SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

BOZZE NON CORRETTE

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

SEGUITO DELLE COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE SUGLI ASPETTI GENERALI DI POLITICA SANITARIA

6º Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 GIUGNO 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

I testi contenuti nel presente fascicolo — che anticipa a uso interno l'edizione del Resoconto stenografico — non sono stati rivisti dagli oratori.

CG 0853

TIPOGRAFIA DEL SENATO (150)

INDICE

Seguito delle comunicazioni del Ministro della salute sugli aspetti generali di politica sanitaria

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 11, 16
BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)* 7, 15
BOLDI *(LP)* 11
DANIELI Paolo *(AN)* 9
DI GIROLAMO *(DS-U)* 10
FASOLINO *(FI)* 9
LIGUORI *(Mar-DL-U)* 10
MASCIONI *(DS-U)* 3, 8, 15
SIRCHIA, *ministro della salute* . 3, 11, 15 e *passim*

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-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Indipendenti della Casa delle Libertà: Misto-Ind-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; 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 Udeur-Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.

Interviene il ministro della salute Sirchia.

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito delle comunicazioni del Ministro della salute sugli aspetti generali di politica sanitaria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito delle comunicazioni del Ministro della salute sugli aspetti generali di politica sanitaria, sospese nella seduta pomeridiana dell'11 giugno 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 ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Do la parola al ministro della salute Sirchia.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Avrei in animo di ragguagliarvi sull'incontro avvenuto ieri a Washington, dove ho partecipato ad un convegno sulla biotecnologia. Questo argomento di attualità potrebbe interessare tutti, se vi fa piacere.

MASCIONI *(DS-U)*. Signor Ministro, ricordo che nella seduta del 5 giugno scorso, al termine del nostro precedente incontro, toccò a me prospettarle la possibilità di affrontare una questione che è particolarmente sentita e socialmente molto importante per il Paese, ossia quella dell'autosufficienza. Si tratta di un tema che ho molto a cuore, anche in relazione alle contraddizioni che colgo tra alcune sue affermazioni e, per esempio, l'*iter* alla Camera del disegno di legge su tale materia. Questo non esclude che possiamo parlare anche del tema che lei vuole introdurre, per noi va bene, purché si possa fare brevemente il punto sulla questione dell'autosufficienza.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Allora iniziamo dal tema dell'autosufficienza. La ringrazio, senatore Mascioni, per avermelo ricordato.

L'Italia è tra gli ultimi Paesi europei ad avere affrontato questo problema: ben prima di noi, da oltre un decennio, questo tema è all'evidenza dei Governi in quanto l'invecchiamento della popolazione porta con sé un'elevata percentuale di soggetti interessati dal problema dell'autosufficienza. Purtroppo si tratta di una materia che fondamentalmente non solo non è finanziata in misura sufficiente ma soprattutto non è organiz-

zata adeguatamente, per cui i due aspetti vanno affrontati parallelamente: cioè bisogna considerare come organizzare i servizi che possono essere tali da soddisfare i bisogni delle famiglie e delle persone in questa condizione e come finanziare questi servizi.

Tradizionalmente nel nostro Paese i servizi sono organizzati in parte a carico del Fondo sanitario nazionale per quella quota del 4 per cento che afferisce al settore socio-sanitario e per la rimanente parte a carico dei comuni. Ciò non è soddisfacente soprattutto per due motivi: primo, perché le risorse sono insufficienti; secondo, perché non esiste il concetto di presa in carico globale della persona nei suoi risvolti sociali, o assistenziali, che dir si voglia, e sanitari. Quindi, si è creata nel Paese una situazione molto disomogenea per cui, a fronte di alcuni rari ambiti in cui i servizi hanno funzionato meglio, in molti altri ambiti questi servizi non esistono o sono insufficienti.

Per quale motivo la presa in carico globale? Perché sappiamo bene che la parte assistenziale e la parte sanitaria diventano un tutt'uno alla fine ed occorre che ci sia una persona o un ente che prenda in carico questa necessità che, essendo oltretutto mutevole nel tempo e spesso e volentieri destinata a peggiorare, conduce la persona interessata da queste problematiche e dai suoi bisogni nella rete dei servizi adattando di volta in volta ai servizi i bisogni della persona e non viceversa. Quindi la lacuna principale è che non esiste una presa in carico globale e si tenta di adattare la persona ai servizi e non i servizi alla persona.

Ciò nasce prevalentemente dal dualismo delle afferenze, il comune e la ASL, ricordando che solamente un quarto o poco più dei comuni ha delegato alla ASL questo compito, quindi ha unificato nella ASL il servizio. Il dualismo, soprattutto nelle grandi città, è quanto di peggio si possa immaginare perché i due enti spesso non dialogano tra loro o comunque hanno personale diverso che svolge i servizi in parte sovrapposti, e questo crea dei disagi assai rilevanti alle persone.

Il modo di agire degli Stati europei varia in rapporto al loro impianto sociale e sanitario. Io credo, per quello che posso aver studiato, che il sistema tedesco sia quello più avanzato, quello che ha risolto meglio i problemi, impiantando un sistema assicurativo obbligatorio che è facile da realizzare in quel Paese dove per la sanità già ci si basa su un sistema assicurativo, sulle famose casse; quindi, alle casse di lungo termine è stato affidato anche questo compito. Di fatto c'è un sistema assicurativo a ripartizione tra datore di lavoro e lavoratore e i datori di lavoro riprendono in parte quanto spendono recuperando una giornata di lavoro festiva lavorata.

