Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 27

12ª COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE FERRUCCIO FAZIO IN MERITO AI RECENTI CASI DI TUBERCOLOSI E IN ORDINE AGLI EFFETTI SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DELLE MISURE CONTENUTE NELLE DIVERSE MANOVRE CORRETTIVE E DI STABILIZZAZIONE FINANZIARIA

285ª seduta: martedì 18 ottobre 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

CG 1298

TIPOGRAFIA DEL SENATO (108)

I N D I C E

Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio in merito ai recenti casi di tubercolosi e in ordine agli effetti sul Servizio sanitario nazionale delle misure contenute nelle diverse manovre correttive e di stabilizzazione finanziaria

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 15, 18
BAIO *(Per il Terzo Polo:ApI-FLI)* 10, 11
BASSOLI *(PD)* 15
CALABRÒ *(PdL)* 6
COSENTINO *(PD)* 12, 14
DE LILLO *(PdL)* 7, 9, 10
FAZIO, *ministro della salute* . . . . . 3, 6, 7 e *passim*
GUSTAVINO *(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI)* 10
MARINO Ignazio *(PD)* 7

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori..

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

Interviene, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, il ministro della salute Ferruccio Fazio.

I lavori hanno inizio alle ore 14,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio in merito ai recenti casi di tubercolosi e in ordine agli effetti sul Servizio sanitario nazionale delle misure contenute nelle diverse manovre correttive e di stabilizzazione finanziaria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, del ministro della salute Ferruccio Fazio in merito ai recenti casi di tubercolosi e in ordine agli effetti sul Servizio sanitario nazionale delle misure economiche contenute nelle diverse manovre correttive e di stabilizzazione finanziaria.

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 si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il seguito dei lavori.

Do quindi la parola al ministro Fazio.

FAZIO, *ministro della salute.* Signor Presidente, se lei è d'accordo preferirei svolgere un'esposizione abbastanza concisa per poi rispondere alle eventuali domande che i membri della Commissione intenderanno pormi, in considerazione del fatto che, trattandosi di materie abbastanza conosciute, probabilmente i senatori sono interessati soprattutto ad avere risposta a quesiti specifici.

La prima tematica concerne gli effetti sul Servizio sanitario nazionale delle misure contenute nelle diverse manovre correttive di stabilizzazione finanziaria.

Iniziamo descrivendo l'impatto sul Servizio sanitario nazionale delle norme di cui all'articolo 11 del decreto-legge n. 78 del 2010, destinato a dettare norme per il controllo della spesa sanitaria. Tale disposizione ha determinato, in termini di politica farmaceutica, lo spostamento di una quota della spesa farmaceutica da ospedaliera (600 milioni di euro in termini annui di risparmio per le Regioni) a territoriale (600 milioni di euro di maggiori costi) per i farmaci collocati nella fascia ospedaliera, ma somministrati ai pazienti a domicilio ovvero in regime ambulatoriale. Si è ridotta dunque la spesa farmaceutica ospedaliera per un importo di 600 mi-

lioni di euro e si è incrementata la spesa farmaceutica territoriale di 600 milioni di euro.

Tale eccedenza di spesa è recuperata dalle Regioni con: gli attuali meccanismi a carico delle aziende farmaceutiche *(pay-back)* e della filiera distributiva; la riduzione dei margini a carico della filiera della distribuzione del farmaco, che comporta un effetto di contenimento della spesa valutabile in circa 400 milioni di euro su base annua; l'individuazione da parte dell'AIFA delle soglie di appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci, che comporta un effetto potenziale di economia valutabile in non meno di 600 milioni di euro annui; l'individuazione da parte dell'AIFA, a decorrere dall'anno 2011, del prezzo di rimborso dei farmaci equivalenti sulla base di un monitoraggio dei prezzi attualmente praticati nei Paesi dell'Unione europea, misura che deve comportare un effetto di risparmio su base annua di circa 600 milioni di euro.

Vorrei ricordare che vi è stata un'evoluzione di questa norma; inizialmente, infatti, essa prevedeva gare brutali che avrebbero creato un rilevante problema competitivo a danno dei produttori europei e italiani e a favore di produttori cinesi o indiani, con garanzie migliori dal punto di vista della sicurezza. Ci rendiamo conto che si tratta di una norma sul costo e non sui volumi. Poiché è auspicabile che si lavori anche e principalmente sui volumi dal punto di vista dei farmaci generici, abbiamo attivato una serie di iniziative con i medici di medicina generale per garantire il percorso della prescrizione di tali farmaci.

Passiamo ora all'impatto sul Servizio sanitario nazionale dell'articolo 17 del decreto-legge n. 98 del 6 luglio 2011.

In via preliminare, si specifica che il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato è incrementato dello 0,5 per cento per il 2013 e dell'1,4 per cento per il 2014. Non esiste quindi un taglio in termini assoluti, bensì un ridotto aumento rispetto a quello previsto da tabelle, peraltro anche abbastanza vecchie, che valutavano gli aumenti a seconda del prodotto interno lordo che, come sapete, ha subito variazioni.

Il dispositivo prevede che con un'intesa Stato-Regioni, da stipulare entro il 30 aprile 2012, saranno indicate le modalità per distribuire il peso percentuale della manovra, qualunque siano le decisioni che emergeranno nell'intesa.

Vi è poi una norma di garanzia che prevede che, qualora l'intesa non venga siglata, si applicheranno i seguenti valori assoluti rispetto alle percentuali: beni e servizi, 750 milioni per il 2013 e 1.100 milioni per il 2014; politica farmaceutica, 1 miliardo per il 2013 e 1 miliardo per il 2014.

