



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 1

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE TURCO  
SULLE LINEE PROGRAMMATICHE DEL SUO DICASTERO

5<sup>a</sup> seduta: giovedì 6 luglio 2006

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E****Comunicazioni del ministro della salute Turco sulle linee  
programmatiche del suo Dicastero**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 13, 17 e <i>passim</i>
* BIANCONI (FI) . . . . .	17
* CURSI (AN) . . . . .	17
* GHIGO (FI) . . . . .	13, 17
* TOMASSINI (FI) . . . . .	22
* TURCO, ministro della salute . . . . .	3, 17

---

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-Ind-MA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democratici cristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.*

*Interviene il ministro della salute Livia Turco.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,10.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Comunicazioni del ministro della salute Turco sulle linee programmatiche del suo Dicastero**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca comunicazioni del ministro della salute Turco sulle linee programmatiche del suo Dicastero.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Sono molto lieto di avere oggi qui con noi il ministro Turco che saluto e ringrazio anche a nome della Commissione.

Poiché immagino che molti colleghi chiederanno di intervenire dopo la relazione introduttiva, ove non fosse possibile concludere il dibattito nella seduta odierna, concorderemo con il Ministro quando convocare un'altra seduta per consentire il completamento della discussione e lo svolgimento della replica.

Ciò detto, cedo immediatamente la parola al ministro Turco.

\* TURCO, *ministro della salute*. Signor Presidente, mi scuso innanzitutto per il ritardo, ma domani sarà varato il Documento di programmazione economico-finanziaria dal Consiglio dei ministri e si è reso necessario un supplemento di discussione.

Per non rubare molto tempo, consegno agli atti della Commissione un testo scritto di cui nel corso della mia relazione richiamerò solo i punti più importanti. Alla luce della mia esperienza, sono consapevole di quanto il rapporto con il Parlamento sia prezioso per un'efficace azione di governo; per questa ragione, mi preme molto intrattenere una comunicazione costante e positiva sia con la Camera sia con il Senato. In guisa di ciò ho ritenuto opportuno dare molta importanza alle comunicazioni alla Commissione igiene e sanità, cercando di descrivere per esteso e in dettaglio le azioni che il Governo intende porre in essere in questo settore. Quindi, ove possibile rinverò al testo scritto.

Le linee programmatiche che mi accingo ad illustrare hanno come punto di riferimento il programma dell'Unione (non avrebbe potuto essere diversamente), ma tiene anche conto di quanto ho avuto modo di ascoltare

in questo mese e mezzo nel corso degli incontri con i numerosi attori del sistema sanitario: medici, enti locali, associazioni di volontariato, competenze presenti nel Ministero. A quest'ultimo riguardo faccio presente che la struttura ministeriale vive oggi una fase di ridefinizione del proprio ruolo, posto che le funzioni di indirizzo, di coordinamento e di valutazione dei risultati necessitano di una strumentazione adeguata non semplice da realizzare. Ciò non di meno, presso il Ministero ho trovato molte professionalità che intendo valorizzare e che sono state preziose anche nell'opera di definizione del programma di cui mi limiterò a citare solo i passaggi essenziali.

Il punto di partenza è una valutazione del sistema sanitario nazionale, che, se mi è consentita una metafora, definirei come una casa solida, la quale deve però essere resa più accogliente e inclusiva, più efficiente, efficace ed equa, secondo le famose tre «e» della sanità che mi sembrano quanto mai pertinenti. Tutto ciò è possibile se si fa leva sulla responsabilità, sui talenti e sulle capacità dei tanti protagonisti del sistema sanitario. Proprio al fine di esplicitare questo assunto ho ritenuto opportuno utilizzare quelle che credo siano le parole chiave per un buon programma della sanità, fatto salvo che il punto di riferimento è la normativa vigente, la legge n. 833 del 1978, l'articolo 32 della nostra Costituzione e il decreto legislativo n. 229 del 1999, che è mia intenzione applicare in tutte le sue parti.

La verifica effettuata nella mia esperienza di Governo ha fatto nascere in me la convinzione che i problemi del nostro sistema sanitario non riguardino soltanto le leggi ma attengano molto a una positiva azione quotidiana, alla valorizzazione delle buone pratiche utilizzate in sanità, alla capacità di costruire sinergie tra i vari attori che operano in questo settore.

Di qui le parole chiave del nuovo patto per la salute che, al di fuori di ogni retorica, se concretamente tradotte, possono essere utili al governo della sanità e della salute.