La Francia ha proceduto in altro modo, essendo il sistema centralizzato ed essendo quindi anche qui assicurativo ma di altro genere. Gli Stati del Nord hanno fatto di più già da moltissimi anni, ma sono ben note, da un lato, l'esiguità della popolazione e, dall'altro, l'attitudine di questi Paesi ad investire fortemente per l'assistenza. La Spagna si sta muovendo ora, così come noi stiamo soltanto adesso ragionando su come affrontare il problema.

Io penso che la questione vada affrontata – come dicevo – su due versanti. Anzitutto, occorre organizzare una struttura distrettuale in modo tale che tutti i finanziamenti comunque arrivino a questa centrale e la centrale operativa diventi il luogo in cui si compie la valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno (molto spesso dell'anziano), e ci sia un responsabile che poi si faccia carico non solo di definire in quel momento il bisogno, ma anche di monitorare nel tempo il bisogno e modificarlo in rapporto alle sue variazioni.

Questo modello esiste, solamente a livello sperimentale, in pochissime realtà, in particolare c'è un esempio di organizzazione che funziona molto bene a Merate, vicino a Lecco, che noi abbiamo studiato da vicino. Questa centrale recepisce e racchiude in sé le competenze della medicina territoriale, del medico di medicina generale, ma anche degli specialisti ospedalieri, quando è necessario, in modo tale da raggruppare l'assistenza, cioè il comune, la ASL, in altri termini la parte socio-sanitaria, e infine l'ospedale, per la parte di ospitalità a domicilio, o i sumaisti, i medici specialisti territoriali. Questo modello funziona bene già da dieci anni e noi l'abbiamo preso ad esempio per proporlo nel piano sanitario.

Il secondo aspetto riguarda il finanziamento della centrale operativa. Sappiamo che quel 4 per cento del sociosanitario rappresenta una quantità abbastanza esigua, che oltretutto è destinata a crescere e crea grave disagio alle Regioni, perché è lì soprattutto che la spesa si dilata, e le Regioni si accorgono di questo. La parte assistenziale spesso e volentieri è mutevole nell'organizzazione ed è affidata a varie formule non tutte soddisfacenti. Manca, infine, una quota che grossolanamente avevamo quantificato intorno a 15.000 miliardi di vecchie lire, tanto per dare un ordine di grandezza, che a nostro avviso deve nascere da un fondo *ad hoc*.

C'è il precedente della provincia autonoma di Bolzano, che ha ragionato proprio in questi termini, ha cioè approvato una legge, che secondo noi è valida, che prevede un contributo, la cosiddetta tassa di scopo, per assicurare ogni cittadino in relazione al rischio di non autosufficienza. Quindi, una tassa contro il rischio. Questo è il modello che mi piace di più. Naturalmente, piace ad alcuni, non è detto che piaccia a tutti. Quindi, adesso il dibattito è su questo: il modello va bene o no?

Dicevo prima che si registra una variabilità notevole nel modo di erogare i servizi assistenziali. Ad esempio, alcune Regioni hanno ritenuto che la formula da adottare fosse quella del *voucher*, del buono di destinazione; altre hanno invece ritenuto di seguire la strada dell'erogazione diretta dei servizi, di tipo pubblico o privato sociale. Ripeto, l'integrazione tra sociale e sanitario non sempre è una strada facile e univoca; quindi, questo modello ancora è molto vago, ancora assai sperimentale. Secondo me, considerando che essa va comunque rivista alla luce della nuova convenzione con i medici di medicina generale – e sappiamo che le Regioni e i medici hanno concordato che è importante investire nella medicina di gruppo –, laddove si può naturalmente, non nelle valli o nelle isole, ma laddove ci sono grandi aggregati urbani o quanto meno reti organizzate di medici di medicina generale per dare continuità assistenziale, nulla vieta che

siano queste stesse organizzazioni a gestire direttamente le centrali operative, oppure, loro con altri, oppure altri. Questo è uno studio che va sperimentato per valutare quale sia la situazione migliore, quella che più si presta a questo discorso.

Rientra nella libertà dei comuni decidere se far decollare per delega una centrale operativa o meno; ovviamente, nella loro sovranità, potrebbero anche decidere che questo non è ciò che desiderano. Se la centrale operativa non opera per delega della ASL e del comune, ovviamente l'unitarietà dell'azione si perde, quindi viene meno quella presa in carico globale di cui parlavamo prima.

Vi sono però alcune opposizioni. Per esempio, i gruppi per le cure psichiatriche ritengono che la centrale debba essere affiancata da un'analoga struttura per psichiatria. Quindi, vi è una serie di verifiche che occorre effettuare. Però, per quello che posso capire io, se si trova la possibilità di attivare un fondo analogo a quello della provincia autonoma di Bolzano e se questo, insieme al fondo assistenziale dei comuni e a quello socio-sanitario, va a finire direttamente alle centrali operative, ciò consentirà di sgravare le Regioni, dandogli quel respiro che oggi non hanno e facendogli risparmiare dei fondi, che potranno investire da un'altra parte. Credo che, nell'insieme, acquisendo la centrale la possibilità della presa in carico globale e del monitoraggio del caso, dislocando le risorse laddove è più utile, con un modello che abbiamo già delineato e che è disponibile, si potrebbe dare al Paese uniformità di assistenza e soprattutto servizi che oggi sono solo presenti in alcuni ambiti ma che mancano nella gran parte del territorio nazionale.

