Stato. Neanche in quel caso le risorse possono essere recuperate, anche se ci si riferisce ad un tema di estrema delicatezza.

Rispondo anche al senatore Salini intervenuto sull'argomento. A volte si verifica un ritardo a livello ministeriale ma non è pensabile che possa prevalere la logica secondo cui il Ministero fa da portaborse e, non appena perviene una pratica, deve immediatamente evaderla perché altrimenti il presidente della Regione si arrabbia. Avendo vissuto queste esperienze le conosco bene; a cascata poi l'ASL si rivale sul Nucleo di valutazione regionale e via discorrendo.

Bisogna individuare un meccanismo normativo e cercare di adottarlo d'intesa con le Regioni. Per questo motivo è necessario che i famosi tavoli tecnici abbiano sede presso il Ministero della Salute e non presso quello dell'economia; in caso contrario tali questioni non hanno priorità per l'economia. Anzi, secondo una scuola di pensiero, a uno Stato conviene, per evitare i vincoli europei, non spendere le risorse disponibili perché in tal caso la competenza prevale sulla cassa. Trattandosi di un problema che riguarda tutti i Paesi europei, bisogna individuare una via d'uscita. Ci stiamo lavorando e, non appena sarà possibile, informeremo la Commissione sulla proposta definitiva.

Condivido la necessità di occuparci di sicurezza sul lavoro.

Sull'ECM ho già risposto.

Stiamo verificando anche l'articolo 50 della legge finanziaria 2005, ma anche in questo caso ci si scontra con l'esigenza della cassa di Stato e il diritto rivendicato da una categoria. Anche in questo caso, cercheremo di aiutare la categoria a far valere le proprie ragioni, nella speranza che una volta tanto si facciano valere anche le nostre ragioni.

Il senatore Salini ha affrontato la questione del DPCM sul personale che non sapevo fosse incagliato; se mi trasmetterà una nota scritta cercherò di occuparmene direttamente.

In riferimento agli interventi dei senatori Boldi, Longhi e Salzarelo, significo il problema dei controlli delle Regioni al loro interno. Esaminando la legislazione del nostro Paese, ho l'impressione che tante norme siano state approvate semplicemente per farne dei manifesti, approvate da tutte le maggioranze; cito solo quella sulla decadenza che è una delle più recenti.

Quanto ai direttori generali, sto verificando in quale parte del Paese è stata applicata la norma che impone la decadenza del direttore generale che non rispetta i conti. A naso, non si è mai verificato forse perché la norma statale, essendo contenuta in una legge finanziaria, non è immediatamente applicabile? In caso affermativo, quali Regioni hanno approvato le norme che la rendono applicabile? E se lo hanno fatto perché non l'hanno applicata? Questo è uno dei temi che solleveremo al tavolo di monitoraggio con le Regioni sull'attuazione delle norme statali che vanno rispettate, al fine di comprendere le eventuali possibilità di intervento. Ciò riguarda anche il sistema della spesa, cui abbiamo già fatto riferimento.

Il senatore Carella ha toccato, insieme ad alcuni temi che ho già affrontato, due questioni di particolare interesse, una riecheggiata anche nell'intervento della senatrice Bianconi: le truffe e/o gli sprechi in sanità. Su questo punto chiedo al presidente Tomassini (forse è inusuale chiederlo a lei, dovrei rivolgermi direttamente al senatore Carella) se è possibile avere parte del materiale in possesso della Commissione d'inchiesta sul sistema sanitario, in quanto non ho ancora avuto il tempo necessario per approfondire il problema.

Mi arriva, comunque, voce che nel settore della farmacia ospedaliera accadono cose strane soprattutto sui farmaci in scadenza. In proposito però non posso rilasciare dichiarazioni ufficiali, almeno finché non ne avrò la certezza. Tuttavia, se vi sono questioni che avete affrontato e che possono essere utili anche alle casse dello Stato, chiederò di verificare i documenti che avete prodotto per lavorare davvero insieme.

Un altro tema di gran fascino concerne l'autocritica, anche da parte mia, sul Titolo V della Costituzione. Allora sono stato uno dei pochi presidenti di Regione a votare contro quella riforma; lo feci anche in difformità con il mio schieramento politico, innanzi tutto perché intravedevo un eccesso di legislazione concorrente. Attenzione, però, in sanità le cose non stanno come voi sostenete e la riforma costituzionale ha, se non altro, il merito di correggere il sistema, posto che ormai i cittadini sanno che le

Regioni gestiscono la sanità. Il meccanismo che è stato individuato, vale a dire la tutela dell'interesse nazionale, consente al legislatore nazionale di intervenire. È chiaro che si tratta di una norma di principio che poi va attuata; tuttavia, forse questo meccanismo consente di spiegare a tutti la funzione dei LEA, di cui avete parlato, e quello che è il nostro mestiere.

Vorrei che la Commissione riflettesse su due tematiche qui evocate, anche se sono sicuro che se si continuasse a parlare ne emergerebbero tantissime altre. Mi riferisco al tema del dolore, sollevato dalle senatrici Bianconi e Baio Dossi. Non so se è tema di finanziaria, forse di Piano sanitario nazionale che, peraltro, è in scadenza e ho già attivato la procedura necessaria per rinnovarlo. Il Piano per il 2003-2005 fu approvato nel primo semestre dell'anno in cui è entrato in vigore, vale a dire nel 2003. Spero di riuscire ad approvare quello per il 2006-2008 entro dicembre prossimo, anche se non so se ciò sarà possibile.