Lo strumento della manovra con riferimento alla politica farmaceutica è rappresentato dalla partecipazione delle aziende farmaceutiche allo sforamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera oppure, a seguito di accordi che possono essere raggiunti, da una redistribuzione tra spesa ospedaliera e spesa territoriale. In altre parole vogliamo rendere più virtuoso il discorso restrittivo dei farmaci innovativi. È noto che i farmaci

innovativi hanno avuto un grande sviluppo negli ultimi tempi ed è altrettanto noto che, proprio per la loro caratteristica di agire sui meccanismi molecolari delle malattie e non con una generale depressione del metabolismo, hanno una scarsa specificità, perché devono veder alterato quello specifico meccanismo molecolare in quello specifico paziente. Questa scarsa specificità, che è del 20-25 per cento, ha portato alcuni Paesi come l'Inghilterra ad eliminare dal prontuario e quindi dalla disponibilità del Servizio sanitario nazionale inglese l'erogazione di questi farmaci. Poiché vogliamo evitare questo, dobbiamo adottare una serie di meccanismi, quali quelli del *pay-back* o dei registri. In altri termini, vogliamo andare con le imprese in una direzione virtuosa per cui tutto questo viene razionalizzato. Naturalmente, occorrerà una trattativa con le imprese al riguardo.

Per i dispositivi medici la manovra prevista è pari a 750 milioni di euro per il 2014. Il concetto è stabilire per essi un tetto di spesa che – come sapete – non è mai esistito, mentre esiste per la farmaceutica. Da questo punto di vista, esiste, a mio avviso, un ampio spazio.

Si prevedono poi nuovi *ticket*, anche se non è detto che essi vi siano visto che, in base a quanto è stato detto, se vi sarà l'accordo Stato-Regione si potrà pensare ad altro. Ad ogni modo, i proventi dei nuovi *ticket* dovrebbero ammontare a 2.000 milioni di euro per il 2014.

Vi anticipo poi quale volontà del Ministero l'ipotesi, che non è contenuta nella manovra, di proporre alle Regioni di incamerare il *ticket* del Governo precedente – che, come ho già dichiarato, continuo a ritenere iniquo – rimasto privo di copertura nella manovra di agosto, arrivando ad un totale di quasi 3 miliardi di euro attraverso meccanismi di compartecipazione alla spesa per censo (quindi per classi differenziate), per quoziente familiare e per appropriatezza.

Si tratta soltanto di ipotesi, ma la volontà è introdurre il concetto per cui, invece di applicare un taglio lineare ai servizi pubblici per il cittadino, vi sia una logica in base alla quale attuare nei momenti di difficoltà la riduzione dell'erogazione di tali servizi. In tal senso avanzeremo alle Regioni una proposta della quale i tre cardini sono, come ho detto, le diverse classi di censo, la ridefinizione dell'esenzione tenendo conto del quoziente familiare e l'appropriatezza.

Infine, è prevista per il personale una manovra minima di 150 milioni di euro per il 2014, il cui strumento è rappresentato dalle misure riferite al blocco della concessione dell'indennità di vacanza contrattuale di cui all'articolo 16.

Naturalmente, tra le misure introdotte dall'articolo 17, anche se senza effetto finanziario per il Servizio sanitario nazionale, vi è la disposizione che prevede che per le Regioni sottoposte ai piani di rientro è consentita una limitata deroga al blocco del *turn over*, riferita al personale dirigente medico di struttura complessa. Questa previsione in realtà è stata superata da un emendamento presentato dal senatore Calabrò, che ringraziamo, approvato in Parlamento, che consente la deroga, previa approvazione del tavolo di monitoraggio. L'emendamento è stato presentato ...

CALABRÒ *(PdL)*. Alla manovra di agosto, già diventata legge.

FAZIO, *ministro della salute*. Esatto.

Vengo alla tubercolosi. Vi risparmio tutta la storia. Di fatto, ad un'infermiera che lavorava nel dipartimento di neonatologia del Gemelli è stata diagnosticata la tubercolosi. Contestualmente c'è stato un riscontro di tubercolosi in una bambina. Lo *staff* del Gemelli si è quindi riunito e ha fatto alcune considerazioni. Le indicazioni del Ministero, che abbiamo trasmesso con una serie di circolari, sono in linea con quelle dell'ECDC e dell'Organizzazione mondiale della sanità e prevedono che, in caso di tubercolosi, ci sia il controllo dei contatti, stretti, meno stretti e occasionali. Esse prevedono inoltre che, in caso di contatti stretti con neonati, venga fatta una terapia preventiva con isoniazide.

È noto dalla letteratura che il *test* alla tubercolina risulta negativo in bambini neonati, mentre altri *test* - come il QuantiFERON, utilizzato in questo caso – che vanno a studiare la reazione all'interferone gamma, possono essere positivi. Questo è quello che è avvenuto. Sono stati richiamati, allora, 1.700 bambini, 1.400-1.500 dei quali rintracciati. Di questi, circa 122 sono risultati positivi al *test* QuantiFERON. Tutti questi bambini sono risultati successivamente negativi al *test* alla tubercolina.

Il QuantiFERON è un *test* di cui si conosce la maggiore sensibilità, ma che per i bambini non ha dati concreti; inoltre, non c'è stato tempo di fare uno studio caso-controllo, che adesso invece stiamo impostando. Questa scelta però ha consentito di fare la profilassi a 122 bambini invece che a 1.500. Questo è stato l'obiettivo perché, anche se il *test* non è particolarmente dannoso, in particolare per i bambini, sappiamo che l'isoniazide può provocare danni epatici.

Abbiamo vissuto una situazione che, in un reparto di neonatologia, ha avuto solo tre precedenti nel mondo, in Giappone, in Canada e negli Stati Uniti. In Canada e in Giappone si è trattato di 3-4 casi, negli Stati Uniti di un centinaio di casi. Da noi i casi sono stati più di 1.000 e quindi si è verificata la situazione di maggiore rilievo al mondo. Vorrei inoltre ricordare che, negli Stati Uniti, di quei 100 casi hanno impiegato due anni per rintracciarne 80 e in pochissimi hanno fatto la profilassi.

Da noi è stato fatto un lavoro magnifico. Il Gemelli, a prescindere da potenziali errori di comunicazione, ha forse fatto l'errore di essere molto scrupoloso e di aver pensato alla salute dei bambini invece che a fare le cose *by the book*, seguire cioè le regole che prevedono solo la tubercolina, di trovare tutti negativi e di non procedere alla profilassi per alcuno dei bambini.