Concludo aggiungendo che il discorso non si risolve assolutamente creando RSA o case di riposo di vario genere e grado; questo è un modello obsoleto, criticato ormai da tutti coloro che studiano la materia. È un modello ereditato dal vecchio ospitale, dal vecchio ricovero, che tendeva ad isolare il paziente, a sradicarlo dal suo contesto familiare e sociale, quando c'era; inoltre, è un modello perpetuo, nel senso che alcuni lo definiscono «l'anticamera del cimitero»: una volta entrati non se ne esce più. Queste strutture, in tale contesto, vanno riviste, perché sono costosissime, insoddisfacenti dal punto di vista umano, non collegate più al territorio da cui proviene l'anziano; meglio sarebbe che anch'esse diventassero per quanto possibile temporanee, ovviamente non per curare un soggetto affetto da sindrome Alzheimer in fase terminale ma, per esempio, in fase iniziale. Meglio sarebbe investire di più nelle strutture territoriali diurne o a breve ricovero o «di sollievo», e investire tutto o molto sull'assistenza domiciliare, ammesso che questo sia realizzabile, cioè che vi sia qualcuno che pensa all'anziano, perché naturalmente se questo è solo ed ha un figlio handicappato questa non è possibile.

Quindi, si sta procedendo in tal senso; è un modello che non è facile da configurare, tantomeno da realizzare; questa è la ragione per cui è un anno che ci stiamo lavorando insieme al ministro del lavoro e delle politiche sociali Maroni.

Siamo arrivati ad un modello, che è quello che ho cercato di illustrarvi, ma dobbiamo vedere se questa strada è percorribile.

BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)*. Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio il Ministro perché credo che quello dell'autosufficienza sia uno degli argomenti su cui vale di più la pena spendere le nostre energie, sia intellettuali che fisiche, non solo per garantire il nostro futuro – al limite, questo sarebbe giustificabile assumendo un atteggiamento egoistico – ma anche perché nella fascia della non autosufficienza, di cui la parte maggiore è costituita dagli anziani, rientra anche la popolazione disabile.

Volevo permettermi di aggiungere alcune considerazioni, che, a mio giudizio, costituiscono un contributo rispetto a quanto da lei dichiarato, signor Ministro.

Anzitutto, condivido totalmente il concetto di presa in carico, che fa parte anche della nuova filosofia sostenuta da tutte le associazioni, sia di professionisti che di familiari, che svolgono tale attività sul territorio. Credo che, alla base di questo ragionamento, vi sia la valutazione della condizione di non autosufficienza. Questo è proprio il primo aspetto che uno Stato deve valutare nel momento in cui si rapporta di fronte ad una persona non autosufficiente. C'è una nuova forma di classificazione, l'ICF, analizzata, studiata e proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità, che parte – come lei sa sicuramente meglio e più approfonditamente di me – non già dalla condizione di non autosufficienza e di disabilità ma dal residuo di abilità che resta nel soggetto (quindi, si tratta di un'inversione filosofica), che porta però anche, da quello che sono riuscita a capire documentandomi e ascoltando esperti in materia, ad una semplificazione nell'accertamento della non autosufficienza e della disabilità. Ciò è fondamentale, perché in questo campo il rapporto che tali persone e i loro familiari hanno con le istituzioni pubbliche è veramente difficile.

Lei prima ha citato l'esperienza di Merate. Posso testimoniare che la ASL in questione, che è vicinissima al luogo in cui vivo con la mia famiglia, funziona bene, pur non avendo ancora recepito questo criterio, così come funzionano bene quelle della provincia di Trento, che hanno adottato un modello diverso rispetto a questa. Per cui in Italia, in alcuni casi, sono stati adottati buoni modelli, diversi dalle cattive prassi.

Vorrei sapere se, in occasione dell'Anno internazionale del disabile, il Parlamento sarà in grado di offrire il nuovo strumento che ci viene proposto dalla Organizzazione mondiale della sanità (che, pertanto, ha tutta la credibilità per essere adottato) e che porta anche ad una semplificazione sia per i nostri operatori sia per i cittadini interessati e le loro famiglie. Ciò non sarebbe poco.

Vorrei porre poi altri due brevi interrogativi, uno dei quali riguarda l'aspetto economico. Una volta accertato lo stato di abilità o di disabilità, di autosufficienza o di non autosufficienza, è necessario l'intervento dei servizi – come lei ha poc'anzi evidenziato – e quindi in questo caso la presa in carico globale appare fondamentale. Mi permetto di sottolineare che, pur considerando superate le residenze sanitarie assistenziali (RSA),

non può non essere prevista anche una forma di residenzialità, magari non *sine die*; non possiamo immaginare, infatti, che non servano anche strutture residenziali diversificate tra loro nell'offerta dei servizi e quindi non solo intese come case di riposo sul tipo di quelle del passato.

Il finanziamento è la parte che compete a noi come Parlamento; speriamo che nel merito vi sia qualche segnale in più nella prossima finanziaria rispetto a quella attualmente in vigore. A tale proposito, signor Ministro, vorrei sapere come si concilia la cosiddetta tassa di scopo, cui lei ha fatto riferimento, con le notizie apparse sulla stampa (che non so se lei intende qui confermare) in relazione alle assicurazioni complementari al fondo sanitario, che andrebbero a coprire anche una parte dei servizi per la non autosufficienza.