Innanzitutto vi è la «fiducia»: considero fondamentale ricostruire un rapporto di fiducia tra i cittadini e il servizio sanitario pubblico, che passi attraverso la valorizzazione sia delle buone pratiche e dei punti di eccellenza presenti in sanità sia delle tante competenze che lavorano in quest'ambito. Anche se può sembrare improprio attribuire a un Ministero la funzione di generatore di fiducia, sono convinta che tale funzione è appropriata. Per questa ragione vogliamo costituire in autunno gli stati generali degli operatori della sanità, al fine di condividere il percorso che la sanità italiana ha di fronte, chiedendo a ciascuno di fare la propria parte. Girando per il Paese ho rafforzato in me la convinzione che i medici e gli operatori sanitari non sono interessati soltanto alla loro retribuzione ma vorrebbero vedere la loro professionalità valorizzata e parte di un progetto più ampio che è quello, appunto, di promuovere e garantire l'effettivo diritto alla salute. In tal senso è importante raccogliere questo atteggiamento di responsabilità e questo desiderio di sentire promossa e valorizzata la propria professionalità.

Un'altra parola chiave è la «qualità» che deve ispirare ogni atto sanitario ma anche le procedure gestionali ed amministrative. In sanità la qualità non riguarda solo gli aspetti squisitamente clinici, ma anche quelli connessi ad una organizzazione e ad una catena di governo efficienti e in linea con gli obiettivi di salute prefissati. Va sottolineato come un'efficace organizzazione e un'efficace prassi amministrativa possano produrre qualità e dunque equità ed efficienza.

A seguire vi è la parola «umanizzazione», vale a dire la capacità di rendere le pratiche mediche e assistenziali e i luoghi di cura aperti, sicuri, senza dolore, conciliando politiche di accoglienza e di informazione con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino.

Aggiungo poi l'«unitarietà del sistema», che costituisce la vera sfida cui ci troviamo di fronte, nella convinzione che non si possano ottenere risultati per il governo della salute e della sanità senza uno spirito di concordia. Bisogna fare in modo che i livelli essenziali di assistenza siano omogenei sul territorio nazionale e, soprattutto, che le promesse fatte ai cittadini siano davvero garantite in termini di traduzione in leggi, in indirizzi, in obiettivi e in prestazioni effettive. Sono sicura che chi ha avuto esperienze di Governo può condividere il fatto che sia una grande scommessa far sì che le risorse stanziare, gli obiettivi definiti, gli indirizzi e le linee guida delineate, diventino davvero diritti esigibili. Rilevo, infatti, un certo scarto anche in merito alle risorse stanziare. Nella scorsa legislatura, un'indagine parlamentare sulla sanità nel Mezzogiorno aveva messo in evidenza come tante risorse stanziare per gli investimenti non fossero state utilizzate. Premesso ciò, sento di poter affermare che far sì che le risorse e gli strumenti disponibili si traducano in diritti esigibili e in una unitarietà di prestazione di base è indubbiamente la sfida più difficile e più importante da affrontare.

Poi vi è la «responsabilità», parola che mi sta molto a cuore e che deve essere utilizzata anche nel discorso e nella retorica pubblica sulla sanità. Bisogna parlare di diritto alla salute ma anche di doveri del cittadino di promuovere la propria salute e di tutti gli operatori della sanità di concorrere alla promozione del diritto alla salute. Tante sono le questioni aperte, a partire dalle liste di attesa, che si possono superare e affrontare mettendo in campo un atteggiamento virtuoso di responsabilità dei medici e dei cittadini, oltre che di responsabilità del soggetto pubblico di garantire le prestazioni essenziali.

Si prosegue con la «legalità». Una battaglia difficile ma importante che si può fare tutti insieme è promuovere il merito e la competenza a tutti i livelli della sanità. Tutti insieme dobbiamo fare in modo che nel nostro Paese non vi sia più malasanità e che la legalità nel settore sanitario significhi valorizzazione delle competenze e del merito, oltre che uso scrupoloso delle risorse stanziare.

Ancora: la «cultura dei risultati» legata all'unitarietà del sistema. La cultura della valutazione non solo nella sanità ma in tutto il *welfare* italiano è un'innovazione da realizzare. Valutare i risultati che si ottengono

non è una prassi abituale ma è una sfida dal punto di vista del diritto, dell'equità e dell'uso efficace delle risorse. Bisogna intervenire anche sulla strumentazione di cui il Ministero della salute deve essere dotato, per svolgere un'azione veramente efficace di indirizzo, di coordinamento e di valutazione dei risultati. Oltre agli strumenti è importante diffondere un diverso atteggiamento culturale, dal momento che non si devono solo definire indirizzi o verificare le risorse disponibili ma soprattutto valutare i risultati ottenuti.

