



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 11

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLA PATOLOGIA DIABETICA
IN RAPPORTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED
ALLE CONNESSIONI CON LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI**

356^a seduta: giovedì 2 agosto 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione del ministro della salute Renato Balduzzi**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 12
BAIO (<i>Per il Terzo Polo:ApI-FLI</i>)	7
* BALDUZZI, ministro della salute	3, 10, 12
BASSOLI (<i>PD</i>)	9
BOSONE (<i>PD</i>)	8
DE LILLO (<i>PdL</i>)	9, 12
GRAMAZIO (<i>PdL</i>)	10
GRANAIOLO (<i>PD</i>)	10

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 (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; 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, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.*

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il ministro della salute Balduzzi.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del ministro della salute Renato Balduzzi

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio sanitario nazionale ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili, sospesa il 17 luglio scorso.

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 prosieguo dei lavori.

È oggi prevista l'audizione del ministro della salute, Balduzzi, che ringrazio per la sua presenza, al quale cedo subito la parola.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Signor Presidente, non vi nascondo un certo imbarazzo per il fatto d'essere stato invitato in 12^a Commissione per partecipare ad una audizione relativa ad un tema sul quale, in veste di Ministro *pro tempore*, non credo di poter dire nulla di nuovo anche perché la Commissione, a partire dal Presidente per arrivare a numerosi suoi componenti, ha sempre dedicato una grande attenzione a questo tema che rappresenta una delle emergenze principali del nostro sistema sanitario.

Come loro sanno, la prevenzione è la base del nostro discorso. Mi riferisco sia alla prevenzione primaria relativamente ai fattori di rischio, in particolare l'obesità, il sovrappeso, gli stili di vita e la sedentarietà, che alla prevenzione secondaria, intesa come diagnosi precoce della malattia, e alla prevenzione terziaria che, una volta insorta la patologia, si occupa di trovare il modo di attenuarne gli effetti per consentire al paziente una buona qualità di vita e al tempo stesso per dargli la possibilità di inserirsi armonicamente nel sistema del Servizio sanitario nazionale. Devo dire che il nostro Paese, sotto questo profilo, è all'avanguardia, nel senso che è stato il primo Paese a dotarsi, da ormai 25 anni, di una legge *ad hoc* che ha disciplinato il governo e l'organizzazione del settore al nostro esame.

Dal punto di vista della sanità pubblica, ciò che conta di più, evidentemente, è la gestione territoriale della malattia come condizione fondamentale perché i progressi clinici e farmacologici possano tradursi in un'attività di prevenzione delle complicanze e miglioramento della qualità di vita. Sotto questo profilo il diabete mellito, il diabete di tipo II, costituisce un esempio rappresentativo di come deve essere trattata una patologia cronica: la continuità ospedale-territorio, la medicina specialistica e la medicina dell'assistenza primaria costituiscono un prerequisito per poter intervenire in modo significativo.

Inoltre, visto che tra i fattori di rischio in senso lato è compreso lo stile di vita, e in particolare la sedentarietà e l'eccesso ponderale, le politiche di prevenzione dell'obesità e del sovrappeso non possono coinvolgere soltanto il settore sanitario ma evidentemente, più in generale, devono interessare l'interazione sociale. La Commissione sa bene che diabete di tipo I e diabete di tipo II sono patologie profondamente diverse. Nel testo che vi ho consegnato sono contenute alcune considerazioni relative a tale diversità che necessita anche di una diversa risposta del Servizio sanitario nazionale.

Tralascio i dati epidemiologici, che sono noti alla Commissione e sui quali sorvolo anche perché contengono pochi aggiornamenti che potrebbero interessare la Commissione. Si stima che circa 3 milioni di italiani soffrano di diabete mellito, quindi si tratta di una patologia significativamente diffusa. Lo stesso vale, evidentemente, a livello mondiale, anche se la nostra attenzione è concentrata sul nostro paese.

La prevenzione primaria è un problema di sanità pubblica che, come accennavo, non può essere demandato solo al settore sanitario perché necessita di interventi intersettoriali e non può essere soltanto un problema della sfera pubblica perché necessita del coinvolgimento di associazioni professionali e di categoria, oltre che delle associazioni dei consumatori e dei produttori perché se esiste un problema di eccesso ponderale e di obesità vi è anche un problema di qualità dell'alimentazione e quindi di errate abitudini alimentari che si sviluppano a partire dell'età giovanile. Come sapete, in ordine a questa problematica vi è una particolare attenzione da parte del Ministro *pro tempore*.