Vorrei sapere se è lo stesso discorso espresso in termini diversi. So che si tratta di una notizia giornalistica, ma mi sembra che non sia stata da lei smentita.

MASCIONI *(DS-U)*. Signor Ministro, su tre euro spesi per questo tipo di assistenza, lo Stato ne eroga soltanto uno o poco più; il resto è sulle spalle delle famiglie che si affidano anche ad un mercato non sempre pietoso e spesso nero.

I dati che lei ha fornito hanno un riscontro anche su scala regionale; mi riferisco alle Regioni che hanno già avviato questo tipo di lavoro e di indagine. Lei ha parlato di un'esigenza di 30.000 miliardi di vecchie lire, dei quali 12.000-13.000 vengono dati dallo Stato.

Come ha sottolineato la collega Baio Dossi, proprio in queste settimane lei, signor Ministro, ha riproposto la questione delle assicurazioni. Alla fine chiederò anche una posizione formale, visto che questo è il luogo dell'ufficialità, ma non vorrei che nel Documento di programmazione economico-finanziaria vi fosse il tormentone delle compagnie di assicurazione, dopo che l'anno scorso abbiamo avuto quello delle mutue. Devo dare atto che oggi, nella sua introduzione, la questione non è neanche affiorata.

Lei ha fatto riferimento alla provincia di Bolzano, a quella legge regionale che prevede una tassa di scopo, che ricalca più o meno il testo unificato della Camera dei deputati che stabilisce per il sostegno alla non autosufficienza l'istituzione di un fondo e di un'addizionale sulle persone fisiche e giuridiche per il 2003, 2004 e 2005 (dal 2006 tale addizionale verrà determinata annualmente in sede di legge finanziaria).

La posizione del nostro Gruppo non è accademica e lontana dalle esigenze e dalle aspettative delle persone.

La ricerca riportata ieri sulla stampa, che è stata svolta (intervistando 20.000 persone) dall'Associazione nuovo *welfare*, non evidenzia dati nuovi o sorprendenti, ma conferma quanto i cittadini si attendono. Ad esempio, è stato chiesto se, in relazione al *welfare*, è meglio pagare più tasse ed avere più servizi oppure avere meno servizi e pagare meno tasse: il 64 per cento degli intervistati afferma che è meglio pagare più tasse e avere maggiori servizi, mentre solo il 22 per cento degli intervistati so-

stiene che è meglio pagare meno tasse e avere meno servizi. Per quanto riguarda la sanità, addirittura si sale all'80 per cento contro il 14 per cento degli intervistati.

È sorprendentemente positivo il fatto che, tra i giovani da 18 a 34 anni (persone, cioè, che non pensano al deterioramento della salute perché, grazie al cielo, sono lontani da questi problemi), addirittura l'82 per cento ritiene che il servizio sanitario debba essere fondamentalmente pubblico, gestito dalle Regioni.

In relazione a tutto ciò, il testo unificato della Camera dei deputati prevede un'addizionale dello 0,75 per cento da graduare in modo differenziato in relazione ai diversi scaglioni di reddito, con l'esenzione per i redditi bassi.

Ciò significa che, tutto sommato, si riconferma un sistema solidaristico ed universalistico, affidandosi alla fiscalità generale. Pertanto, il più forte ed il più ricco non si disinteresseranno del problema, ma saranno quelli che contribuiranno maggiormente, anche in coerenza con il nostro dettato costituzionale.

Vorrei sapere da lei se il Governo è d'accordo con questa impostazione.

DANIELI Paolo *(AN)*. Signor Presidente, vorrei manifestare vivo apprezzamento per quanto esposto dal ministro Sirchia perché, a mio avviso, ha centrato le esigenze di una moderna integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Il superamento delle RSA è un punto fondamentale che può trovare la simmetria con il superamento della centralità dell'ospedale nella terapia del paziente.

Alla fine, la sanità rappresenta sempre un problema di bilancio. Allora, la proposta della tassa finalizzata tenta di superare una difficoltà che oggettivamente esiste.

Vorrei sapere però se il Ministro della salute intende svolgere un'azione di stimolo nei confronti del Governo per spingere ulteriormente affinché il rapporto tra prodotto interno lordo e spesa sanitaria venga avvicinato il più possibile al resto d'Europa.

Sono convinto che non si possa continuare a far sì che la sanità sia un problema di bilancio perché, secondo me, il bilancio non deve essere un problema per la salute. Infatti, se i soldi servono per il benessere, mi sembra più che evidente che uno Stato degno di questo nome debba garantire prima la salute e poi fare i conti.

FASOLINO *(FI)*. Pur non avendo ascoltato dall'inizio la relazione del Ministro, ho potuto coglierla nei suoi aspetti salienti e nelle parti finali del suo intervento, e la ritengo molto interessante.

Signor Ministro, quando in provincia di Salerno è stato chiuso il brefotrofio, abbiamo colto due importanti risultati: abbiamo risparmiato moltissimo e abbiamo evitato che dei bambini venissero irrimediabilmente «asocializzati». Da quello che ha detto, lei è favorevole alla chiusura delle

RSA. Qual è l'alternativa? È dare forza alla medicina di base, alla medicina territoriale, perché attraverso un impegno più congruo della medicina territoriale si possa realizzare un'assistenza adeguata, possibilmente nelle mura domiciliari; quando poi è necessario, si dovrebbero prevedere alcuni ricoveri – come diceva lei; questi vanno anche previsti, ma per un brevissimo periodo.