A seguire, vi è la «politica delle alleanze». Se la salute è un investimento e non un costo, il servizio sanitario pubblico deve avere la capacità di sollecitare ciascun attore economico e sociale del nostro Paese a fare la sua parte. Per questo vogliamo lavorare – di qui l'innovazione – a un progetto interministeriale per l'equità e la promozione del diritto alla salute, che veda il concorso dell'insieme delle politiche del Governo volte a promuovere il diritto alla salute. Bisogna essere coerenti con l'assunto, da tutti condiviso, che la salute è materia attinente non solo al sistema sanitario, ma anche ai cosiddetti determinanti della salute. Se il Governo promuove un'innovazione di questo tipo può, ancor più e con maggior forza, chiedere a tutti gli attori economici e sociali di offrire il proprio contributo per sostenere il diritto alla salute. Per attori economici e sociali intendo i cittadini e le loro famiglie, il mondo della ricerca, il settore del *no profit* e del volontariato, le parti sociali, come i sindacati ma anche il mondo delle imprese. È significativo che si parli ormai in tutte le sedi, ivi incluso il mondo delle imprese, di salute come investimento. Una larga sinergia rappresenta un indicatore cruciale di una buona politica della salute e di un impegno del Ministero della salute. In questo primo mese e mezzo di lavoro abbiamo avviato presso il Dicastero una serie di tavoli di lavoro e di confronto, che vogliamo istituzionalizzare e rendere permanenti. Abbiamo incontrato le professioni mediche e deciso di istituire una sede unitaria, una consulta delle professioni mediche; abbiamo dato vita ad un tavolo permanente con i sindacati e con il mondo imprenditoriale; vogliamo far nascere, e rendere permanente, una consulta delle associazioni e del volontariato. Vi è però un punto che non deve essere ascritto alle larghe alleanze e al rapporto con le forze sociali ma che attiene al governo unitario del sistema: la concertazione, la codecisione e la collaborazione con le Regioni. Come primo atto da Ministro ho riunito gli assessori alla sanità attorno ad un tavolo di confronto che intendo rendere permanente. Insieme alle Regioni siamo impegnati a definire un nuovo patto per la salute, secondo un rapporto che attiene al governo unitario della sanità. Le Regioni rappresentano il livello istituzionale che, insieme al Governo, deve decidere, definire e promuovere gli indirizzi di politica della salute.

A partire da queste parole chiave che si sostanziano di fatto in scelte di metodo che, come sapete, sono sostanza, vorrei ora soffermarmi sugli indirizzi e le scelte che ci troviamo di fronte, che stiamo cercando di affrontare e che richiederanno una discussione in questa sede e nel Parlamento.

In questo periodo abbiamo lavorato al Documento di programmazione economico-finanziaria in vista del varo della prossima legge finanziaria. Mi limiterò a citare alcuni punti rinviando al testo scritto; mi soffermerò invece sul tema economico e segnatamente sulla questione finanziaria e sul nuovo patto sulla spesa.

Promuovere il diritto alla salute richiede il superamento di un approccio economicista, per cui il diritto salute è compreso e promosso all'interno di determinate compatibilità finanziarie. Il diritto alla salute, previsto dall'articolo 32 della nostra Costituzione, deve essere promosso mobilitando molte energie e risorse. Indubbiamente la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario pubblico è una componente cruciale che attiene non soltanto alla compatibilità finanziaria ma anche all'equità e alla promozione del diritto alla salute.

Richiamerò alcuni dati per rappresentarvi la cornice di questo patto per la salute. Dal 2001 al 2005 la spesa sanitaria a consuntivo è passata dal 6,1 al 6,6 per cento del PIL, quindi con una crescita annua dello 0,6 per cento; nel 2006 l'aumento della spesa a consuntivo sarà di circa il 6,8 per cento. Sappiamo che la spesa sanitaria del nostro Paese è inferiore alla media europea. Un adeguato finanziamento della sanità rappresenta per noi una scelta irrinunciabile, ma per raggiungere tale risultato bisogna mettere sotto controllo l'aumento della spesa sanitaria, verificandone i risultati, ovvero come gli stessi si traducono in termini di livelli essenziali di assistenza.