In un'ottica di strategia globale, la prevenzione primaria va affrontata coinvolgendo il più possibile mondi che non siano soltanto il sistema sanitario. La finalità di tale strategia è un cambiamento socioculturale dato che una simile battaglia si vince fuori dal mondo sanitario, anche se è da qui che se ne avverte maggiormente la necessità. Credo sia necessario elaborare programmi d'azione che vedano il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* in interventi di provata efficacia. Dunque potrebbe forse essere utile un maggiore impegno da parte degli operatori di sanità pubblica e dei decisori istituzionali, a partire dalle Regioni, in un ruolo di *advocacy* a favore della salute nei confronti degli altri settori della società civile. Le politiche per la salute, quindi, si esprimono nella capacità del mondo sanitario di influire sulle politiche intersettoriali che devono essere volte a creare condizioni favorevoli a scelte alimentari corrette dal punto di vista

nutrizionale oltre che ad uno sviluppo dell'ambiente urbano che incoraggi l'attività fisica. A questo proposito il campo si allargherebbe moltissimo ma questo è il problema presentato dalla prevenzione primaria.

La prevenzione secondaria e terziaria si identificano per il profilo della diagnosi precoce e per la gestione adeguata del paziente. Per quanto riguarda l'assistenza, la legge n. 115 del 1987 ha previsto l'accentramento dell'assistenza diabetologica nei servizi di diabetologia, gli SD. In Italia è presente una rete di tali servizi che è importante per capillarità e diffusione. La stima del Ministero è che almeno il 70 per cento delle persone affette da diabete sia seguito continuativamente da questi servizi.

È chiaro che quanto ho accennato all'inizio relativamente alla continuità assistenziale fa sì che la frontiera del contrasto a questa patologia sia quella della sua gestione integrata e la presenza dei servizi non risolve tale problema.

Il Ministero della salute verifica anzitutto lo stato di attuazione della legge n. 115 a livello regionale. Nel 2003 è stata istituita la Commissione nazionale permanente sulla malattia diabetica, una *task force* che anima tutta la rete regionale e che forse riuscirà, in un tempo che ci auguriamo non troppo lungo, a definire finalmente il Piano nazionale per la malattia diabetica. Credo se ne sia parlato in tanti convegni e congressi, molti dei quali promossi da persone qui presenti. Io non voglio assumere impegni precisi perché i miei predecessori lo hanno già fatto rimanendo poi, diciamo così, a bocca asciutta. Preferisco non correre questo rischio e dico soltanto che auspico, e farò quanto possibile perché l'auspicio possa diventare realtà, di potere arrivare, nel breve periodo, al Piano nazionale per la malattia diabetica.

Nel frattempo, lo scorso aprile è stata raggiunta l'intesa, in sede di Conferenza Stato-Regioni, sul Piano nazionale per la prevenzione, il che è già un passo avanti perché consente di inserire in un ragionamento più ampio, significativo per l'incidenza della patologia, anche il paziente con problemi di diabete.

Infine, attraverso il CGM e in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità il Ministero ha attivato il progetto IGEA, cioè integrazione gestione e assistenza per la malattia diabetica, che prevede, appunto, il coordinamento e il supporto ai progetti regionali collegati al piano nazionale di prevenzione proprio per favorire quella gestione integrata.

Nel testo scritto troverete anche dei dati sulla cosiddetta valorizzazione della spesa per ricoveri ospedalieri e *day hospital* (cioè quanto costano i pazienti diabetici) e anche dei dati relativi alla spesa e ai consumi per le terapie farmacologiche.

Quanto alle prospettive, quest'anno vi è un fatto nuovo. Il Parlamento europeo ha approvato a marzo una risoluzione molto impegnativa già nel titolo, perché parla di epidemia di diabete nell'Unione europea. Quindi, è un titolo indubbiamente significativo e probabilmente adeguato perché i dati sono quelli. Forse noi colleghiamo di più il concetto di epidemia alle malattie che si possono trasmettere da persona a persona, alle malattie

infettive, ma i dati vanno nel senso di diffondere quanto ci dice il Parlamento europeo.