Il futuro contratto dei medici non potrà che potenziarsi e arricchirsi di queste misure: assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata. Io la vorrei sollecitare a fare presto, anche per la sua immagine e quella del Governo perché, rispetto ad una filosofia di questo tipo, noi avremmo il favore anche delle categorie, oltre che degli utenti, e porteremmo avanti un discorso che attualmente è congelato con grave nocumento sia agli assistiti che alla categoria dei medici. Quindi, su questo aspetto, caro Ministro, vorrei una risposta rassicurante, perché credo sia utile per l'immagine complessiva del Governo.

DI GIROLAMO *(DS-U)*. Signor Presidente, avrei voluto affrontare con il Ministro le questioni legate alle risorse finanziarie, ma non penso possano essere oggetto della sua risposta dati i tempi ristretti. Se ci incontreremo di nuovo, le porrò in quel momento perché credo che necessitino di un'argomentazione più estesa.

LIGUORI *(Mar-DL-U)*. Ringrazio anch'io preventivamente il Ministro e trovo molti spunti interessanti tra le sue riflessioni. Vorrei però esprimere due preoccupazioni.

Trovo molto sensato il discorso sulle RSA ritenute un modello superato, però intervengo su questo argomento per esprimere tutte le preoccupazioni ove mai in Italia, come pure sembra, il discorso sulla sanità si possa frantumare nelle visioni rigidamente regionalistiche. Pensi, signor Ministro, che la mia Regione, la Campania, solo un mese fa ha approvato la legge sulle RSA ritenendola un grande traguardo. Capisce bene qual è la distanza d'impostazione e quali sono le necessità della *reductio ad unum* – come dicevano i latini – su una materia così delicata.

La seconda preoccupazione (mi riallaccio alla questione che con cautela il senatore di Girolamo non ha espresso ma che è stata toccata dal collega Danieli) attiene al discorso su come finanziare questi servizi. Noto da un po' di tempo che lei si richiama, credo legittimamente, al modello tedesco, all'integrazione dettata dalle assicurazioni, lì con un sistema assicurativo obbligatorio. Però, signor Ministro, non possiamo affrontare seriamente il ragionamento riferito al socio-sanitario con il 4 per cento attuale se ci dimentichiamo (il senatore Danieli non ha citato le cifre che però proverò a tirare fuori io; d'altra parte sono conosciute) il punto di partenza di un ragionamento e di una conclusione corretti, facendo una premessa: il centrosinistra, cui appartengo, in passato ha compiuto il grave errore di fare riferimento al discorso della sottostima. È diventato un discorso organico quello che era un discorso assolutamente disorganico, tanto che oggi si può addirittura affermare che c'è stato un incremento

di spesa riferito al prodotto interno lordo rispetto al passato; se però si va a verificare il discorso della sottostima con le compensazioni che avvenivano, il discorso si complica maledettamente.

Cosa voglio dire? Oggi siamo all'incirca al 6 per cento. La Germania, alla quale lei fa ripetutamente riferimento, oggi è al 7,9 per cento del PIL. Nell'ultimo Documento di programmazione economico-finanziaria facciamo una proiezione da cui risulta che il 7,9 – se non sbaglio – lo raggiungeremo nel 2030. Allora, se questi sono i punti di riferimento, il ragionamento non parte correttamente, perché può andar bene la tassa di scopo o anche un sistema assicurativo calibrato e moderato, può andar bene tutto, ma non di avere un limite che deve essere per forza rimosso per quanto riguarda il rapporto con il prodotto interno lordo. Da questo punto di vista, tutti i ragionamenti sono utili e sensati se però rivediamo questa premessa che per me è indispensabile.

BOLDI *(LP)*. Ringrazio il Ministro per il suo intervento. Non aggiungo molto altro a quanto detto dai colleghi perché mi sembra che le domande poste siano già corpose. Vorrei semplicemente ricordare al Ministro che in uno dei nostri primi incontri avevamo chiesto, insieme ad altri colleghi, di avere notizie sulla Croce rossa e sulla gestione del commissario perché quest'ultimo era stato sostanzialmente nominato per portare la Croce rossa ad elezioni. Dalle realtà territoriali ricevo notizie che evidenziano che il momento elettorale risulta lontanissimo mentre invece continuano ad essere fatte nomine di commissari anche per le sezioni locali, per cui volevo sapere dal Ministro se poteva darci qualche notizia in tal senso.

PRESIDENTE. Esauriti gli interventi dei colleghi, cedo la parola al Ministro per una replica sulle riflessioni presentate.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Ringrazio per gli spunti che sono stati offerti e parto da un ragionamento di base: noi stiamo osservando che la crescita della spesa sanitaria si aggira in Italia intorno al 6 per cento l'anno e certamente questo è un dato che non meraviglia poiché si registra un po' in tutto il mondo. Le ragioni sono ovvie: la percezione delle popolazioni per la salute è sempre maggiore; la tecnologia è sempre più cara e complessa; i farmaci sono innovativi, e via dicendo.