Per garantire la certezza dei diritti e dei livelli essenziali di assistenza dobbiamo fare in modo che il meccanismo di finanziamento della sanità esca da questa condizione di continua emergenza. È necessario abbandonare l'immagine di una sanità fuori controllo costantemente da monitorare con una particolare lente di osservazione e dimostrare invece che la spesa sanitaria può essere governabile. Bisogna superare tre atteggiamenti che hanno contraddistinto la politica sanitaria nel nostro Paese: la mancanza di una valutazione condivisa del fabbisogno, una sottostima del fondo sanitario, una valutazione errata dei livelli essenziali di assistenza. Porre pesanti vincoli alle Regioni, come l'impossibilità di ricorrere all'autonomia impositiva o l'obbligo di sottostare a parametri a volte non condivisi significa costringerle a una programmazione annuale. Peraltro, il suindicato obbligo è stato vissuto dalle Regioni italiane come un impedimento alla piena assunzione di responsabilità. La carenza del monitoraggio sulla spesa sanitaria e soprattutto i risultati della stessa sono altri fattori da considerare.

Stiamo portando avanti con le Regioni questa discussione che, peraltro, con alcune di esse è stata anche severa. Spero che tutti abbiano apprezzato l'applicazione di una misura contenuta nella precedente finanziaria e quindi non scelta da questo Governo. Mi riferisco alla previsione di un aumento dell'Irap e dell'Irpef per le Regioni che presentano un elevato *deficit*, alle quali è stato chiesto di porre in essere a un'incisiva azione di controllo della spesa e la riconversione degli indirizzi della politica sanitaria. Obbligare le Regioni a osservare attentamente la propria spesa sani-

taria e ad assumere iniziative volte a modificare gli indirizzi di politica sanitaria in termini virtuosi non solo per il mantenimento della spesa ma per la promozione del diritto alla salute, attraverso il ricorso allo strumento del vincolo finanziario può essere foriero di atteggiamenti virtuosi e portare all'eliminazione delle cosiddette inadeguatezze.

Quest'azione di monitoraggio e di valutazione dei risultati deve essere potenziata rispetto al passato. I termini del patto per la salute che vorremmo costruire di qui alla prossima legge finanziaria, elaborandoli soprattutto nel mese di luglio, tenderanno al raggiungimento di una valutazione comune del fabbisogno della spesa sanitaria. A fronte di uno stanziamento deciso di comune accordo e quindi di un'incidenza condivisa della spesa sanitaria sul PIL, ciascuna Regione sarà obbligata a rispettare quest'obiettivo che costituisce un vincolo. È un principio di assoluta responsabilità e autonomia da cui consegue che chi non sarà in grado di rispettare tale vincolo dovrà fare fronte alla situazione con risorse proprie. In cambio di quest'assunzione di responsabilità delle Regioni, vi è da parte del Governo un'indicazione certa di risorse e soprattutto la possibilità di una programmazione pluriennale, che è peraltro fortemente richiesta. Infatti, l'arco temporale entro cui collocare l'azione di programmazione è importante per promuovere indirizzi innovativi, ristrutturare, superare le inadeguatezze e sostenere in modo efficace il diritto alla salute.

Bisogna premiare le Regioni più virtuose che, a fronte di una certa entità di spesa, sono riuscite a coniugare efficienza, equità ed efficacia. Tutte le Regioni devono raggiungere questo traguardo, anche quelle che versano oggi in una situazione di maggiore difficoltà. Dobbiamo accompagnare questo processo di condivisione degli obiettivi di finanza pubblica ma anche di salute non solo attraverso il monitoraggio ma anche con un finanziamento straordinario distribuito nel tempo ed esplicitamente finalizzato al rientro del debito. Quindi, posto l'arco temporale 2007-2009, l'obiettivo di tutte le Regioni è rientrare dal *deficit* in questo lasso di tempo. Avere l'ambizione di far sì che tutte le Regioni diventino autosufficienti, virtuose e sappiano coniugare l'equità e l'efficienza della spesa sanitaria è certamente un obiettivo che ci si deve porre, oltre che un significativo contributo. Come raggiungere tale obiettivo dipenderà dall'assunzione di responsabilità, dalla capacità di alleanze di tutti: è un atto di fiducia nei confronti delle Regioni che oggi incontrano qualche difficoltà in più a raggiungere tale risultato. Detta fiducia è motivata dal fatto che oggi riscontriamo atteggiamenti virtuosi da parte di quasi tutte le Regioni.