La risoluzione del Parlamento, come voi sapete, non comporta direttamente degli obblighi giuridici a carico di alcuno, ma impegna la Commissione e gli Stati membri. La Commissione è impegnata ad elaborare una strategia europea sul diabete, e il Parlamento disegna anche un percorso, una raccomandazione del Consiglio dell'Unione, per la diagnosi e la gestione del diabete, per mettere in comune e standardizzare criteri per la raccolta dei flussi dei dati epidemiologici e, altresì, dei dati economici dei costi della prevenzione e del trattamento della malattia e per sostenere gli Stati membri attraverso la normale prassi, ormai diventata ordinaria a livello europeo, di promuovere lo scambio delle migliori pratiche relative ai piani nazionali sul diabete.

Anche per questo, io vorrei che la partita del piano nazionale della malattia diabetologica si chiudesse perché, evidentemente, ciò potrebbe consentire al nostro Paese di aiutare tutti gli altri Stati membri. Siamo partiti per tempo, siamo stati i primi per quanto riguarda una legge generale sul diabete, e possiamo continuare.

Gli Stati membri sono evidentemente invitati dalla risoluzione a fare tutte quelle cose (poi, nel dettaglio dell'intervento, evidentemente si scende nei particolari) che noi già stiamo facendo. Quindi, dal punto di vista italiano, questa risoluzione conforta pratiche che in Italia già si attuano. Si pensi che nella risoluzione si dice che bisogna garantire che i pazienti abbiano costantemente accesso a *équipe* interdisciplinari altamente qualificate, nonché ai trattamenti e alle tecnologie, incluse le tecnologie connesse ai servizi elettronici in campo sanitario. È ciò che si sta già facendo a macchia di leopardo sul territorio italiano e, quindi, noi andiamo già in quella direzione.

Qualcuno potrebbe obiettare che nel suo territorio ciò non avviene e che non è presente neanche la sanità normale. Ciò è possibile, ma vi assicuro che la diffusione di tali pratiche è a macchia di leopardo e che non è concentrata solo in alcune zone.

La risoluzione del Parlamento europeo invita Commissione e Stati membri a collaborare insieme per quanto riguarda questa patologia e, a valle di tutto questo, il Ministero dovrà approvare, nei prossimi mesi, anzitutto, il piano nazionale e migliorare le strategie di prevenzione primaria di carattere intersettoriale (perché l'Unione europea ci chiede conto, evidentemente, di ciò che facciamo).

Questo è un impegno che il Ministro *pro tempore* sicuramente assume, anche perché ha già cominciato, negli scorsi mesi, a ragionare con alcuni colleghi di Governo. Evidentemente, questo è un lavoro che non si può non fare insieme a chi, nel Governo, si occupa di ambiente urbano, di qualità della vita urbana e di chi si occupa di *sport* e, in particolare, di attività sportive non solo per i giovani ma anche per gli anziani. Insieme al ministro Gnudi, abbiamo in corso alcuni progetti importanti in questa direzione.

Poi, naturalmente, bisogna valorizzare la continuità assistenziale in un'ottica di gestione integrata della patologia diabetica e, più in generale, della cronicità.

Come avevo già annunciato all'inizio del mio intervento, Presidente, io non ho potuto dire cose molto nuove a questa Commissione e ritengo che, in questo caso, sia maggiore l'interesse dell'audito rispetto a quelli che promuovono l'audizione.

PRESIDENTE. Ringrazio il signor Ministro per la relazione molto puntuale e attenta che ha toccato tutti gli argomenti sottesi all'indagine conoscitiva in corso.

BAIO (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*). Presidente, io voglio ringraziare il Ministro, perché noi abbiamo iniziato questa indagine conoscitiva con degli obiettivi ben precisi. L'abbiamo iniziata ascoltando il Ministero e ci sembrava corretto concludere con la parola del signor Ministro.

Ritengo, personalmente, che le sue parole oggi siano state comunque più che utili, anche ai fini della indagine conoscitiva.

Per darle alcuni riferimenti, riporto che noi ci siamo dati come obiettivo di concludere questa indagine con la ripresa dei lavori, dopo le vacanze. Quindi, noi considereremo e valuteremo la relazione finale all'interno della Commissione nei mesi di settembre e ottobre, e poi la relazione sarà pronta, così da poterle offrire anche il documento completo.