Concludo dicendo che nel 2008 a Roma ci sono stati più di 500 casi di tubercolosi. Roma è una delle zone italiane in cui c'è un'incidenza maggiore. A Roma e Milano siamo a circa 12 casi per 100.000 abitanti, contro la media italiana di 7, che è molto al di sotto del livello 10, che è considerato quello sotto al quale la presenza della tubercolosi è praticamente irrilevante.

Nel 2009 i casi sono stati 498. L'«epidemia» del Gemelli ha contato due casi. Ho parlato più volte, e lo confermo, di epidemia mediatica e, forse politica, e non certo di epidemia tubercolare. Sono certo che anche i NAS abbiano dato questa conferma. Non si è trattato di un'epidemia tubercolare.

In Italia si contano 4.200 casi di tubercolosi, di cui 550 a Roma, che – come dicevo – corrispondono alla media di 7 casi per 100.000 abitanti; abbiamo però il 12 per cento di italiani positivi alla tubercolina. Positività alla tubercolina significa avere contratto il complesso primario – molti degli onorevoli senatori sono medici e conoscono la materia –, quindi aver avuto un'infezione che resta latente, con qualche germe all'interno di macrofagi, che, nel corso della vita, possono causare nuovamente l'infezione. Questo avviene solo nel 10 per cento delle persone positive, nel 50 per cento dei casi di questo 10 per cento entro i primi 2-3 anni dal momento dell'infezione e poi va progressivamente discendendo. Quindi una persona, come me, positiva al test, se fa una vita sana, ammesso che ci siano batteri vivi e che la positività al *test* (cosa che non è ancora completamente dimostrata) sia una risposta immunitaria di qualche genere, ha scarsissime possibilità di avere una nuova infezione.

In Italia i positivi a questo *test* sono 7 milioni.

DE LILLO *(PdL)*. Più i vaccinati.

FAZIO, *ministro della salute*. Più i vaccinati. E parliamo della tubercolina, che era negativa in tutti questi bambini. Ma i bambini si sa, in questa fase hanno la tubercolina negativa, mentre possono essere positivi all'interferone.

Da un punto di vista clinico-sanitario il Gemelli ha fatto forse più di quanto avrebbe dovuto fare e ha garantito il minor danno possibile in una situazione che comunque – come abbiamo visto – si può verificare in tutti i Paesi. Si è verificata in Italia ed è stata prontamente controbattuta con una terapia, pur potenzialmente dagli effetti collaterali, solo su un decimo dei bambini cui sarebbe stata fatta, se si fossero seguiti i criteri *standard* e si fosse andati avanti a testa bassa.

Il problema della tubercolosi non si risolve con *test* a tappeto, ma identificando i casi e facendo i controlli sui relativi contatti. Questo non lo diciamo noi ma l'Organizzazione mondiale dalla sanità e l'ECDC. Esistono regole molto precise. Sono lietissimo che i NAS, nella loro relazione, abbiano confermato tutto questo. Vorrei però aggiungere che questo in questo periodo è stato detto da fiori di scienziati e, ciò nonostante, c'è stato questo fenomeno. Credo che questo sia stato un caso di buona sanità. Non vedo come le cose avrebbero potuto essere gestite meglio.

MARINO Ignazio *(PD)*. Signor Presidente, desidero intervenire in particolare su due punti affrontati dal ministro Fazio.

Innanzi tutto, il Ministro della salute non ha fornito alcuna spiegazione in ordine alla recente decisione di non investire le risorse, pari ad

un milione di euro, per l'ammodernamento delle strutture del Servizio sanitario nazionale, secondo quanto previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Credo non vi sia alcun bisogno di ricordare al ministro Fazio – che probabilmente conosce i dati meglio di chiunque altro – che il nostro patrimonio ospedaliero è costituito da ospedali che per il 60 per cento sono stati inaugurati prima della Seconda Guerra mondiale; si tratta, dunque, di strutture che hanno bisogno di ricevere quotidianamente attenzione dal punto di vista strutturale e tecnologico.

A mio avviso, è molto grave che nella presente legislatura non siano stati destinati finanziamenti a questo scopo perché si sta impoverendo un patrimonio importantissimo dal quale dipende la salute dei cittadini nel nostro Paese. La situazione è ancora più grave nelle strutture delle Regioni meridionali che spesso, dal punto di vista tecnologico, sono in condizioni peggiori di quelle del Nord.

A mio avviso, qualunque Governo dovrebbe inserire tra le grandi opere anche quella dell'ammodernamento delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Dunque, abbiamo necessità di capire cosa pensa il ministro Fazio al riguardo e quali azioni saranno intraprese dal Governo.

Ho appreso – almeno da quanto riportato dai giornali – che, di fronte alla riduzione di un milione di euro del bilancio immaginato per finanziare le disposizioni previste dal citato articolo 20, il Ministro della salute ha espresso un voto favorevole in Consiglio dei ministri. Si tratta di un fatto quanto meno sorprendente, dal momento che il compito del ministro Fazio – come egli sa bene – è difendere l'area strategica della salute nel nostro Paese.

La seconda domanda riguarda la vicenda della tubercolosi. Credo di conoscere abbastanza bene i temi illustrati dal ministro Fazio. Egli ha certamente ragione sugli aspetti scientifici che ha citato. Vorrei tuttavia sapere quali sono i protocolli attualmente utilizzati negli ospedali italiani, in particolare in quelli del Lazio, per lo *screening* del personale sanitario a contatto con i pazienti.