Tra le altre scelte importanti che riteniamo di dover fare per promuovere la maggiore accoglienza del sistema sanitario pubblico vi è la valorizzazione delle professionalità. Intendiamo dare piena applicazione alla legge 1 febbraio 2006, n. 43, sulle professioni sanitarie e presto sottoporremo all'esame del Consiglio dei ministri lo schema di decreto legislativo relativo agli ordini sulle professioni sanitarie. Riteniamo importante valorizzare il governo clinico assistenziale quale governo di sistema partecipato da parte delle Regioni, degli enti locali, delle aziende sanitarie e di tutte le professioni sanitarie.



Non credo sia utile che il Governo promuova molti interventi legislativi soprattutto in un'ottica di rispetto nei confronti del Parlamento. Tuttavia, intendiamo promuovere una legge sul governo clinico per valorizzare da un lato le professionalità, le autonomie e le competenze delle professioni sanitarie all'interno del sistema della *governance*, dall'altro l'autonomia, la professionalità e la trasparenza nel sistema dei concorsi e della promozione delle suddette professioni.

Entro questo mese il Governo è chiamato ad adempiere ad un provvedimento sulla *intramoenia*, i cui termini sono in scadenza: sarebbe grave se non provvedessimo a normare un aspetto così cruciale del sistema sanitario. Al momento però non abbiamo ancora messo a punto un provvedimento definitivo, perché pensiamo sia utile discuterne con le categorie e i soggetti interessati. Mi risulta, peraltro, che questa Commissione abbia deciso di approfondire la materia; ciò ci sollecita a non definire un provvedimento ultimativo e ci suggerisce, come atteggiamento più prudente, di prevedere una proroga, i cui termini valuteremo in accordo con voi. Il dibattito che si terrà prossimamente mi sarà utile anche per la messa a punto di tale norma.

A proposito della valorizzazione della professionalità intendo sottolineare altri due aspetti. Il primo riguarda il sistema dell'educazione continua in medicina (ECM): uno dei primi appuntamenti che ho con la struttura del Ministero è dedicato a valutare l'utilizzo di queste risorse e a riformare il relativo dispositivo per renderlo più appropriato ai bisogni di formazione continua del nostro Paese ed evitarne un utilizzo improprio.

In secondo luogo, riteniamo importante superare la precarietà, linea guida generale dell'azione del Governo, anche nel settore della sanità. Le misure adottate per bloccare le piante organiche hanno imposto il ricorso alle assunzioni a tempo determinato per cifre non enormi ma comunque significative. Ciò ha un impatto negativo – scusate l'espressione che può sembrare forte – non soltanto su chi vive una condizione di discontinuità nel rapporto di lavoro, ma anche sulla qualità delle prestazioni. Su questo tema delicatissimo sentiamo forte la responsabilità di individuare soluzioni specifiche riferite alla peculiarità della sanità.

Al fine di valorizzare le risorse umane per rendere il sistema sanitario più efficiente ed equo, sottolineiamo l'importanza di investire molto sulla ricerca non solo in termini di risorse, ma anche di modalità con cui le stesse sono utilizzate.

Riteniamo pertanto che si debba essere davvero tenacemente coerenti con le parole «trasparenza» e «valorizzazione dei meriti» e che, per quanto riguarda i punti di eccellenza della ricerca scientifica e biomedica, occorra dire esplicitamente che «l'Italia è l'Italia», vale a dire che non vi sono punti di eccellenza solo a Roma e a Milano, ma ve ne sono diffusi su tutto il territorio nazionale, compreso il Mezzogiorno, il Nord e il Centro, che non includono solo Milano ma anche Torino, Bologna e così via.

Pertanto, abbiamo ritenuto opportuno riformulare il decreto con cui erano stati stanziati 100 milioni di euro per la ricerca oncologica, meritorio provvedimento del precedente Governo, sollecitato dall'allora presi-

dente Ciampi, dal momento che tale ricerca è una componente importantissima dell'attività di ricerca in generale del nostro Paese.

Abbiamo ritenuto di riformulare i criteri di detto provvedimento e di proporre un nuovo decreto, attualmente all'attenzione della nuova Conferenza Stato-Regioni, per accogliere l'obiezione avanzata dalle Regioni secondo la quale un provvedimento simile non poteva non essere condiviso con le Regioni stesse. Fare in modo che il provvedimento fosse condiviso da tutte le Regioni significava valorizzare l'insieme del territorio nazionale e tutti i centri di eccellenza su di esso presenti, riconoscendo loro la possibilità di partecipare all'utilizzo di queste risorse, nonché fissare criteri certi e trasparenti per l'utilizzo delle risorse stesse.