Oggi le Regioni sono in difficoltà poiché i fondi messi a disposizione con l'accordo dell'8 agosto 2001 sono già stati sforati. C'è chi ha fatto di più, chi ha fatto di meno, ma tutte le Regioni sono in difficoltà, tanto che si presentano al Tesoro chiedendo sostanziali rifinanziamenti del fondo. Questo è estremamente improbabile che possa avvenire perché il patto di stabilità internazionale non consente di sforare una cifra che non può non essere consistente, ragione per cui da più di un anno c'è questo tormentone di continue discussioni: chi governa chiede, il Tesoro nega, proteste, tagli, e così via. A mio parere, per uscire da questa situazione, abbiamo a disposizione solo tre vie.

La prima è un migliore governo della spesa nelle Regioni, che certamente non è un risultato a breve termine, cioè, non è che, iniziando oggi ad operare in tal senso, riusciamo a raggiungerlo entro l'anno. È un risultato che però dobbiamo perseguire perché vi sono in Italia almeno quattro o cinque Regioni completamente al di fuori del patto di stabilità. Per fare ciò, a mio avviso – parlo a titolo meramente personale perché questo discorso non ha nemmeno raggiunto il tavolo della discussione –occorre realizzare una cogestione tra lo Stato e le Regioni per alcuni grandi interventi di competenza regionale, erogando i fondi solo se ci si impegna a fare certe cose. Se questo non avverrà e continueremo ad avere Regioni che spendono con larghezza, magari anche a ragion veduta – non voglio dire che la spesa sia sempre fuori posto o che in alcuni casi questo suo mancato governo non abbia le sue ragioni –, è inutile immaginarci di arrivare ad uno stato di equilibrio. Questo è il primo aspetto che va considerato.

La seconda via riguarda il settore socio-sanitario, di cui dicevo prima, che è la maggiore voce di incremento della spesa e non può essere diversamente. In Italia ormai il 10 per cento della popolazione ha più di 75 anni e sappiamo che circa il 30 per cento di queste persone non è autosufficiente, in tanto o in tutto, e che costa moltissimo, molto di più rispetto alle altre fasce. È allora chiaro che, se aumenta questa fascia di popolazione, aumenta la percezione dei bisogni e aumenta la spesa socio-sanitaria. Da qui, secondo me, deriva la necessità di estrapolare questa voce dai livelli essenziali di assistenza (LEA). Se andiamo a ridisegnare i LEA dobbiamo espungere questa voce e finanziarla a parte; che poi essa rientri nel sistema, è chiaro, ma deve avere un fondo suo proprio e finalizzato, perché altrimenti le Regioni continueranno ad usare i LEA indistintamente e questi soggetti più deboli finiranno per avere meno di tutti gli altri. Questa è l'idea che ho in testa, a titolo puramente personale.

La terza via riguarda le assicurazioni, che non accettano di coprire i rischi della non autosufficienza, perché, essendo troppo elevati, il premio sarebbe eccessivo. Quindi, contrariamente a quanto inizialmente si è pensato, le assicurazioni questo discorso non lo vogliono sentire. Invece, sono disponibili in parte ad ascoltare un discorso diverso. Siccome esiste in Italia un elevato numero di fondi assicurativi, i cosiddetti *manage care*, polizze cioè volontarie, pensiamo ai giornalisti, ai dirigenti, ai bancari, se offriamo alle assicurazioni la possibilità di dare a queste persone un pacchetto a prezzo contingentato, purché si rivolgano agli ospedali pubblici o accreditati per la libera professione e lì spendano il loro denaro (naturalmente non può essere un obbligo, ma dobbiamo prevedere condizioni perché tale possibilità divenga interessante), le assicurazioni possono essere invogliate ad inserire nell'elenco delle strutture convenzionate alcuni ospedali, che le Regioni sceglieranno, caratterizzati da un trattamento alberghiero dignitoso e che, come sempre, offrono il meglio delle cure. Perché la parte sanitaria dell'ospedale pubblico è senz'altro la migliore, tutti i cittadini italiani lo sanno; in più, essa dovrebbe avere un prezzo «a pacchetto», cioè l'uno per l'altro, un *tot*. Qual è sempre il timore delle assi-

curazioni quando fanno queste polizze? La variabilità del prezzo, che può andare da un minimo ad un massimo, perché l'operazione si può complicare, la protesi può cambiare, eccetera. Quindi, non sanno mai cosa spendono e a fine corsa ci perdono. Se gli si assicura un pacchetto «l'uno per l'altro» a prezzo fisso, loro saranno felici, me lo hanno detto chiaro e tondo.

Faccio sempre l'esempio dell'intervento di applicazione di una protesi dell'anca, che è un caso tipico in questo ambito. Questa operazione in una casa di cura privata può costare tra i 30 e i 60 milioni di vecchie lire. Se il cliente dell'assicurazione si reca in un ospedale pubblico, naturalmente di sua scelta, gli si può offrire il grande ortopedico con la formula «l'uno per l'altro»: qualunque intervento verrà realizzato,il prezzo sarà comunque pari a 30 milioni di vecchie lire; è il cosiddetto pacchetto. Questo per l'assicurazione è un grandissimo vantaggio ed è un vantaggio anche per il paziente, perché questo sa che va dal migliore chirurgo e comunque da un'*équipe* di grandissimo livello, in un ospedale attrezzato, a gestire qualunque complicanza prevista nel pacchetto. Se c'è un arresto cardiaco nella sala operatoria di una casa di cura privata, con tutto il rispetto, si rimane lì; se si va in un ospedale, ad esempio in un policlinico, è molto probabile che si riesce ad uscirne fuori. Questo la gente lo sa benissimo, come emerge da tutti i sondaggi. Inoltre, il paziente in questione supera la lista di attesa e ovviamente sceglie il medico: «Io voglio essere operato dal professor Mascioni», e il professor Mascioni lo opera. Inoltre, essendo libera professione non c'è attesa, né si corre il rischio di essere operati dal primo chirurgo che passa, per così dire. Inoltre, l'ambiente è dignitoso; non sarà probabilmente un albergo di lusso, però è dignitoso. Quindi, c'è un vantaggio per l'assicurazione e per il paziente.