Conosco personalmente abbastanza bene tale argomento. Come penso tutte le persone presenti in quest'Aula (lo deduco dall'età anagrafica), ho ricevuto la vaccinazione quando ero piccolo. Ho lavorato in tanti ospedali all'estero dove di norma ogni anno si effettuano specifici *test* cutanei. Chi ha ricevuto la vaccinazione, nella maggior parte dei casi risulta positivo e quindi deve effettuare altri *test*. Anch'io sono stato sottoposto a questi *test* nelle strutture ospedaliere dei Paesi in cui ho lavorato. Ad un certo punto, però, poiché mi ero stancato di effettuare la radiografia al torace e gli altri *test* ogni 365 giorni, ho provato a protestare. Ebbene, la direzione di quell'ospedale a cui mi sono rivolto mi ha risposto che, se non avessi effettuato i *test*, non sarei più potuto andare in sala operatoria: era necessario verificare se rappresentavo un rischio e, ovviamente, ho fatto i *test*.

Vorrei sapere, dunque, quale protocollo viene utilizzato. A tale domanda, però, non è stata data ancora risposta. Probabilmente ogni ospedale adotta un protocollo diverso. Sappiamo che alcuni ospedali sottopon-

gono a *screening* tutto il personale che lavora all'interno della struttura; altri sottopongono a *screening* solo il personale che lavora in alcuni reparti ritenuti ad alto rischio (come, ad esempio, neonatologia, malattie infettive, terapia intensiva e rianimazione, pneumologia); altri ancora non sottopongono a *screening* nessuno. A mio parere, nel nostro Paese, e in particolare nella Regione Lazio, dovrebbe esistere una norma in tal senso. Ripeto, però, che non abbiamo ancora avuto alcuna risposta sul tipo di protocollo adottato e sui provvedimenti che verranno assunti.

DE LILLO *(PdL)*. Signor Presidente, vorrei porre alcune domande e, nel contempo, svolgere qualche riflessione.

Innanzi tutto, per quanto riguarda i dati finanziari, ho saputo dagli organi di stampa (vorrei sapere se la notizia corrisponde a verità) che quest'anno, grazie alle manovre finanziarie, la spesa farmaceutica globale è diminuita del 6,5 per cento. Mi sembra un dato molto importante che andrebbe diffuso. Pertanto, le nostre future iniziative di carattere normativo dovrebbero essere indirizzate, non tanto al settore dei farmaci (la cui spesa mi sembra sotto controllo o, addirittura, in forte diminuzione), ma ad altri contesti, come ad esempio ai *device*, ai dispositivi medici. Al riguardo ritengo sia stato giusto stabilire un tetto e spero si arrivi ad istituire una forma di *authority*, tipo l'AIFA per i farmaci, anche per il settore dei dispositivi.

È stato affrontato anche il tema dei *ticket* sanitari. Spero che in questa Commissione si esamini l'argomento in modo sereno e senza demagogia. A mio avviso, in un sistema sanitario come quello italiano, con le difficoltà che sta vivendo il nostro Paese, con una spesa del fondo sanitario così ampia (e, peraltro, con le difficoltà manifestate anche dal presidente Obama a portare a termine negli Stati Uniti la sua manovra in tema di universalità del sistema sanitario), è immorale non prevedere il pagamento dei *ticket* per le persone ricche e sane che intendano effettuare esami eccezionali. Allo stesso modo, considero immorale non far pagare i *ticket* del Pronto soccorso a persone ricche e sane con «codice bianco», che quindi non dovrebbero recarsi in ospedale. Le risorse ricavate dai *ticket* pagati da queste persone dovrebbero essere indirizzate a chi ha bisogno.

Dunque, il tema dei *ticket* sanitari va affrontato da tutti e senza demagogia, predisponendo un documento comune volto a stabilire che le risorse vengano utilizzate per chi ha bisogno e non per chi è sano e non ha problemi economici.

Allo stesso modo, va affrontata senza demagogia anche la questione del mancato finanziamento degli investimenti destinati alla ristrutturazione degli ospedali. Al riguardo non condivido i rilievi critici mossi dal senatore Marino perché – a mio avviso – si tratta piuttosto di un grande «buco nero» a cui il ministro Fazio ha giustamente posto un freno. Negli Stati e nelle Regioni in cui la sanità funziona, per ristrutturare e costruire gli ospedali si utilizza infatti la finanza di progetto. Nel Lazio, che pure ha un *deficit* straordinario, si è pensato di costruire l'ospedale dei Castelli

sottraendo 120 milioni di euro alla sanità dei poveri e non, come si fa a Bergamo e al Niguarda, utilizzando la finanza di progetto.

BAIO *(Per il Terzo Polo:ApI-FLI)*. Non citi il Niguarda!

DE LILLO *(PdL)*. Va bene, cito altri ospedali e poi ci documenteremo.

Comunque, intendevo sottolineare che per ristrutturare i vecchi ospedali del Sud potrebbe essere utilizzata la finanza di progetto, come avviene nei Paesi moderni, e non con lo «Stato Pantalone» come accade solo in Italia. Le risorse potrebbero essere utilizzate, non per acquistare mattoni, ma per comprare medicine.

Quindi, ritengo che il ministro Fazio abbia agito bene limitando quel «pozzo nero» rappresentato dalla ristrutturazione degli ospedali.

Come ultimo argomento cito il caso della tubercolosi per ricordare al collega Marino che, essendo stati sia io che lui e l'infermiera del Policlinico Gemelli vaccinati per la tubercolosi in quel Policlinico, dovremmo sapere come viene seguito da quest'ospedale di eccellenza italiano un protocollo *standard*, che vale anche con criteri di clinica. È assurdo, infatti, ripetere una radiografia ogni anno ad un soggetto sano: va utilizzata la vaccinazione (che l'infermiera, Marino e De Lillo fecero al Policlinico Gemelli), va ripetuto il *tine test* che risulta positivo nei vaccinati (come nel caso dell'infermiera, di Marino e di De Lillo) e successivamente va seguita la clinica.

L'infermiera in questione è una persona che, fortunatamente per lei e sfortunatamente per il caso clinico, è stata sempre bene, paucisintomatica, ha avuto solo tre giorni di malattia e, come spesso accade in medicina, si è verificato l'episodio. Solo chi non è medico non comprende che, purtroppo, in medicina può accadere che una persona vaccinata, positiva al *tine test* e priva di segni clinici al controllo, successivamente risulti portatrice di una patologia.