In occasione di una riunione della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria del Ministero e precedentemente di un incontro con i rappresentanti dell'IRCCS è emerso un importante indirizzo, che mi sento di accogliere con molta nettezza: avere risorse adeguate per la ricerca; superare la frammentarietà dei capitoli di spesa; definire un programma di ricerca biomedica nel nostro Paese di respiro quanto meno triennale; fare in modo che gli investimenti nella ricerca riguardino sicuramente le grandi patologie ma anche l'innovazione del sistema sanitario.

Un sistema sanitario, per essere efficiente, equo e appropriato, ha bisogno di innovarsi; a tal fine necessita dell'apporto della ricerca. Un sistema sanitario che non si avvale della ricerca e dell'innovazione invecchia e non può essere efficace, efficiente e appropriato. Quest'indirizzo forte sarà dato alla politica della ricerca, trattandosi non di una mia idea ma di una visione da più parti sollecitata in questi ambiti.

Un altro aspetto importante riguarda la politica farmaceutica. Entrando nel merito di temi di scottante attualità, desidero ricordare che abbiamo iniziato un'azione di concertazione con tutti i soggetti della politica farmaceutica del nostro Paese, a partire dalle farmacie. Intendiamo proseguire questo dialogo tant'è vero che venerdì incontrerò i rappresentanti dell'ordine dei farmacisti e lunedì il presidente Prodi incontrerà quelli della Federfarma.

Per quel che mi riguarda la politica di concertazione e il dialogo sono fondamentali anche per affrontare le necessarie innovazioni. La spesa farmaceutica deve essere analizzata assumendo il farmaco come bene «dedicato», che riguarda la promozione del diritto alla salute dei cittadini, ma è anche parte della politica di sviluppo industriale del nostro Paese. Se da un lato il farmaco è un bene connesso alla promozione del diritto alla salute, dall'altro, il segmento farmaceutico è un importante settore produttivo, di ricerca e di eccellenza del nostro Paese. Ciò premesso, su questo tema occorre una politica di concertazione che veda il coinvolgimento non solo del Ministero della salute ma anche di quello dell'economia.

In tal senso procede il tavolo che abbiamo aperto e che intendiamo portare avanti e implementare con i Ministeri dell'economia, delle finanze e dello sviluppo economico proprio per valutare come in questo specifico segmento della ricerca possano essere promossi investimenti alla pari di altri importanti settori della ricerca, dell'innovazione e della politica indu-

striale del nostro Paese, posto che il farmaco non è soltanto un bene per la salute ma anche una parte importante della politica sia della ricerca sia industriale di questo Paese.

Mi preme ora segnalare le criticità del sistema alle quali vogliamo dedicare una particolare attenzione e, di seguito, le azioni già avviate.

Tra le criticità del sistema vi sono le liste d'attesa, in riferimento alle quali il precedente Governo ha avviato un'azione che intendiamo proseguire promuovendo nel mese corrente un incontro con le Regioni al fine di verificare quanto degli interventi concertati sia stato recepito in ciascuna di esse. Uno dei primi punti su cui esercitare l'azione di monitoraggio, di valutazione dei risultati e di verifica, cui ho prima accennato, si sostanzia nel valutare quanto un programma e un indirizzo nazionale condiviso si sia poi tradotto in programmi regionali e nell'effettiva promozione di un miglioramento del sistema.

Un'altra criticità cui intendiamo dedicare molta attenzione è la promozione dell'autosufficienza del Mezzogiorno per far sì che quest'area del Paese riesca a mettersi al passo con il resto delle Regioni italiane. Parlare di Mezzogiorno significa parlare di risorse adeguate, di appropriatezza, di lotta agli sprechi e, soprattutto, di assunzione da parte delle Regioni meridionali di quella capacità di progettazione e di spesa per la quale può risultare utile stringere accordi di programma tra le stesse Regioni. Esistono, infatti, professionalità e modalità di organizzazione del lavoro che possono essere utilmente scambiate; penso, ad esempio, al sistema di accreditamento o all'organizzazione degli ospedali e della medicina del territorio ma anche a singole aree.

A tal proposito è opportuno richiamare alcuni esempi concreti che aiutano a capire meglio le intenzioni; uno fra tutti è quello della Regione Sardegna che, registrando un enorme ritardo nel settore della salute mentale, ha stretto un accordo con la Regione Friuli Venezia Giulia allo scopo di utilizzare l'avanzata esperienza acquisita da quest'ultima in un campo cruciale come quello della salute mentale e costruire una propria rete di interventi e servizi adeguata ad affrontare questa complessa problematica. Gli accordi di programma tra Regioni rappresentano una pratica che riteniamo di dover promuovere.