Venendo invece ad alcune osservazioni sulla base di quanto lei ha detto, è emersa da tutti gli interventi la necessità di approvare il piano nazionale. Posso perciò apprezzare la cautela da lei usata, che è doverosa, perché è vero che alcuni Ministri ci hanno parlato del piano, ma poi, per vicende varie di Governo, non è stato possibile attuarlo. Noi speriamo che in questo caso si riesca ad approvarlo, anche per il nostro Paese. Sicuramente, lo speriamo a motivo di quanto diceva lei, signor Ministro, nell'ottica della relazione fra gli Stati dell'Unione europea, ma anche per il nostro Paese.

Vengo qui ad una delle criticità emerse, una criticità che conosciamo già, ma che è emersa in modo plastico dalle diverse audizioni. Noi siamo in presenza di una ottima legge nazionale e di un federalismo disordinato (quello da lei definito a macchia di leopardo). Questo federalismo disordinato evidenzia non la negazione di un diritto, ma la parzialità di un diritto a fronte a una cronicità silente, quale è il diabete. H24 e 365 giorni l'anno questa maledetta patologia non ti abbandona più ed è dentro di te (oltre tutto, alcune volte la persona malata neanche se ne accorge).

Lei capisce che un federalismo disordinato significa non poter accompagnare in modo corretto il paziente dal punto di vista sanitario. Questo paziente, però, agli occhi dello Stato è un cittadino e, come tale, soffre di questa cronicità (anche perché il diabete è il paradigma delle cronicità).

Quindi, il piano nazionale deve diventare lo strumento per correggere questo federalismo disordinato. Esso non ha solo questa finalità, ne siamo ben consapevoli, ma sicuramente deve saper cogliere questa criticità che è

evidente. Come diceva lei, bisogna prestare attenzione alla prevenzione primaria, secondaria o terziaria, perché anche su questa noi riscontriamo delle abissali diversità da zona a zona e, alcune volte, all'interno delle stesse regioni.

Non entro nel merito del suo discorso anche perché lo condivido totalmente considerando i principi espressi a New York lo scorso settembre, relativamente agli stili di vita e all'alimentazione, e il lavoro intersettoriale che mi sembra un'ottima prospettiva.

Voglio invece proporle un'osservazione relativa ai farmaci. Infatti se dal punto di vista terapeutico esiste una garanzia diffusa su tutto il territorio, un principio non solo acquisito ma entrato profondamente nel nostro DNA, talvolta accade che i cittadini incontrino alcune difficoltà, soprattutto per il diabete di tipo II, nel reperire determinati farmaci. Il Piano potrebbe essere uno strumento utile a superare anche questo problema, così pure per i presidi e i dispositivi.

A questo proposito faccio riferimento ad un provvedimento che dipende dal Ministero dell'economia ma riguarda anche il Ministero della sanità: recentemente è stata fatta una gara CONSIP finalizzata, secondo il principio della *spending review*, a conseguire un risparmio. Anche in questa Commissione è emersa una differenza abissale di prezzi, che nessuno può negare, tra le Regioni e addirittura tra le ASL. L'oscillazione, per le casse dello Stato, varia da 0,12-0,15 a 0,85 euro. A questo punto, il Ministero potrebbe valutare la possibilità di far ritirare questa gara attraverso la norma che deve essere approvata? A me non interessano le aziende produttrici ma i diritti del paziente. Il Ministro dell'industria deve occuparsi della produzione e dei lavoratori ma a me, come rappresentante della Commissione sanità, interessa che siano garantiti i pazienti che, come lei sa anche meglio di noi, sono anche di diverse tipologie. Il bambino diabetico o la donna gravida, rispetto ad un adulto di 40, 50 o 70 anni, hanno bisogno di strumenti diversi. Chi porta il microinfusore ha bisogno di un'assistenza diversa perché oggi è possibile comunicare direttamente con il medico. Una gara CONSIP annullerebbe totalmente questa possibilità mentre noi vogliamo un risparmio certo.