Da questo episodio, però, è stata fatta scaturire l'ennesima vicenda che ha terrorizzato gli utenti, che hanno avuto paura di ricoverarsi al Policlinico Gemelli. Alcuni addirittura mi hanno contattato per sapere se dovevano sottoporsi a un controllo, pur avendo avuto dei figli in quel periodo ma neppure al Policlinico Gemelli. Penso sia stato gravissimo paragonare – come è stato fatto – il Policlinico Gemelli a un ospedale dell'Africa e rappresentare la sanità d'eccellenza italiana in questo modo. In realtà, si è trattato di un episodio riconducibile, per chi é medico, a una normalità clinica, così come ha ben fatto il Ministro.

Penso che il protocollo del Policlinico Gemelli sia stato più che corretto.

GUSTAVINO *(UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI)*. Signor Presidente, mi soffermerò su un solo passaggio della relazione del signor Ministro. Mi pare evidente che, da qualche tempo a questa parte, la spesa farmaceutica sia monitorata e monitorabile; forse è uno dei comparti sui

quali vi è maggiore attenzione proprio perché si riescono a ottenere risultati.

Lei, signor Ministro, ha fatto riferimento a iniziative con i medici di medicina generale per quanto riguarda la possibilità di aumentare la quota parte di prescrizione di medicinali generici. Ritengo questo punto estremamente qualificante perché consentirebbe un'opportuna strategia per spostare eventualmente qualche risorsa sui farmaci innovativi, affinché possano essere effettivamente utilizzati.

Poiché ritengo che lo snodo fondamentale dei medici di medicina generale sia il tema sul quale dovremmo confrontarci con grande attenzione per consentire a questo sistema sanitario ottimo di non vivere soltanto di rendita, sarei curioso di conoscere quali iniziative vi proponete in tal senso.

Per quanto riguarda invece i recenti casi di tubercolosi, sarebbe utile che il Ministro chiarisse se il sistema sanitario è in grado di reagire prontamente quando vi sono accadimenti così complicati e difficili. Poiché, secondo me, in questo caso lo ha fatto, andrebbe ribadito con forza che il sistema è capace di farlo. La mia vuole essere una nota positiva. Tutto il resto appartiene probabilmente a molte cose che si possono dire, ma – ripeto – questa è una nota positiva «senza se e senza ma», come si suol dire oggi.

BAIO *(Per il Terzo Polo:ApI-FLI).* Signor Presidente, ringrazio il ministro Fazio, anche perché, se non vi fosse stato un fatto indipendente dalla sua volontà, avrebbe risposto prima sugli argomenti oggetto dell'audizione odierna.

Parto dalla seconda risposta del Ministro concernente i recenti casi di tubercolosi al Policlinico Gemelli di Roma, una delle strutture di eccellenza del nostro Sistema sanitario nazionale. Sulla vicenda ho presentato un atto di sindacato ispettivo, insieme ad alcuni colleghi, con la sola finalità di acquisire i necessari elementi informativi, che oggi il Ministro ci ha reso. Credo che le sue parole siano rassicuranti, non solo per questo caso, ma per l'intero sistema ospedaliero italiano, visto che si sta parlando di spedalità e non di medicina in genere.

Raffrontando poi quanto letto sui giornali nei giorni dell'accaduto con quello che lei ha oggi qui riferito pubblicamente in qualità di Ministro, ritengo che questa bruttissima esperienza debba indurci a riflettere molto sul quarto potere, sul potere dell'informazione. Sono convinta che da questa audizione debba uscire un messaggio molto chiaro, anche se sono sicura che esso non avrà la stessa risonanza che ha avuto la notizia di cronaca riportata in quei giorni dai quotidiani. Posso dirlo perché conosco bene la tecnica giornalistica, avendo lavorato in uno dei maggiori quotidiani nazionali. Dobbiamo riflettere molto, però, anche sull'informazione ufficiale, non solo quella data dal Ministro, che rappresenta la parte politica, ma anche quella proveniente dal Ministero. Affermo ciò, signor Ministro, perché credo che questo evento debba richiamarci a un senso di responsabilità verso i nostri cittadini.

Condividendo le osservazioni del senatore Gustavino, uscendo dal fatto di cronaca ed entrando in un discorso più generale, vorrei sapere se lei, in qualità di Ministro, si sente di sostenere che il nostro sistema è realmente in grado di garantire sicurezza ai cittadini. I fatti occorsi in precedenza hanno dimostrato alcune volte di non esserlo, senza con questo negare le condizioni di eccellenza che esistono in altre strutture ospedaliere.

Mi permetto di chiederle infine una precisazione sulla manovra prevista per i dispositivi medici, che lei ci ha illustrato. Vorrei capire per quale motivo ha fatto riferimento soltanto all'anno 2014 e non anche al 2013, come ha invece fatto per i beni e i servizi e per la politica farmaceutica. Si tratta forse di un valore unico?

FAZIO*, ministro della salute.* No, sono 750 milioni di euro per entrambi gli anni, 2013 e 2014. La ringrazio, senatrice Baio, della domanda che mi ha consentito questa precisazione che mi era sfuggita.

COSENTINO *(PD).* Signor Presidente, sulla questione della riduzione delle risorse per il sistema sanitario è necessaria una riflessione, anche se forse non è questa l'occasione, visto che siamo in un quadro di finanza pubblica ancora in movimento, che non sappiamo cosa succederà nelle prossime settimane e che siamo in attesa di un decreto sviluppo. Mi auguro comunque che sia possibile farla; magari potrà essere lo stesso Ministro, in prospettiva, anche non immediatamente, a proporla, perché certamente avremo un problema. Il quadro di risorse disponibili, infatti, è sempre inferiore. Bisogna capire se, a fronte di minori risorse, il sistema sanitario saprà reagire o se invece vi saranno forme striscianti di privatizzazione. Penso, ad esempio, all'attività diagnostica e specialistica che per il ceto medio non passa più, in larga misura, attraverso le liste di attesa del sistema sanitario pubblico, o a quant'altro può avvenire, soprattutto nelle Regioni sottoposte a piani di rientro. Non intervengo su questo, ma credo che nelle prossime settimane, quando il Governo potrà, una riflessione della Commissione su questi temi sarà certamente utile.

