

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE
SUL RINNOVO DELLA CONVENZIONE CON I
MEDICI DI MEDICINA GENERALE, NELL'AMBITO
DELLA POLITICA SANITARIA DEL GOVERNO

20° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 27 LUGLIO 2004

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Comunicazioni del Ministro della salute sul rinnovo della convenzione con i medici di medicina generale, nell'ambito della politica sanitaria del Governo

PRESIDENTE	Pag. 3, 12
* BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	9, 11
CURSI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	10
DANZI (<i>UDC</i>)	7, 12
FASOLINO (<i>FI</i>)	9
LONGHI (<i>DS-U</i>)	8
* MASCIONI (<i>DS-U</i>)	9, 10, 12
* SIRCHIA, <i>ministro della salute</i>	3, 8, 11 e <i>passim</i>
TATÒ (<i>AN</i>)	10

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 Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; 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 Alleanza Popolare-Udeur: Misto-Ap-Udeur.

Intervengono il ministro della salute Sirchia, nonché il sottosegretario di Stato per lo stesso dicastero Cursi.

I lavori hanno inizio alle ore 15,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Comunicazioni del Ministro della salute sul rinnovo della convenzione con i medici di medicina generale, nell'ambito della politica sanitaria del Governo

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca comunicazioni del Ministro della salute sul rinnovo della convenzione con i medici di medicina generale, nell'ambito della politica sanitaria del Governo.

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 ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Cedo, quindi, la parola al ministro della salute, professor Girolamo Sirchia, che ringrazio per la disponibilità che dimostra ogni volta che si presenta l'opportunità di incontrare i parlamentari della 12^a Commissione permanente del Senato.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Signor Presidente, in primo luogo rivolgo un ringraziamento a lei e alla Commissione per l'opportunità di intervenire in questa sede.

Ha destato molto scalpore e qualche preoccupazione l'annuncio che, a partire dal mese di settembre, i medici generici effettueranno una serie di scioperi, che avranno notevoli ripercussioni sul sistema sanitario, atteso l'elevato numero di giornate di astensione dal lavoro previsto.

Le ragioni addotte dalla categoria non si differenziano da quelle che alcuni mesi or sono hanno portato ad analoghe manifestazioni. Nel corso delle trattative sin qui condotte sono emersi sostanzialmente tre elementi di preoccupazione. Innanzi tutto vi è il rinnovo degli Accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti per il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, scaduto da molto tempo e rimasto per mesi in giacenza. L'Atto d'indirizzo per il rinnovo di tali Accordi, che risale addirittura al luglio dello scorso anno, è stato inviato a Palazzo Chigi ma non è stato approvato dal Consiglio dei ministri.

Il secondo elemento di preoccupazione è rappresentato dalla scarsità delle risorse finanziarie da destinare al settore sanitario che lo Stato trasferisce alle Regioni.

A ciò si aggiunge il timore che la devoluzione possa portare all'affermazione di 21 servizi sanitari regionali differenti fra loro, con conseguenti gravi disparità di trattamento nei confronti del personale medico e dei pazienti. In buona sostanza, queste sono le motivazioni addotte per giustificare l'ondata di scioperi prevista nel prossimo autunno.

Già all'epoca sostenni che vi erano ragioni da parte dei medici di famiglia e del personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per richiedere con forza il rinnovo degli Accordi collettivi nazionali ormai ampiamente scaduti.

Mi sono impegnato a giungere a una chiarificazione in sede governativa in merito alle risorse finanziarie da destinare alla sanità e alla devoluzione. Credo di aver dato seguito a quanto promesso con molta puntualità, tant'è vero che l'Atto d'indirizzo per il rinnovo degli Accordi collettivi nazionali è stato approvato dal Consiglio dei ministri. I senatori sanno che, in teoria, l'azione governativa non va oltre, atteso che la contrattazione, che si avvia con l'approvazione dell'Atto d'indirizzo, vede la partecipazione dei rappresentanti delle Regioni, dei sindacati e dei medici ma non del Governo, trattandosi di materia a legislazione di competenza esclusiva regionale.