Qual è il vantaggio per la Regione? La Regione si sgrava totalmente del DRG *(Disease related group)*, che, ad esempio, per l'intervento di protesi dell'anca oggi paga per una fascia di pazienti. Infatti, nella libera professione la Regione paga il DRG e il resto lo paga il paziente; qui paga l'assicurazione, quindi la Regione si sgrava, cioè riduce la spesa – e quando si moltiplica per 2 milioni, la questione diventa seria – quindi guadagna denari e ha più risorse.

Inoltre, l'ospedale consegue una maggiore produttività, perché logicamente ha uno stimolo ad attrezzarsi meglio, fa lavorare i propri dipendenti e recupera i costi, che oggi, come voi avete visto dal rapporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, finiscono per essere un debito.

Questo è un modo per apportare nuove risorse utilizzando somme che già pagano altri; le polizze ci sono già, non è che lo inventate io, solo che vanno alla casa di cura tale o tal'altra. Se noi creiamo un incentivo perché siano orientate in un certo senso, credo che riusciremo a portare risorse fresche al sistema sanitario. Questa è l'operazione. Naturalmente, sia la tassa di scopo tipo Bolzano sia l'altra questione sono *in itinere*, così come lo è ancora di più il tentativo di gestire alcuni grandi provvedimenti con le Regioni a fronte dell'impegno a coprire i buchi esistenti (che altrimenti non si capisce chi potrebbe finanziare).

A mio avviso, questa operazione è fattibile, ma ancora non è stata discussa, se non marginalmente per la parte del fondo della non autosufficienza; è stata, quindi, solo abbozzata ed è tutto da discutere. Può darsi che non trovi minimamente accoglienza, ma io ritengo sia una possibilità da esaminare. In ogni caso, se vi fossero soluzioni migliori, sarebbe magnifico.

Una soluzione è certamente quella accennata anche dal senatore Mascioni a proposito del fatto che i cittadini sono disposti a pagare più tasse per avere maggiori servizi. Secondo gli economisti della NERA *(National economic research associates)*, è fondamentale che il Governo sappia con certezza quanto sono disposti a pagare i cittadini attraverso le tasse per avere maggiori servizi.

Se il sondaggio fosse vero (non dubito che lo sia), sarebbe incoraggiante perché significherebbe che ancora una volta la gente guarda alla salute con occhio ben disposto.

Quindi, se questa fosse una via percorribile, sarei molto felice perché potremmo innalzare la tassazione ed avere più servizi, tradizionali e non.

Aggiungiamo, pertanto, questa possibilità a quelle da verificare.

Sottolineo, inoltre, che non intendiamo assolutamente proporre la chiusura delle RSA: per carità! Il concetto è un altro. La RSA non deve essere un luogo senza ritorno, come oggi viene interpretato. L'anziano la cronico, ad esempio cardiopatico o nefropatico, ogni tanto deve fare una sorta di registrazione, rimettersi a posto, eseguire nuovi esami per valutare lo stato della malattia e se è giusto continuare ad assumere gli stessi medicinali ed in quale dosi. Non esiste alcun luogo, però, dove poter svolgere tale registrazione; eventualmente, si può andare in un ospedale per acuti, dal quale però dopo tre giorni si viene cacciati, dal momento che non è il posto giusto per la registrazione della cronicità.

La registrazione potrebbe, dunque, essere fatta proprio nella RSA cosiddetta di sollievo: in tal senso non si intende solo dare sollievo alla famiglia per 15 giorni, ma anche mettere a punto la terapia ed effettuare una nuova diagnosi, rivedendo il paziente.

Tutto questo non esiste in Italia, se non in pochissimi casi: ne ho visto uno a Nespolo, dove c'è una bellissima struttura che si occupa proprio di questo, ma sempre perché vi sono persone che guardano avanti e che fanno cose che comunque altrove non esistono.

Sarebbe importante, pertanto, che ciò venga fatto dalla RSA perché si solleverebbe il medico di famiglia da una serie di responsabilità ed il paziente tornerebbe a casa con un quadro terapeutico e diagnostico aggiornato; non si creerebbe un'anticamera della morte nella quale i malati stazionano a costi pur sempre rilevanti; inoltre, non si sradicherebbe il paziente dalla sua abitazione.

Chiaramente la RSA è insostituibile laddove c'è un malato affetto dalla sindrome di Alzheimer allo stato terminale o comunque un cronico allettato che non può fare altro che aspettare la fine dei suoi giorni; tuttavia, per come è intesa oggi, probabilmente essa è in gran parte sostituibile

con le strutture territoriali o con le stesse strutture residenziali a breve che – tanto per intenderci – definiamo di sollievo.