Mi limito intanto ad alcune considerazioni su un punto che è stato oggetto della discussione, vale a dire le partite di investimento. Non ho nulla in contrario al fatto che sia possibile sperimentare, e vadano sperimentati, meccanismi di finanziamento come quelli suggeriti dal collega De Lillo. Vorrei tuttavia ricordare che in questo caso non si tratta di benefattori, ma di finanziamenti che devono essere remunerati. Nel sistema sanitario pubblico universalistico questi finanziamenti vengono remunerati dagli stessi ospedali. Abbiamo già un'esperienza – sulla quale forse un giorno si potrà discutere – di strutture nelle quali il progetto iniziato si è poi fermato. Pensate al Veneto o all'Emilia-Romagna, dove progetti di finanziamento privati sono poi stati rimessi in discussione, perché gli oneri successivi si sono rivelati più grandi dei vantaggi accumulati. Spesso, infatti, le previsioni di entrata per DRG vengono sovrastimate ri-

spetto alla realtà. È un tema su cui occorre avere un atteggiamento laico di riflessione per verificare quali siano le convenienze per il sistema.

Un punto però è certo. Da molti anni, dal fatidico 1988, quando fu approvato l'articolo 20 delle legge n. 67, con le procedure di investimento per la sanità, mentre si è accentuata la possibilità di investimento, o per nuove strutture o per interventi di grossa mole, in realtà è rimasto sempre più sottofinanziato quel normale investimento di manutenzione delle strutture ospedaliere. Parlo della possibilità per una direzione ospedaliera di ripulire una struttura, aggiustare i vetri rotti e far funzionare l'impianto di aria condizionata, parlo cioè dell'ordinaria manutenzione che non rientra nei finanziamenti previsti da quell'articolo 20 ma non è neanche nei fondi di spesa corrente. Questo è il vero punto di sofferenza, insieme a un serio piano di investimenti nei sistemi informatici di tecnologia, mirato però ai risultati. Anche se in questo campo non si sono spesi pochi soldi, giudico i risultati raggiunti inferiori ai soldi spesi. Da questo punto di vista, un monitoraggio della qualità della spesa sarebbe utile.

Vengo ora alla vicenda della tubercolosi, dicendo subito, Ministro, che conosco molto bene la struttura del Gemelli e do un giudizio molto positivo della qualità del lavoro professionale e dell'organizzazione interna alla stessa. So benissimo che si tratta di un ospedale di eccellenza, di un policlinico universitario. Peraltro, è aperta un'indagine penale da parte della procura della Repubblica. Aspetteremo, mettendoci dalla parte di operatori in gamba e, allo stesso modo, dalla parte di tante madri che in questi mesi a Roma hanno sofferto e vissuto l'incertezza di quel che può essere accaduto o meno.

Hanno funzionato i segnali di allarme? La denuncia dei casi è stata rapida e coerente, come avrebbe dovuto essere? È vero o non è vero che il primo caso segnalato rispetto a quello dell'infermiera è stato quello di una neonata? È stata fatta una verifica in proposito? Rispondere a domande di questo genere è utile non tanto per il Gemelli, quanto per definire regole che consentano di avere registri e capacità di affrontare la situazione in tempo reale, con la prontezza necessaria.

Dico questo perché – come ricordava giustamente il Ministro – la tubercolosi a Roma sta tornando e il motivo non è difficile da capire. Qualcuno di voi ricorderà i film neorealistici sulle borgate romane (proprio in questi giorni ricorre il trentennale della scomparsa del sindaco Petroselli), la Roma di «Accattone», i film di Pasolini, quelle periferie dove la tubercolosi c'era perché era la malattia della povertà, delle condizioni di disagio più estremo. Oggi a Roma ci sono accampamenti e tendopoli sotto i ponti o in mezzo a giardini pubblici in cui si vive in condizioni disperate. Ebbene, in un periodo di grande crisi sociale ed economica e di fenomeni importanti di immigrazione, sarebbe importante prestare attenzione al tema della malattia e alla pericolosità della mancata cura o di una cura interrotta, che rende più resistenti i ceppi agli antibiotici, al fine di attuare una politica di sanità pubblica mirata a fronteggiare questi fenomeni. Mi domando se questo sia nella consapevolezza delle autorità sanitarie di questa città.

Mi domando altresì se non valga la pena – anche cogliendo questo episodio preoccupante ma comunque limitato del Policlinico Gemelli – di varare delle politiche attive contro la tubercolosi nei settori che più hanno resistenza all'accesso alle cure mediche, perché quando si vive in condizioni di particolare disagio viene meno l'accesso al medico di famiglia, ai farmaci, ai *ticket*.

Un'ultima considerazione sulla questione principale, vale a dire come fronteggiare una diffusione crescente della malattia nei ceti più poveri della nostra città. Mi piacerebbe capire se possiamo trarre da questo episodio uno stimolo a guardare i problemi della sanità dal punto di vista non solo del rapporto costi/ricavi – quindi della riuscita di un piano di rientro, necessario o meno e di cui si sia discusso o meno –, ma anche dell'accesso alle cure.

Non vorrei che , a causa delle condizioni di crisi economica generale e della restrizione di risorse per il sistema sanitario, vi sia un primo segnale di diminuito accesso alle prestazioni, non tanto di medicina generale, quanto specialistiche. Peraltro, la Federazione medici di medicina generale qualche mese fa denunciava proprio un dato di questo genere.

Vorrei accendere i riflettori. Vorrei capire se non sia possibile trovare delle contromisure che consentano di difendere il principio di un sistema sanitario che ottimizzi l'utilizzo delle risorse date e si ponga un problema di priorità sulle modalità di investimento delle stesse. Ritornano malattie che non c'erano più, emergono condizioni di povertà sulle quali bisognerebbe intervenire, vi sono questioni di riorganizzazione della rete e dei servizi.