Peraltro, mi sono attivato presso il Comitato di settore per il comparto sanità - e segnatamente con il presidente Colozzi - per inserire nella piattaforma sindacale una serie di vantaggi, fra i quali il famoso incremento dello 0,99 per cento (incerto ma reclamato come indispensabile per avviare la trattativa), riconosciuto dall'Accordo tra Governo e Organizzazioni sindacali del febbraio 2002. Tutto questo è puntualmente avvenuto e dell'impegno profuso in tal senso vanno ringraziati il Comitato di settore e il presidente dello stesso.

Il 29 luglio prossimo si terrà la prima riunione del Comitato di settore e delle rappresentanze dei sindacati dei medici per predisporre il calendario degli incontri sindacali che avranno luogo in settembre. Ha, dunque, inizio la trattativa che avrà come piattaforma le proposte delle Regioni e quelle dei sindacati. Al momento non è possibile prevedere le risultanze di tale trattativa, è comunque auspicabile che vi siano margini di recupero.

Necessiteranno di confronto soprattutto alcune clausole della Convenzione che ha generato qualche problema. Cito, fra le altre, la richiesta di una retribuzione maggiore in relazione all'invecchiamento della popolazione che porterebbe, inevitabilmente, a una lievitazione della spesa, stante l'andamento crescente dell'età media. Le Regioni si riservano di rivedere alcune clausole di trascinarsi automatico della spesa, trattandosi di un incremento di oneri insostenibile. La trattativa sindacale ha lo scopo di definire i doveri e i diritti di tutti i soggetti interessati.

L'augurio del Governo è che nella trattativa sia prevista la medicina di gruppo, che rappresenta secondo le Regioni e almeno parte dei sindacati un elemento di cambiamento del sistema tale da qualificare l'opera del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta. In altri termini, a maggiori poteri maggiori responsabilità ma soprattutto quell'auto-

nomia decisionale, che oggi manca a questi professionisti e che genera tanto sconforto, se si pensa allo spreco di una categoria che si limita a scrivere ricette e certificati piuttosto che dedicarsi alla cura dei pazienti.

Nonostante gli ottimi risultati conseguiti dalla medicina di gruppo in altri Paesi, solo un sindacato, quello più rappresentativo, condivide quest'opportunità. Bisognerà per ciò individuare le iniziative da porre in essere, certamente in modo sperimentale e non sistematico, per consentire alla medicina convenzionata di recuperare quel ruolo di vero referente e coordinatore del malato purtroppo perso nel corso degli anni.

A fronte della positiva intenzione delle Regioni e dei sindacati di valorizzare il territorio, bisogna però stare attenti a non svilire la struttura ospedaliera. Si può restituire al territorio un ruolo di gran rilievo attraverso la medicina di gruppo e la rete integrata dei servizi.

Senza una rete integrata di servizi non è immaginabile un futuro che veda una sanità che comprenda l'ospedale (con le sue logiche, a volte anche competitive e non propositive rispetto al territorio) e, allo stesso tempo, le altre realtà operanti in ambito territoriale, sganciate dalla struttura ospedaliera. Per porre al centro dell'attenzione il paziente, gestito ora dall'una ora dall'altra struttura, sono quanto mai necessarie integrazione e circolazione di informazioni, senza le quali discenderebbe un gravissimo nocumento per il paziente stesso.

Questi due concetti, fondamentali per modificare il sistema, vanno ancorati al contratto, che deve prevedere spazi d'innovazione, di maggiore valorizzazione delle realtà territoriali e, quindi, d'integrazione tra territorio e ospedale. Questo è quanto è stato fatto.

La seconda importante questione riguarda l'insufficienza delle risorse finanziarie che lo Stato trasferisce alle Regioni. Il Documento di programmazione economico-finanziaria, presentato di recente, mette in luce una situazione nazionale oggettivamente non molto rosea. Si assiste ad una crescita non solo inferiore a quella americana o dei Paesi orientali ma insufficiente anche rispetto alla realtà europea, già di per sé in posizione d'inferiorità rispetto al mondo occidentale ed orientale.