Affrontare il tema del Mezzogiorno significa parlare di legalità e di investimenti nel settore della sanità. Vi è poi un altro concetto fondamentale cui tengo molto con riferimento al prossimo Documento di programmazione economico-finanziaria e all'adeguato finanziamento dei LEA: è opportuno attuare investimenti in sanità, nelle tecnologie e nelle strutture che devono sicuramente riguardare la sanità nel Mezzogiorno, ma anche l'insieme della sanità italiana.

L'altra criticità su cui ci ripromettiamo di lavorare è relativa alla rete oncologica. Vogliamo dedicare poi molta attenzione alla medicina del territorio affinché in tempo certo e attraverso un'azione che definirei una vera e propria «terapia d'urto» possa acquisire la stessa dignità della rete ospedaliera. Tutti sottolineiamo l'opportunità di valorizzare la medicina del territorio che continua però a rimanere di serie B. Su quest'a-

spetto intendiamo attivarci a partire da una valorizzazione delle esperienze portate avanti sul territorio. Non vogliamo costruire modelli in modo astratto, ma capire, a partire dalle esperienze costruite a livello territoriale, le ragioni delle difficoltà di questo settore per far sì che la medicina il territorio si ponga alla pari con quell'ospedaliera. Vogliamo comprendere come incentivare questo processo ma individuare anche le criticità e i punti su cui è necessario intervenire.

Un aspetto rilevante su cui attivarsi riguarda l'organizzazione del lavoro, il modo con cui i vari pezzi della medicina del territorio entrano tra loro in sinergia e le modalità con cui si costruisce un patto leale di diritti-doveri con i medici di famiglia. Tutti questi elementi devono poi trovare un momento di confronto nell'ambito di una Conferenza nazionale delle cure primarie che intendiamo promuovere. A nostro avviso conoscere le esperienze, valutarle insieme e mantenere un dialogo tra i veri soggetti può aiutare a definire gli indirizzi da seguire e ad effettuare eventuali interventi legislativi. Tali iniziative però debbono aver luogo solo dopo aver valutato ciò che esiste sul territorio.

Sempre in tal senso vi è un'altra innovazione da attuare all'interno del Ministero, che è una struttura complessa, che ha una lunga storia ed è dotata di molte commissioni, ma non di un organismo dedicato alla promozione dell'integrazione socio-sanitaria delle cure primarie, organismo la cui collocazione andrà valutata al momento della sua costituzione. Sostengo questa opportunità non tanto per le reminiscenze della mia passata esperienza di Ministro degli affari sociali, ma dall'osservazione attenta della promozione del diritto alla salute e della qualità del sistema sanitario. In questo campo le vere sfide sono la promozione della continuità assistenziale, la presa in carico dei cittadini, la convivenza con la malattia di fronte ai processi di invecchiamento e alle tante patologie croniche degenerative. Ebbene, tali sfide non si vincono senza una forte rete di servizi sociali sul territorio e, soprattutto, se il sistema sanitario italiano non si applica sull'integrazione socio-sanitaria. In tal senso vogliamo esercitare quella funzione di indirizzo e di promozione delle buone pratiche cui facevo dianzi riferimento.

Abbiamo poi posto al centro del nostro lavoro le cosiddette le quattro sicurezze: la sicurezza delle cure, la sicurezza nei luoghi di lavoro e nell'ambiente domestico, la sicurezza alimentare, la sicurezza ambientale. Tutti temi sui quali il Ministero ha sviluppato un'attività significativa che intendiamo proseguire.

Passo ora ad illustrare alcune delle azioni concrete che abbiamo avviato e che desideriamo proseguire nei prossimi mesi. Per la salute delle donne e dei bambini abbiamo definito una legge obiettivo in materia di promozione del parto fisiologico, di parto indolore e di tutela del nascituro. In collaborazione con i ministri Bindi e Pollastrini, intendiamo aggiornare il progetto obiettivo relativo alla salute della donna e del bambino e stiamo lavorando per ridefinire i livelli essenziali di assistenza con riferimento all'analgesia epidurale. Vogliamo promuovere le terapie del dolore con una serie di azioni che, come è noto, sono tra loro diverse.

Tra di esse – ed è una misura che vorremmo assumere anche per via legislativa – vi è la semplificazione della prescrizione delle terapie antidolorifiche, nella convinzione che in questo modo si aiutano i medici, ma si promuove anche l'importante cultura del rispetto della dignità della persona in ogni stagione della sua vita.