In secondo luogo volevo evidenziare due questioni relative alla strategia intersettoriale di cui ella ha parlato: i bambini che frequentano la scuola – di interesse del Ministero della pubblica istruzione – e il rinnovo della patente delle persone diabetiche. Pongo tali questioni solo a livello di titolo altrimenti finirei per svolgere una relazione, cosa che non era nella mia volontà.

BOSONE (PD). Signor Presidente, il diabete è una patologia cronica che presenta episodi di acutizzazione, dunque per la sua cura sarebbe necessaria l'integrazione tra territorio e specialità ospedaliera.

La Regione Lombardia ha avviato l'esperimento dei DRG territoriali, i CREG, collegati alla patologia cronica e quindi, teoricamente, anche al diabete. Vorrei sapere cosa ne pensa di questa sperimentazione il Ministro e se ritiene che il modello del DRG di percorso possa essere utilizzato per

affrontare anche patologie come il diabete per poter far fronte in modo efficace alla terapia, chiaramente facendo attenzione ai costi.

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, signor Ministro, per quanto riguarda i bambini affetti da diabete volevo sapere se risulta che tale patologia si stia diffondendo maggiormente rispetto agli anni precedenti.

Vorrei sottolineare la necessità, cui ci auguriamo si risponderà con il Piano nazionale, di fare molta attenzione al problema del diabete nei più piccoli perché si tratta di personalità in formazione. Ho potuto rendermi conto personalmente di cosa vuol dire, per una famiglia, dover seguire e curare un bambino diabetico: è uno stress costante non solo per il rapporto con la scuola ma anche per la trattazione dei problemi quotidiani che questi bambini presentano. È necessaria, quindi, un'attenzione particolare per trovare la giusta cura, la giusta assistenza farmacologica che deve essere sottoportabile da parte del bambino. Dunque potrebbe essere utile anche un'assistenza di tipo psicologico che consenta alla personalità in formazione del bambino di accettare di convivere, senza esserne eccessivamente limitato, con una malattia che lo seguirà per tutta la vita.

Capisco che di fronte ad una situazione economica difficile sono i grandi numeri che contano ma io credo che un bimbo che non viene seguito correttamente, non viene sostenuto e aiutato, sia in famiglia che a scuola oltre che dal punto di vista specialistico, possa subire danni notevoli. Per questo chiedo al Ministro se nel Piano nazionale si farà attenzione al problema.

DE LILLO (*PdL*). Signor Presidente, mi soffermerò brevemente su alcuni punti già trattati nei precedenti interventi e soprattutto in quello della mia correlatrice, che sottoscrivo pienamente.

Si potrebbero dire tante cose ma io vorrei concentrarmi su due aspetti, forse marginali, che però possono non essere stati evidenziati. In primo luogo, per quanto riguarda l'attività fisica, al di là della necessità di infrastrutture e quant'altro, potrebbe essere importante dare la possibilità alle famiglie di detrarre anche una piccolissima parte delle spese connesse all'iscrizione in palestra. In questo momento sarebbe un incentivo importante soprattutto per smentire le voci secondo le quali l'iscrizione in palestra verrà inserita tra i beni di lusso. L'attività fisica, infatti, non può essere assolutamente vista come un bene di lusso dato che è un fattore di prevenzione.

In secondo luogo, in materia di farmaci, vorrei chiederle se potremo avere l'occasione di analizzare per la prima volta la nuova normativa relativa alla prescrizione di farmaci equivalenti, dato che la materia è stata trattata solo in Commissione bilancio. Infatti tale questione non è mai stata affrontata in questa sede e io ricevo telefonate di *media*, associazioni sindacali e medici che chiedono maggiori informazioni anche alla luce di una nota emanata l'altro ieri dal Ministero che, secondo me, da un'interpretazione diversa rispetto alla nostra. Io avevo interpretato nel senso che si potesse o scrivere il nome della molecola o, in alcuni casi, scrivere il

brand. Invece, da quanto emerge, l'ipotesi è che, laddove il medico voglia scrivere il *brand*, deve anche scrivere la molecola.

Signor Ministro, la vedo scuotere la testa, e questo conferma il fatto che vi è confusione. Senz'altro vi è confusione in me, che ho un livello di istruzione media; figuriamoci, quindi, nel paziente che, invece, di prendere il *Bactrim* dovrà acquistare prendere il sulfametoxazolo- trimetoprim, un giorno in una confezione verde e l'altro giorno in una confezione rossa. Io farò senz'altro grande confusione, e immagino che una persona anziana ne farà ancora di più.