La manovra che s'intende proporre tiene conto di un deficit tendenziale nel 2004 pari al 3,5 per cento del prodotto interno lordo, destinato a salire al 4,4 per cento nel 2005. Se ciò avvenisse l'Italia si collocherebbe al di fuori dei parametri previsti a livello di Unione europea e difficilmente potrebbe recuperare posizione. Sulla base di tali considerazioni, il DPEF introduce una correzione netta dei conti pari a 24 miliardi di euro, di cui 17 miliardi concernenti tagli di spesa e 7 miliardi di un tantum. Non sono state ancora definite le modalità con cui effettuare i tagli. Sarà una scommessa che il Paese si troverà a fronteggiare, che non è facilmente immaginabile. Ad ogni modo, nel corso dell'incontro tenutosi tra Governo e Regioni sono state formulate alcune domande ed è stata data una risposta importante per quanto concerne la sanità. In primo luogo, la correzione dell'andamento tendenziale per il 2005, pari al 4,4 per cento, include la carenza di finanziamento alle Regioni e, quindi, la copertura del debito regionale. Si avranno, pertanto, più risorse per la sanità regionale.

In secondo luogo, non vi saranno tagli alla sanità ma in altri settori, che tutti ben conosciamo.

Con la manovra proposta s'intende ridurre il deficit per il 2005 dal 4,4 per cento tendenziale al 2,7 per cento, con un avanzo primario del 2,6 per cento. Senza questa manovra non si può immaginare di mantenere il Paese in Europa tanto meno lo Stato sociale nelle attuali condizioni. Dunque, saranno disponibili risorse per salvare la sanità e lo Stato sociale, oltre alla scuola e alla sicurezza.

In linea generale, è questo l'impianto del Documento di programmazione economico-finanziaria che è, al momento, ancora in discussione con i sindacati e con le Regioni e che domani sarà oggetto di un ulteriore confronto conclusivo volto a recepire le osservazioni che questi ultimi formuleranno.

Il Documento contiene linee guida e non indicazioni di dettaglio che saranno invece oggetto della prossima legge finanziaria, che vedrà posizioni diversificate, ivi inclusa la mia, essendo mio dovere portare alla sanità quante più risorse possibili.

Il mio compito era sostenere la sanità, l'ho fatto e credo di aver influito, sia pure marginalmente, nella definizione di questo DPEF. Come unica mia proposta, ho chiesto di prevedere i piani nazionali di prevenzione che, richiedendo un investimento abbastanza cospicuo ma non enorme, hanno sull'investimento un più alto ritorno a breve. Basti pensare ai soli incidenti stradali o domestici che generano da subito morte e soprattutto invalidità, il cui ritorno sull'investimento potrebbe essere già computato nel 2005. È mio intendimento sostenere questo tipo d'impostazione più altre proposte al momento allo studio.

Il terzo elemento di preoccupazione paventato è quello della devoluzione. In proposito, consegnò alla Presidenza della Commissione una documentazione che dimostra quello che già sapete, vale a dire che, non da oggi ma dall'approvazione della legge n. 833 del 1978, la materia sanitaria è diventata di competenza delle Regioni.

Come ben sapete, gli ambiti fondamentali sono la definizione dei livelli essenziali di assistenza, la tutela della salute e la ricerca scientifica, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Ebbene, con la devoluzione i livelli essenziali di assistenza, già ora materia a legislazione di competenza esclusiva dello Stato, rimarranno tali. La tutela della salute e la ricerca scientifica continueranno a costituire, come ora, materia a legislazione concorrente tra Stato e Regioni. Solo l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, oggi materia di legislazione concorrente, diverrà con la devoluzione di competenza esclusiva delle Regioni. Questa soluzione è del tutto logica se abbinata alla devoluzione fiscale e quindi al trasferimento alle Regioni delle competenze in materia fiscale, almeno in forma parziale, passaggio che oggi non è ancora avvenuto e che, a mio giudizio, rappresenta l'unica vera soluzione per attribuire poteri ma nel contempo anche responsabilità. Ovviamente, questa mia proposta potrà essere accolta o meno. Non credo che una competenza regionale, basata su un impianto non cervelotico ma finanziario e di definizione di standard adeguati (come dovrà avvenire se

si rinnoverà l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia sanitaria sancito l'8 agosto 2001 e scaduto quest'anno) possa essere di nocumento ai cittadini; favorirà, anzi, una maggiore corresponsione dei servizi ai bisogni degli utenti. In altri termini, il voto degli elettori sarà il giudizio che i cittadini esprimeranno su quel determinato governo regionale.