Chiedo scusa se mi sono allargato rispetto al tema, ma la vera questione che la vicenda della tubercolosi pone è quella dell'accesso alle cure per i cittadini più poveri.

Infine, chiedo al Ministro se, come Commissione, è possibile avere cognizione della relazione dei NAS.

FAZIO, *ministro della salute*. Non è in mio possesso, ne ho avuto notizia dai giornali.

COSENTINO *(PD)*. Modifico allora il quesito con una riflessione che rivolgo amichevolmente ai colleghi, alcuni dei quali sono stati come me assessori nei lontani anni in cui vi fu la vicenda Di Bella. In questi casi, è bene che a dare le rassicurazioni necessarie alle mamme impaurite dalle notizie che leggono sui giornali siano non tanto – senza alcuna polemica – le autorità politiche, quale ad esempio il presidente della Regione, quanto un'autorità tecnica competente, come ad esempio una commissione d'inchiesta o medici sperimentati in questo campo in grado di dire con chiarezza come stanno le cose. Secondo me – e non lo dico per piaggeria – il Ministro sarebbe più autorevole non tanto perché ministro, quanto perché personalità tecnica che, come tale, viene riconosciuta competente sul piano professionale.

Non è la politica che deve dire se la malattia sia pericolosa o meno. Come avviene negli altri Paesi europei e, credo, anche negli Stati Uniti, quando si verifica un episodio di questo genere una qualificata e ristretta commissione fa un rapido esame dell'accaduto e relaziona alle istituzioni, ai consigli regionali e, quindi, all'opinione pubblica. Su quel piano è possibile uno scambio di opinioni, senza strumentalizzazioni politiche.

Perché tutto questo non è avvenuto? Perché ancora oggi non avviene? Perché in questa audizione la Commissione del Senato ancora non ha una relazione di epidemiologi e di medici che, esaminate le vicende, indichino esattamente quello che è successo? Deve forse essere la magistratura a sostituirsi ai tecnici? A mio parere, si tratta di due funzioni diverse che bisognerebbe tenere distinte. Da questo punto di vista, mi collego – come giustamente ha suggerito il senatore Saccomanno – alle considerazioni precedenti svolte dal senatore Marino per affermare che dobbiamo stabilire delle regole. Questa deve essere l'occasione per stimolare un atto di indirizzo da parte del Governo, un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. Vorrei sapere quali sono le regole in casi come questi? Chi relaziona? Quali procedure vengono seguite? In fondo, il nostro sistema sanitario ha qualità più grandi di quelle che emergono, ma forse questa è l'occasione per affrontare la questione.

BASSOLI *(PD)*. Signor Presidente, nel condividere quanto da ultimo rilevato dal senatore Cosentino, richiamo l'attenzione anche sul quadro di investimenti da dedicare all'ammodernamento delle strutture sanitarie ed alla fattibilità della cosiddetta finanza di progetto.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, mi riservo di discutere nella prossima riunione dell'Ufficio di Presidenza integrato le modalità per svolgere un approfondimento sulla politica della spesa sanitaria, anche coinvolgendo il Ministro della salute (che al riguardo ha già annunciato la sua disponibilità).

FAZIO, *ministro della salute*. Signor Presidente, sottolineo innanzi tutto che all'interno del Consiglio dei ministri ho combattuto una battaglia, che poi non ho vinto. Non sono contrario all'erogazione delle risorse da destinare all'ammodernamento dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988; anzi, come ben sa il senatore Marino, sono favorevole, ma ritengo che si dovrebbero introdurre meccanismi di garanzia ancora più cogenti di quelli attualmente esistenti. Sottolineo che la responsabilità ricade sulle Regioni, ma esiste anche un apposito nucleo di valutazione istituito presso il Ministero della salute. Pertanto, le iniziative vengono filtrate ed esaminate con grande attenzione. In generale, viene approvato l'articolo 20, ma tutti i meccanismi attuativi sono a carico delle Regioni. Per tale motivo, non sono previsti meccanismi sanzionatori che, a mio avviso, dovrebbero invece essere utilmente introdotti per dare maggiori garanzie.

È particolarmente interessante la discussione sul *project financing*. Anch'io ritengo che il meccanismo della finanza di progetto sia molto utile anche se penso che, così come attualmente configurato, rappresenti un problema più che un'opportunità per il Servizio sanitario nazionale. Dobbiamo, però, convincerci reciprocamente del fatto che si tratta di uno strumento reale e non politico.

Do per scontato che tutti, in quest'Aula, sappiano che il Governo, rappresentato in questo momento dalla mia persona, crede fortemente alla *governance* pubblica del sistema sanitario. Se non venisse dato per scontato, cadrebbe tutto il castello. Vi confesso che stiamo elaborando un meccanismo di riforma del *project financing* per renderlo un rischio di impresa molto più di quanto non sia oggi; attualmente, infatti, non è un reale rischio di impresa. Al riguardo è ben accetto qualsiasi suggerimento, ma penso che un *project financing* che costituisca un reale rischio di impresa possa diventare una grande opportunità. Dunque, concordo pienamente con il senatore De Lillo, che ha evidenziato una questione che in questo periodo sta emergendo con forza.

Per quanto riguarda i protocolli di sicurezza sul personale sanitario a rischio, sottolineo che fino ad oggi era escluso chi opera presso i reparti di neonatologia: questa decisione non è stata assunta da noi, ma dell'European centre of disease prevention and control (ECDC). Di fatti, l'infermiera del Policlinico Gemelli non era inclusa nei protocolli, ma era comunque sottoposta a controlli.

Sul personale sanitario che rientra nei protocolli vengono effettuati controlli molto stringenti sia mediante *test* di laboratorio sia in relazione alla sintomatologia; si effettuano, inoltre, le vaccinazioni.

In ogni caso, stiamo elaborando un nuovo documento per la valutazione del rischio, anche alla luce dei recenti avvenimenti e quindi con specifico riguardo a chi opera nei reparti di neonatologia.