Non commento il tema, ma penso che a settembre sarà necessario un approfondimento sulla materia.

GRANAIOLA (*PD*). Presidente, intervengo molto velocemente per dire che, per quanto riguarda il diabete infantile, condivido tutte le criticità segnalate dalla senatrice Bassoli. Mi preme, però, segnalarne un'altra, per quanto riguarda la prevenzione secondaria, cioè la diagnosi precoce.

Volevo sapere se ella, signor Ministro, non ritenga opportuno che venga implementata su tutto il territorio nazionale la formazione dei medici pediatri riguardo l'insorgere di questa malattia nei bambini.

GRAMAZIO (*PdL*). Presidente, io mi associo a quanto diceva il collega De Lillo. Occorre una circolare espletativa chiara del Ministero in questo senso, per non creare una confusione che parte sicuramente da una informazione errata sulla stampa. Il fatto principale, infatti, è che certi titoli di giornale creano questa situazione.

L'altra mattina, in una importante farmacia romana, la gente poneva delle domande, ma il personale non sapeva cosa rispondere, perché a non conoscere le disposizioni e la legge era proprio il farmacista. Occorre, quindi, chiarezza da parte del Ministero, esigenza che, come si evinceva prima dal movimento della sua testa quando parlava il collega De Lillo, è stata già compresa.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Presidente, ero stato facile profeta nel dire che sarebbe stato più interessante, da parte mia, l'ascolto che non l'audizione da parte vostra.

Alla senatrice Baio, e anche al senatore De Lillo, volevo dire che mi fa molto piacere che l'indagine possa giungere a conclusione a settembre, perché siamo ancora evidentemente nelle fasi in cui il piano nazionale si sta illimpidendo e, quindi, il contributo dell'indagine sarà molto importante.

Per quanto riguarda le oscillazioni del prezzo di riferimento dei dispositivi medici, dico solo che qui vi è un problema che i commissari componenti della Commissione conoscono molto bene, nel senso che è evidente come sui dispositivi medici, non essendoci il medesimo tipo di controllo esistente sui farmaci, non si possa parlare di dispositivo medico equivalente (ma lo dico con un sorriso). Questo è il problema.

Anche l'Italia, con questo Governo, ha compiuto alcuni passi nei confronti della Commissione europea e del commissario Dalli, passi condivisi con il Governo francese, e anche dalla Commissione.

Si sta mettendo in movimento una rivisitazione della direttiva sui dispositivi medici (specialmente per alcuni dispositivi medici), ma il problema di una migliore tracciabilità e di un migliore controllo su questi prodotti è essenziale, e non c'è bisogno che aggiunga altro.

I punti individuati dalla senatrice Baio, e ripresi anche da altri senatori, relativi ai bambini a scuola e al rinnovo della patente, dovranno essere oggetto anche di una valutazione da parte del Ministero. In questa fase, io ne prendo nota.

Allo stesso modo, noi stiamo attendendo una comunicazione sugli esiti della sperimentazione lombarda, senatore Bosone. Sulla carta questo sembra un sistema di grande interesse, ma non è ancora arrivato alcun *feedback*, e una valutazione più approfondita potrà essere fatta alla luce della comunicazione che la regione Lombardia vorrà fare prossimamente al Ministero.

Quanto alla questione posta dalla senatrice Bassoli, nella documentazione che lascerò alla Commissione non c'è ancora una risposta su questo tema, ma ciò non vuol dire che non vi sia affatto una risposta.

La questione del diabete di tipo 1 è essenzialmente la questione del bambino diabetico. Non tutti i bambini diabetici hanno il diabete di tipo 1, ma è così nella maggior parte dei casi. Per sintetizzare, si può dire che vi sia una incidenza significativa (circa il 10 per cento sul totale dei casi).

Il problema è che sono ancora poco chiari i fattori di rischio che interagiscono con la predisposizione genetica e che, in questo modo, scatenano la reazione autoimmune. Qui sono presenti dei medici, e spero perciò di essermi espresso in modo corretto. Qualche volta, infatti, chi ha una formazione giuridica fa un po' fatica. Mi sono fatto però spiegare il problema, avendo avuto lo stesso tipo di curiosità.