Non credo che la centralizzazione abbia causato in Italia il benché minimo vantaggio, mentre sono fortemente convinto che la decentralizzazione sia la soluzione giusta, ovviamente con la definizione di paletti precisi onde evitare ogni forma di anarchia. D'altra parte, i rapporti instaurati con le Regioni e snodatisi attraverso l'Accordo molto preciso di Cernobbio (su cui organizzeremo una Conferenza stampa) hanno esitato, fra l'altro, i cosiddetti mattoni e il nuovo sistema informatico, che consentirà finalmente di conoscere le realtà italiane e di disporre di dati sino ad oggi indisponibili. Le Regioni accetteranno la definizione di questi paletti non perché qualcuno lo impone ma perché è nel loro interesse operare bene e presentarsi al voto dei cittadini con risultati positivi anziché negativi.

In conclusione, mi sfugge la ragione di questo sciopero anche alla luce delle conseguenze che ne sono scaturite. Il mio auspicio è che vi sia un margine di recupero che induca i medici a rivalutare, nell'interesse dei cittadini e loro stesso, l'opportunità di un calendario tanto duro quanto, a mio giudizio, ingiustificato.

DANZI (*UDC*). Signor Ministro, vorrei soffermarmi solo su un punto che dovrebbe essere oggetto del rinnovo del contratto dei medici di medicina convenzionata, che ci sta molto a cuore. Il Ministro ha parlato di medicina di gruppo; ebbene, favorire la medicina di gruppo genericamente significa favorire la quantità e non la qualità della prestazione. Mi spiego: nella mia Regione hanno ricevuto corposi finanziamenti alcune cooperative di medici che, alla fine, garantiscono solo l'apertura dell'ambulatorio per l'intera giornata, senza aggiungere nulla in termini di qualità se non consulenze esterne a pagamento. Se ciò fosse possibile, si dovrebbe propendere per un allargamento di quelle che oggi sono chiamate prestazioni extra.

Nella mia Regione un medico di base (ma potrei peccare di ignoranza, perché non so se ciò valga sul territorio nazionale o sia oggetto di contrattazione regionale) viene pagato per le vaccinazioni e per le terapie iposensibilizzanti specifiche che somministra presso il suo ambulatorio ai propri pazienti selezionati. Perché non fare in modo che il medico di base possa, in una forma di concorrenzialità pubblico-pubblico, ma a costi inferiori, fare un elettrocardiogramma o una spirometria (i primi due esami che mi vengono in mente), vedendo riconosciuto un piccolo significativo contributo comunque inferiore al costo della stessa prestazione presso una struttura ospedaliera? Un'ipotesi del genere consentirebbe un rilancio della qualità dell'intervento di base e la costituzione di un vero e proprio presidio territoriale distrettuale sino ad oggi inesistente.

Lei ha giustamente dichiarato che i medici di base (appartengo anch'io a questa categoria), anche a causa della burocrazia, sono ridotti a

ruolo di scribacchini; personalmente ritengo che l'80 per cento del loro tempo sia impiegato nella scrittura di certificati e ricette. Per questa ragione, con molta modestia ed umiltà, le significo l'opportunità di una convenzione orientata al duplice obiettivo della qualità e del risparmio. In tal modo si eviterebbe di favorire, seppur indirettamente – come invece avviene oggi – la spesa sanitaria. Un ambulatorio aperto 24 ore su 24 aumenta l'attività da scribacchino; se ad essa non si associa l'erogazione di un servizio qualitativamente migliore non si raggiunge l'obiettivo ma si incrementa la spesa senza ottenere un servizio più efficiente.

LONGHI (*DS-U*). Concordo pienamente con le valutazioni del Ministro circa lo stato comatoso dell'economia italiana della quale ha effettuato un'analisi impietosa che – ripeto – condivido. Oggi si profila una manovra da 48.000 miliardi di vecchie lire, ne consegue che i cittadini dovranno tirare la cinghia e il tutto avverrà attraverso l'intervento delle Regioni, delle Province e dei Comuni.

Ripeto, condivido quest'analisi, ma il vero problema è che essa proviene da un Ministro che fa parte del Governo ormai da oltre tre anni. Lei ha parlato di un'economia americana che tira; di contro si sente spesso ripetere che l'economia italiana non tira perché vi è stato l'attentato alle Torri gemelle. Mi permetto però d'osservare che le Torri gemelle erano negli Stati Uniti d'America. L'Italia è il fanalino di coda dell'Europa e non riesce a garantire la sanità con la s maiuscola.