Come sapete, il meccanismo è complesso: intesa con le Regioni, parere delle Commissioni che se apportano modifiche, richiedono un'ulteriore intesa con le Regioni. A differenza delle precedenti stesure del Piano, è mia intenzione convocare anche le categorie; cosa che non si è mai verificata. Vorrei che discutessero di sanità anche soggetti come Confindustria e sindacati, per sviluppare un dibattito corale sulle aspettative della popolazione. Su questi temi possiamo giocare una partita anche come macchina dello Stato nel rapporto con le Regioni.

Quanto alla montagna (argomento che ho preferito lasciare alla fine) richiamata dal senatore Rollandin, non racconto le peripezie che ho passato per la piccola montagna di Rieti. Quindi conosco benissimo il tema che potremo affrontare quando lei lo desidererà, anche con maggiore puntualità.

Abbiamo affrontato il tema della sanità animale proprio in questi giorni a Ginevra a causa dell'influenza aviaria, che rischia di provocare danni non irrilevanti. Il nostro Paese avrà la responsabilità di organizzare il prossimo G7, più Messico, a settembre od ottobre in Italia. Il tema da affrontare non sarà solo il bioterrorismo, argomento per cui è nato l'incontro, ma più in generale le pandemie fra le quali anche l'influenza aviaria.

Si è tenuta un'interessantissima riunione organizzata dal Ministro della sanità americano (anche lui agli esordi), con i Paesi del G7 più il Messico e i Paesi dell'area del Sudest asiatico coinvolti da tale influenza, che rischia di coinvolgere anche noi. Come sapete, infatti, a Verona sono stati adottati provvedimenti specifici.

Voglio rassegnare a voi la piacevole notizia di aver trovato una burocrazia ministeriale assolutamente all'altezza e preparata, sotto il profilo sia della direzione e della prevenzione (dottor Greco) sia della sanità veterinaria (dottor Marabelli). Tutti sono consapevoli della necessità di informarsi nei termini dovuti per poter decidere politicamente. Quindi affronteremo anche quest'aspetto.

Alla senatrice Baio Dossi voglio dedicare l'ultima parte del mio intervento sui farmaci. Probabilmente non avete discusso di quello che si è verificato in questi anni, trattandosi in realtà di provvedimenti riguar-

danti l'economia e non la salute. Vi è sempre stata un'esigenza continua di fare cassa.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Dieci decreti non sono pochi!

STORACE, *ministro della salute*. Sì, però sono tutti partiti da quella sede e probabilmente era per questo difficile trovare un'interlocuzione.

Il provvedimento cui stiamo lavorando nasce dal Ministero della salute e su di esso avremo sicuramente occasione di svolgere un ampio dibattito. Ho in testa molte idee sulla necessità di fare chiarezza nel settore, ma ho preferito non aspettare l'istituzione di una commissione che si occupasse di controllare i prezzi dei farmaci. Comunque provvederemo in tal senso; nell'imminenza m'interessava far sapere ai cittadini che le parole pronunciate dal Presidente del Consiglio, ad esempio, sul recupero del potere d'acquisto, non sono parole al vento, e ciò vale anche per la sanità.

Spero di riuscire venerdì prossimo a inserire all'ordine del giorno del Consiglio dei ministri un primo provvedimento che non si pone l'obiettivo del rispetto del tetto del 13 per cento della spesa farmaceutica. Probabilmente l'eccesso di riservatezza sulle informazioni ha indotto i giornalisti a cercare una pista sbagliata. Non si sta parlando del 13 per cento, ma di altro. Ciò non toglie che il 13 per cento continuerà a seguirci con i provvedimenti già adottati e spero – se le notizie che ho corrispondono al vero – di dare quanto prima la certezza che quel tetto sarà rispettato.

Il problema è la spesa del cittadino e non più quella dello Stato o delle Regioni; vi è poi l'altro fronte della spesa ospedaliera. Nel frattempo voglio dare al cittadino la certezza che da domani si risparmia sui farmaci di fascia C. Di questo stiamo discutendo con Farindustria, Federfarma, i medici di famiglia e le loro organizzazioni. Chiaramente può capitare che una sera qualcuno dichiari di essere d'accordo per poi ripensarci la mattina dopo, ma si tratta di episodi che avete già vissuto tante volte e questa non sarà né la prima né l'ultima volta. Arriveremo comunque alla formulazione di una proposta di provvedimento; verificheremo poi se sarà solo illustrata o anche approvata nel Consiglio dei ministri di venerdì. Vorremo comunque dare al cittadino la certezza che esiste un provvedimento che alla fine sarà condiviso da maggioranza e opposizione, perché sarà difficile poter sostenere che non va bene. Non avrà un taglio ideologico ma porrà semplicemente fine all'aumento generalizzato del costo dei farmaci determinato dall'industria a carico dei cittadini. Cominciamo a prevedere dei limiti nel rispetto della normativa *antitrust*. Ciò consentirà al cittadino di scegliere dove acquistare i medicinali di cui abbisogna e darà probabilmente impulso al mercato del farmaco generico, che è un altro dei grandi settori *explorandi*.

Al riguardo, spero di avere, vista la vostra attenzione, la disponibilità del Governo a trasmettere il provvedimento direttamente al Senato, dove magari avremo più tempo per poterne discutere.

La ringrazio, signor Presidente, e spero di vederci quanto prima.

- * PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Storace per la sua disponibilità
Dichiaro concluse le comunicazioni del Governo.

I lavori terminano alle ore 16,45.