Il senatore Cosentino è una delle persone che ammiro di più in questa Commissione perché ha assunto posizioni molto importanti; egli, però, non è un medico (ciò ovviamente non è un difetto) e, quindi, non sa che la tubercolosi è una malattia molto insidiosa, i cui sintomi sono poco chiari. Tutti i medici sanno che è facile sbagliarsi per la tubercolosi. Questa malattia provoca addirittura una «febbre etica», cioè una febbricola a 37 gradi che nessuno sa riconoscere. È molto facile, dunque, non diagnosticare la tubercolosi, come viene riportato sui libri di testo. Credo, dunque, che il problema sia stato proprio questo.

Naturalmente la magistratura sta indagando sulla donna e sui controlli cui è stata sottoposta; in seguito, quindi, potranno essere riscontrate altre situazioni (non parlo dell'ospedale che rappresenta un altro settore). In ogni caso, bisogna tenere conto del fatto che la tubercolosi è una malattia insidiosa. Ricordo che la tubercolosi e la sifilide venivano chiamate le «scimmie delle malattie» nel periodo tra le due guerre: sono malattie di difficile diagnosi, soprattutto in un periodo come quello attuale. Peraltro, non è vero che l'incidenza della malattia sta aumentando perché gli ultimi

dati dell'Organizzazione mondiale della sanità evidenziano che è nuovamente in riduzione.

Il senatore Gustavino ha sottolineato la questione delle spese monitorate, di cui lo ringrazio. Inoltre, sulle iniziative dei medici di medicina generale stiamo lavorando: anche tale argomento potrebbe essere oggetto di discussione in questa sede. Al riguardo sono state già inviate alcune circolari, ma forse si dovrebbe fare di più. Vogliamo sicuramente lavorare in questa direzione.

La senatrice Baio ha parlato giustamente del «quarto potere». A mio avviso, tutti noi – Ministero, Regioni, policlinici – dobbiamo preoccuparci di fornire una corretta informazione. Forse nel caso del Policlinico Gemelli non vi è stata un'eccezionale comunicazione. Il settore della comunicazione è forse proprio quello che eventualmente potrebbe essere migliorato. Comunque, ringrazio la senatrice Baio per aver sollevato un tema così importante, sul quale credo dobbiamo lavorare.

Ricordo che la responsabilità non ricade sul Dicastero della salute, ma sulle Regioni. Infatti, il Ministero ha fornito le informazioni richieste sulla base dei suoi compiti, perché – cosa che spero sia chiaro a tutti – siamo molto attenti a non impingere nei compiti regionali per evitare che si sollevino suscettibilità; credo che la stessa cosa valga anche per altri enti locali, come i Comuni, che qualche volta si occupano di questioni che non competono loro.

Ritengo (per quanto possa valere il mio pensiero) che il nostro sistema sanitario sia in grado di garantire sicurezza al cittadino. A mio avviso, non solo abbiamo una buona sanità, ma abbiamo anche una sanità molto garantista, che tutto sommato funziona bene. Racconto un episodio banale: oggi è venuto a trovarmi il nuovo ambasciatore britannico per presentare le credenziali e abbiamo parlato per un'ora di tantissime questioni (anche perché io ho lavorato a lungo in Inghilterra). Egli mi ha detto che in Gran Bretagna si parla di sanità molto più di quanto si faccia in Italia. Ho pensato di «incrociare le dita» perché evidentemente la situazione è positiva in questo periodo. Ricordo che, quando vi è stata due anni fa l'influenza H1N1, ne abbiamo parlato anche in questa sede. Devo dire che anche in quel caso ci è andata bene perché abbiamo fatto meno vaccini di tutti. Ciononostante, i problemi vi sono stati. È giusto quindi parlare di sanità. In ogni caso, credo che, oggi come oggi, il sistema sia in grado di garantire la sicurezza al cittadino.

Non percepisco, senatore Cosentino, un diminuito accesso alle prestazioni. Sicuramente deve essere nostra cura garantire l'accesso alle cure a tutti e ai cittadini poveri. In tal senso, immagino lei abbia apprezzato l'accenno che ho fatto al quoziente familiare, alla ridefinizione del concetto di esenzione e quindi all'individuazione di categorie. Sono profondamente convinto che si tratti di un intervento non differibile; ci stiamo, infatti, muovendo in questa direzione.

Sappiamo che esiste ancora molta inappropriatezza nell'erogazione delle prescrizioni. È vero che – come il senatore Marino non ha detto oggi ma come dice in tante altre occasioni – per la sanità spendiamo

meno di tanti altri Stati e siamo sotto la media OCSE (anche se i dati si possono leggere e stiracchiare in diversi modi), è altrettanto vero però che siamo nella situazione in cui siamo e, dopo la grave manovra di luglio, non abbiamo avuto tagli alla sanità, e mi auguro che non ne avremo in futuro.

Il mancato finanziamento dell'articolo 20 è un mancato finanziamento e non un taglio delle risorse destinate agli investimenti per l'edilizia sanitaria. Al riguardo ricordo che nel disegno di legge di stabilità sono stati stanziati 400 milioni di euro per il trasporto pubblico locale. Le Regioni però si devono mettere d'accordo perché non possono chiedere soldi per il trasporto pubblico locale e poi sostenere che l'articolo 20 non è stato rifinanziato. Come responsabile delle politiche sanitarie mi auguro che tale articolo venga rifinanziato e lotterò per questo; vorrei però lottare anche per introdurre meccanismi di *project financing* che diano luogo a un reale rischio di impresa e non alle problematiche sollevate dal senatore Cosentino e da altri, che sono sicuramente giuste.

Sui casi di tubercolosi ho già risposto. I segnali di allarme ci sono stati. Come ho detto, è una malattia veramente insidiosa. Una precisazione. Quando il senatore Marino, quale presidente della Commissione di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, chiede ai NAS di indagare, questi non riferiscono a me ma a lui. Analogamente, i NAS, quando lavorano su *input* non del Ministro vigilante ma della magistratura, riferiscono a quest'ultima. Pertanto, ho appreso quello che ho appreso dagli organi di stampa.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Fazio e i senatori intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 15,45.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 2,00