Il Ministro si meraviglia che i medici abbiano indetto uno sciopero. Ricordo che non è né il primo sciopero né la prima manifestazione di protesta. Inoltre, non era mai accaduto che uno sciopero fosse indetto unitariamente da tutte le sigle sindacali dei medici. Poiché ciò si è verificato sotto il suo Ministero, credo che lei abbia raggiunto un record. È riuscito...

SIRCHIA, *ministro della salute*. Questa è una storia vecchia, ogni tanto cambiate argomenti!

LONGHI (*DS-U*). Dovrebbe cambiare lei politica, caro Ministro!

SIRCHIA, *ministro della salute*. Senatore Longhi, sta ripetendo le solite cose senza senso che lasciano il tempo che trovano. Se vuole fare un dibattito di tale genere, possiamo anche farlo!

LONGHI (*DS-U*). Ma questo è un dibattito: lei ha espresso le sue considerazioni, ora io esprimo le mie!

SIRCHIA, *ministro della salute*. Non è un dibattito, sono sciocchezze!

LONGHI (*DS-U*). Potrei dire altrettanto delle sue dichiarazioni, ma non mi permetto di farlo. Mi limito a sottolineare che organi di stampa genovesi definiscono la sua iniziativa in favore degli anziani un *flop*, visto

che su 2000 utenti solo 295 hanno accettato l'aiuto del Ministero. Organi di stampa titolano: «Genova: i nonni rifiutano le balie del Ministero». Ebbene, sì, questa è la sua politica.

Purtroppo, i medici sono costretti a scioperare perché gli stanziamenti per la sanità sono sempre più esigui. La *devolution* è uno dei punti del programma di questo Governo. Avrebbe dovuto dare la colpa ai Governi precedenti appena si è insediato e non ora, visto che ricopre la sua funzione da tre anni e ha tutte le responsabilità del malgoverno della sanità.

Senza dilungarmi, sottoscrivo le sue affermazioni, signor Ministro, ma ritengo anche che lei debba assumersi le responsabilità di quanto ha realizzato o non realizzato. Se i medici scioperano lo fanno contro il Governo e contro il suo Ministero e lei, Ministro, deve assumersi le sue responsabilità.

MASCIONI (*DS-U*). Le questioni riguardanti la piattaforma rivendicata dai medici sono quelle indicate dal Ministro. Al riguardo credo che l'annuncio di una mobilitazione che nelle previsioni dovrebbe durare 16 giorni abbia colpito tutti. In proposito, ricordo che negli anni Sessanta erano i metalmeccanici ad indire scioperi di questo genere.

Le questioni sono quelle indicate, vale a dire il rinnovo della convenzione, il finanziamento della sanità e la *devolution*.

In occasione dello sciopero dei medici che ha avuto luogo lo scorso aprile il Ministro affermò di condividere alcune delle ragioni di quella mobilitazione. Condividere ora quelle ragioni significa però fornire anche risposte coerenti alle richieste che i medici avanzano.

Personalmente sono cauto nell'affrontare il problema del finanziamento, dovendo tener ben presente il quadro generale: non si può pensare di fare un passo più lungo della gamba e tutte le iniziative legislative dovrebbero tenerne conto.

Questa mattina l'Assemblea del Senato ha approvato il disegno di legge di conversione del decreto-legge relativo al ripiano della spesa farmaceutica. In particolare la maggioranza ha ritenuto di applicare uno sconto di 250 milioni di euro ai produttori di farmaci, contravvenendo a quello che la legge n. 326 del 2003 prevedeva. Tale sconto si trasformerà in ulteriori oneri a carico delle Regioni. In materia di *devolution* sarebbe necessaria una maggiore coerenza. Questa mattina in Aula avremmo dovuto avere più coraggio nei confronti delle Regioni che non si attivano fino in fondo per compiere il loro dovere rispetto al controllo della spesa. Questo è il ruolo di uno Stato centrale che, a mio avviso, deve continuare...

FASOLINO (*FI*). Se il presidente Bassolino ascoltasse quello che sta dicendo, credo che la ucciderebbe!