Purtroppo ciò non fa parte della cultura popolare così come non sono stati diffusi in modo sufficiente i centri diurni integrati, che rappresentano anch'essi un sollievo per la famiglia: infatti, chi va a lavorare e ha il nonno in casa non può lasciarlo solo senza che nessuno si curi di lui perché potrebbe aprire il gas, cadere per terra o sporcarsi. Anche i centri diurni, quindi, sono molto importanti.

Per quanto riguarda la Croce Rossa, la senatrice Boldi riferisce che stanno preparando le elezioni: verificherò se ciò corrisponde a verità, eventualmente facendomi indicare le date.

Per quanto riguarda la classificazione ICF *(International classification of functioning, disability and health)*, il criterio adottato va senz'altro bene: è un modo che non voglio definire politico, ma che misura la disabilità rispetto a valori positivi e non negativi. Afferma, infatti, che il disabile è tale sotto certi aspetti, ma che è abile per molti altri. La misura dell'abilità residua è certamente una bella immagine, ma in realtà non è altro che, specularmente, quella che individua la scala IADL *(Instrumental activities of daily living)*. Quest'ultima, infatti, dà la medesima misura, ma in senso negativo.

BAIO DOSSI *(Mar-DL-U)*. È una semplificazione.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Non sto criticando. Finora abbiamo misurato sulla base della scala IADL ed ora misuriamo la capacità residua che – ripeto – è una bella immagine perché è anche positiva. Naturalmente, siamo ben felici di assecondare questo nuovo modo di affrontare la situazione.

MASCIONI *(DS-U)*. Lei, signor Ministro, ha citato l'esempio delle protesi (peraltro utilizzate molto spesso dagli anziani): ritengo che quella sia una risposta dovuta, di ordinaria amministrazione del sistema sanitario pubblico.

Non individuo, quindi, altre scorciatoie, ricerche e complicazioni, perché la funzione del servizio sanitario è quella di garantire, anche prevenendo, la funzionalità e la salute ai cittadini.

In ordine alla tassa di scopo e all'addizionale, lei ha parlato di sistema alternativo. Vorrei sottolineare che esso è rafforzativo dell'attuale sistema di finanziamento. Infatti, il pubblico viene finanziato con la spesa pubblica attraverso le entrate che lo Stato realizza. Fra l'altro, questa pressione si è accentuata perché vi sono Regioni che hanno applicato addizionali sull'IRPEF molto significative ed altre, come la Lombardia, che hanno ripristinato *ticket* ed addizionali anche abbastanza pesanti.

Questa è la linea seguita perché c'è una modificazione della struttura sociale per la quale si afferma che non vi sarà una riduzione della spesa sanitaria: grazie al cielo, infatti, abbiamo il primato mondiale dell'invecchiamento. Conseguentemente, però, vi è una maggiore esigenza di ri-

sorse. Allora, questa modificazione sociale richiede correzioni ed accorgimenti.

Una tassa di scopo o un'addizionale registra una modificata situazione sociale, però il sistema è rafforzativo di quanto già esiste. Ritengo infatti che – fino a prova contraria – l'eccezionale risultato dell'invecchiamento sia legato anche ad un forte sistema pubblico. Come abbiamo ricordato anche nella precedente occasione e come abbiamo evidenziato anche al sottosegretario Cursi, a proposito della SARS, la risposta positiva che ci porterà ad esprimere un voto favorevole sul decreto che verrà esaminato in Aula la prossima settimana è legata alla presenza di un forte sistema sanitario pubblico.

Questa è la filosofia che intendo sottolineare e questi sono i punti che difenderemo perché hanno dato risultati.

SIRCHIA, *ministro della salute*. Forse non mi sono spiegato. Nonostante quello che continuano a dirmi, non è che io non creda nel servizio sanitario pubblico.

Il discorso a me va benissimo. Se vi fosse la possibilità di prevedere un aumento delle tasse tale da portare alla sanità quel *quid* in più per coprire le esigenze, sarebbe magnifico e non avrei nulla in contrario. Poiché temo però che ciò non avvenga, credo che si debbano individuare soluzioni che permettano di ovviare comunque al fatto che queste Regioni non hanno le risorse sufficienti. Mi chiedo cosa accadrà se queste Regioni andranno avanti in tal modo, erogando con difficoltà o addirittura riducendo i servizi, rischiando di allungare le liste d'attesa ed avendo completamente fuori controllo le spese; mi chiedo cosa accadrà, alla fine, a questo servizio sanitario pubblico. In qualche modo si dovrà rimpinguare e poi, però, anche controllare.

La *devolution* non si può evitare. I sondaggi evidenziano che la gente vuole che siano le Regioni a gestire la sanità. Non sono io a decidere queste cose; io cerco di rimanere nell'ambito di quello che posso fare.

A me interessa che arrivino risorse al Servizio sanitario nazionale perché altrimenti si rischia di esaurire quelle in dotazione e di operare avendo una visione economicistica folle che alla fine, invece che al rapporto qualità-prezzo, pensa solamente al rapporto prezzo-qualità o solo al prezzo. Questo vuol dire tagli, riduzione della qualità dei prodotti, e così via, vuol dire minore qualità, o addirittura che si tagliano i servizi o si razionano con le liste. Ognuna di queste cose è il nemico. A me va bene tutto, purché arrivino delle risorse. Se una strada non è percorribile, se ne trovino altre alternative; non è che io privilegi l'una o l'altra, l'importante è che arrivino i soldi.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Sirchia per essere intervenuto.

Sono così esaurite le comunicazioni del Governo.

I lavori terminano alle ore 15,15.