Il problema di fondo si pone in questi termini. Vi è quindi un problema scientifico a monte da incentivare, prima ancora di immaginare una strategia di presa in carico. Certo, si può immaginare una strategia di presa in carico migliorata (e sotto questo profilo vale quanto già stanno facendo alcune regioni), ma il problema di fondo sembra quello esposto e su questo punto è rivolta l'attenzione del Ministero.

Così pure prendo nota, senatore De Lillo, di quanto da lei detto per quanto riguarda la questione dell'attività fisica e del problema della detrazione delle spese. Detrazione è una parola che, in questi mesi, crea qualche problema, come lei sa benissimo. Come lei dice, però, in tal modo ho almeno inteso la questione.

Allo stesso modo, c'è evidentemente la necessità (che non rileva direttamente nell'oggetto di questa audizione) di una interpretazione, e di fare in modo che l'interpretazione non crei più problemi dell'oggetto da interpretare.

Qualche volta ciò può accadere, ma tengo a precisare che questa norma non è ancora vigente e che tutta questa discussione nelle farmacie

mi sembra un fatto un po' astratto perché, come è noto, tale norma non era presente nel testo del decreto-legge ed entrerà in vigore il giorno successivo alla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della legge di conversione.

È bello che nelle farmacie si faccia cultura e vi sia un dibattito e questo, dal punto di vista del Governo, che ha espresso parere favorevole sull'emendamento parlamentare e poi ha concorso a riformularlo in un modo più equilibrato, è già un punto a favore, perché vuol dire che si allarga l'attenzione e la cultura sanitaria. Vorrei, però, precisare che si tratta di una norma non ancora vigente.

DE LILLO (*PdL*). È un problema tecnico, signor Ministro. Io sono medico di base e le dico che i sistemi informatici stampano per *brand* e non per molecola. Quindi, ad agosto vi sarà un problema tecnico.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Senatore De Lillo, con un *click* il medico avrà tutte le informazioni. Già adesso basta andare sul sito dell'AIFA. Il problema, comunque, esiste ed è già oggetto di attenzione da parte del Ministero. È per tale ragione che si pone il problema di consentire alle persone di poter rispettare la legge senza impazzire e senza avere dei problemi.

Alla senatrice Granaiola, che ringrazio per la sollecitudine, vorrei dire che la diagnosi precoce sarà probabilmente una delle indicazioni contenute nel Piano nazionale ed è già presente nella stesura che ho potuto visionare.

Infine, Presidente, a valle di questa audizione, il Ministro della salute *pro tempore* ha già una serie di compiti a casa.

PRESIDENTE. Ringrazio il signor Ministro per la sua relazione e le sue risposte. Prima di concludere l'audizione vorrei fare due brevissime comunicazioni, dato che non sono intervenuto prima per non allungare i tempi.

In primo luogo, per quanto riguarda lo sport, capisco quanto sia difficile riconoscere un credito all'attività fisica. Tuttavia potremmo almeno dare un riconoscimento anche di natura formale e comunicativa a quelle istituzioni che mettono a disposizione strutture e facilitazioni per incrementare l'attività fisica. Parlo, ad esempio, dei Comuni che costruiscono piste ciclabili o percorsi di vita nelle città.

In secondo luogo, abbiamo parlato di tre milioni di malati, che è una cifra importante, ma sappiamo che il 25 per cento delle persone affette da tale patologia, soprattutto tra gli anziani, non ne è ancora consapevole. Secondo me, quindi, è necessario uno sforzo comune per ripristinare elementi di predittività certi tra i quali la diffusione dell'emoglobina glicosilata rispetto alla semplice glicemia e il controllo del fondo dell'occhio, soprattutto per i pazienti anziani e con metodi moderni facilmente diffondibili. Infine una valutazione della buona o cattiva assistenza attraverso il rilievo del piede diabetico potrà rappresentare il segnale del fallimento

della politica antidiabetica. Mi perdoni, signor Ministro, se ho svolto le mie osservazioni dopo la sua replica. La ringrazio nuovamente per il suo contributo ai lavori della Commissione.

Comunico che la documentazione consegnata dal Ministro, poiché nulla osta, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione. Se non vi sono osservazioni, così resta stabilito.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,30.