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Vale anche per il Presidente della Regione Liguria!

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Senatore Mascioni, le ricordo la legge n. 3 del 2001! Le Regioni facciano i controlli! Se volete che intervenga la Guardia di finanza, ditelo!

MASCIONI (DS-U). Signor Sottosegretario, rimaniamo su discorsi razionali.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Senatore Mascioni, la *devolution* ancora non c'è!

MASCIONI (DS-U). Il Ministro ha affermato che il federalismo può essere positivo; questa mattina però i medici hanno paventato la possibilità che si creino 21 sistemi sanitari diversi. Cosa accadrà se alcune regioni sciagurate nella trattativa per il rinnovo della convenzione formuleranno ipotesi inimmaginabili o una regione meridionale definirà una convenzione particolarmente favorevole ai medici e le altre Regioni non percorreranno la stessa strada? Nell'Atto di indirizzo di cui ci ha riferito il Ministro quali sono i paletti posti al fine di evitare situazioni del genere?

L'ultima domanda riguarda l'argomento oggetto del nostro odierno incontro; m'interesserebbe sapere se il Governo intende mettere le Regioni in condizione di concludere l'accordo, soddisfacendo le richieste dei medici richiamate dal Ministro e riguardanti gli aspetti che hanno un effetto di trascinamento sulla spesa. Immagino che un atto di indirizzo sarà in qualche modo sostenuto attraverso lo stanziamento delle risorse necessarie per portare a conclusione la Convenzione, che naturalmente avrà un costo.

In altri termini, se non vi sarà disponibilità di risorse finanziarie come è passato il luglio 2003, passerà anche il luglio 2004 e ci ritroveremo con gli scioperi dei medici senza disporre degli strumenti necessari per chiudere la Convenzione. Gradiremmo avere rassicurazioni in tal senso.

Ringrazio il Ministro per la disponibilità dimostrata aderendo al nostro invito a partecipare alla seduta odierna. Ci risulta che nell'incontro con i sindacati, svoltosi questa mattina, siano emerse tensioni, solo il Governo può fornire una risposta in tal senso, vista l'impossibilità di convocare 21 assessori regionali che non potrebbero che rispondere che è l'Esecutivo che dà le direttive.

TATÒ (AN). Vorrei chiedere al Ministro quale sia il suo orientamento sulla normativa che dovrà essere parte integrante di questa convenzione. Il collega Danzi ha fatto riferimento ad una problematica molto sentita, ricordando come il medico di base talvolta si senta un semplice trascrittore di prescrizioni di farmaci o di esami diagnostici di ogni genere, che gli pervengono su carta bianca dagli specialisti degli ospedali o da medici liberi professionisti non sottoposti ad alcuna convenzione. Si tratta di un settore ampio che va dalla radiologia, alla fisiochinesiterapia, ai laboratori di analisi. Poiché questi specialisti o le strutture non sono forniti

dei ricettari dell'ASL, si determina un costante attrito che va a scapito dell'assistenza. Vorrei conoscere l'orientamento del Ministro al riguardo.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Farò solo alcune brevissime osservazioni senza ripetere quanto già sottolineato dai colleghi precedentemente intervenuti.

Mi è parso di capire che una parte del disavanzo (il cui importo è stato comunicato ieri), già accumulato dalle Regioni nel 2004, e che si ipotizza si stia accumulando, sarà compensato. In proposito vorrei sapere se s'intenda adottare un criterio distributivo delle risorse, senza tener conto dei risultati ottenuti dalle Regioni nel contenimento della spesa sanitaria. Peraltro, è questa la scelta che emerge dal decreto-legge in materia di spesa farmaceutica, oggi convertito in legge, senza la condivisione della nostra forza politica.

Seconda questione. Vorrei sapere, se e con quale ruolo, il Ministero della salute parteciperà al confronto sindacale – cui lei faceva riferimento – per il rinnovo del contratto di lavoro dei medici di medicina generale. Affidare la trattativa al Ministero dell'economia e delle finanze desterebbe perplessità, posto che ci si stia riferendo ad un contratto di lavoro nazionale che, in assenza di *devolution*, non può che rimanere tale.

Al di là delle linee guida approvate dal Governo, il problema dovrebbe essere affrontato, non solo e non tanto in termini finanziari, ma, anche, sotto il profilo del riconoscimento della professionalità dei medici.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Credo che dal punto di vista istituzionale vada immediatamente chiarito che la convenzione, pur essendo ancor oggi stipulata dal Governo a livello nazionale, si avvale dell'opera della Struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC), che è sostanzialmente l'organismo a ciò deputato. È, infatti, competenza delle Regioni occuparsi dell'impostazione generale. La trattativa, pur restando nazionale, è gestita dalle Regioni nel loro insieme tramite quest'organismo. A questa sorta di «zoccolo» comune, che vale per tutte le Regioni, si aggiunge una contrattazione regionale per quegli ambiti che ciascuna Regione desidera sviluppare, al di là di quanto oggi previsto nell'impianto generale. Complessivamente ciò che vale per una Regione vale anche per le altre, alcune però possono spingersi oltre e fare qualcosa di più. Questo chiarimento è importante per comprendere a fondo la questione.

Quanto alla disponibilità delle risorse necessarie a concludere l'accordo, faccio presente che la convenzione prevede il tasso d'inflazione programmato al quale si aggiunge il citato incremento dello 0,99 per cento nonché la possibilità di ridiscutere i margini, con riferimento ai famosi fattori di trascinamento. Questo è l'ambito di cui si discute e che tiene conto di un notevolissimo aumento della spesa pubblica al di là del quale non si può andare. La spesa pubblica è cresciuta molto di più della produzione industriale. Quest'aumento, superiore al 5 per cento, non è tollerabile perché rischia di far saltare il sistema. Una volta indicato lo scenario, è possibile immaginare varie sfumature rispetto alle quali una negoziazione è

certamente possibile. Mi riferisco alla possibilità di premiare i comportamenti virtuosi e di valorizzare specifici medici piuttosto che premiare tutti a pioggia, come un tempo accadeva.

I comportamenti virtuosi di maggior rilievo sono sostanzialmente due: la medicina di gruppo e la rete integrata di servizi. La medicina di gruppo non contrasta per nulla anzi prevede il premio per prestazioni aggiuntive. In effetti, la medicina di gruppo consente di offrire prestazioni, ivi incluse quelle dello specialista summaista, oggi impossibili. Il medico di medicina generale, che oggi lavora isolato e privo di realtà di contorno cui fare riferimento per formulare una diagnosi e prescrivere una terapia di livello più elevato dovrebbe disporre di adeguati strumenti. Se ne disponesse, in un contesto di medicina di gruppo, sarebbe retribuito anche per queste prestazioni aggiuntive. Un'impostazione del genere consentirebbe al medico, oggi costretto a indirizzare il paziente presso un ospedale per usufruire di certe prestazioni, di poterlo un domani curare direttamente sul posto. Oltre a maggiore soddisfazione ne deriverebbero anche maggiori compensi.

DANZI (*UDC*). La medicina di gruppo va certamente incentivata ma deve rappresentare un piccolo primo passo in vista di ulteriori incentivi successivi da orientare ai fini di un innalzamento del livello di qualità.

SIRCHIA, *ministro della salute*. In pratica, diciamo la stessa cosa.

MASCIONI (*DS-U*). Lei ritiene che entro l'anno si possa arrivare ad un rinnovo degli Accordi collettivi nazionali che sia soddisfacente anche per i medici?

SIRCHIA, *ministro della salute*. Adesso ci sono le premesse, prima no.

L'atto d'indirizzo non è rimasto nel cassetto per una dimenticanza, ma per una contestazione dovuta al fatto che si prevedeva solo l'inflazione programmata. L'aggiunta di quello che è stato definito un «*chip*» permette solo di sedersi al tavolo delle trattative, senza che ciò implichi il riuscire ad andare d'accordo. In ogni caso, ha inizio il dialogo che porta al rinnovo della Convenzione.

PRESIDENTE. Il ministro Sirchia lascia agli atti della Commissione copia dell'Atto di indirizzo per il rinnovo degli Accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti per il personale convenzionato con il Sistema sanitario nazionale; il testo è a disposizione di tutti i colleghi.

Ringrazio il ministro Sirchia e il sottosegretario Corsi per essere intervenuti ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 16,05.