Un'altra azione che vorremmo mettere in atto riguarda la salute mentale e segnatamente l'aggiornamento del progetto obiettivo per la salute mentale. È nostra intenzione arricchire le professionalità e le competenze presenti a questo proposito nel Ministero e promuovere su questo tema un reale profondo ascolto degli operatori, delle famiglie e delle loro associazioni. Al riguardo nel programma del 2007 abbiamo previsto lo svolgimento di una Conferenza nazionale sulla salute mentale che può rappresentare la sede in cui valutare e varare un Progetto obiettivo per la salute mentale.

Analoga attenzione intendiamo dedicare alle malattie rare e alla disabilità.

È inoltre in atto un programma di prevenzione primaria e secondaria per quanto riguarda le persone tossicodipendenti; si tratta di un intervento molto parziale sulle tabelle, in coerenza con quanto previsto nel programma dell'Unione, che prevede una modifica della legge Fini-Giovanardi.

Vogliamo poi dedicare particolare attenzione alle persone anziane; a tal fine sono state avviate alcune misure per fare fronte al caldo estivo. In particolare mi preme sottolineare l'accordo intervenuto tra Comuni, Regioni, servizi sociali e medici di famiglia con riferimento agli anziani a più elevata fragilità onde prevenire le situazioni più acute.

Al più presto bisognerà porre attenzione agli strumenti che l'innovazione tecnologica ci offre. Snellire, semplificare, rendere trasparenti e facilmente accessibili a tutti le prestazioni sanitarie è un'azione strategica concreta da mettere sul tappeto.

Credo di avere elencato per sommi capi le linee essenziali del programma sul quale vorremmo lavorare, con spirito di grande e costante dialogo con il Parlamento.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Livia Turco per la relazione esaustiva che ci ha illustrato e che tiene debitamente conto dei punti più importanti del programma sanitario.

Poiché mi rendo conto della vastità degli argomenti su cui i colleghi vorranno intervenire, proseguiremo i nostri lavori sino alle ore 17 per poi concordare, ove necessario, con il Ministro una data entro cui convocare un'ulteriore seduta per concludere il dibattito e consentire la replica.

Dichiaro quindi aperta la discussione.

\* GHIGO (FI). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per la sua relazione esaustiva e per farle i più sentiti auguri, non fosse altro per la corresponsabilità che ci lega.

Mi auguro che, per il bene della sanità del nostro Paese, anche solo una piccola parte di questo documento, che onestamente non posso che definire un libro dei sogni, avendo toccato quasi tutti i punti che riguardano la sanità, peraltro senza particolari elementi di novità, possa divenire realtà.

Mi soffermerò su ciò che mi sarei aspettato di sentire dalle parole del ministro Turco. Al di là delle politiche che saranno assunte, ritengo, infatti, vi sia un tema, che affronterò in senso pragmatico, che non mi sembra abbia avuto risposte innovative nel documento del Ministro. Mi riferisco in modo specifico al finanziamento dei costi del sistema sanitario. Concordo in linea di massima con le considerazioni, più o meno condivisibili, su metodo, territorialità, specialità, ricerca e quant'altro, argomenti che, come sa chi si è occupato di questo tema, sono stati sviscerati e affrontati in tantissime occasioni. Il punto fondamentale però è stabilire, in modo innovativo, come finanziare il sistema sanitario.

Il Ministro ha precisato che dal 2001 al 2005 il Governo precedente ha messo a disposizione del finanziamento sanitario una cifra crescente dal 6,1 al 6,6 per cento del prodotto interno lordo; in termini numerici e non percentuali si tratta di un ammontare che va da circa 70 a circa 92 miliardi di euro. Nella discussione con le Regioni, in previsione di questo nuovo patto, si ipotizza uno sfioramento per l'anno 2006 di circa 5 miliardi di euro, che si ripercuote, in proporzione, sulle previsioni di spesa relative al 2007.

Il Ministro ha parlato di un tavolo di confronto con gli assessori; ebbene, anche questo non è un elemento di novità e mi preme precisarlo perché, in caso contrario, si ha l'impressione che il Governo Prodi sia apparso all'improvviso sullo scenario politico italiano e abbia deciso di parlare con i vari soggetti. Parlavamo anche prima e forse con alcuni pure di più e ad altri non abbiamo promesso di parlare per poi prendere provvedimenti alle loro spalle: ovviamente è una battutina rivolta al Ministro con riferimento ai farmacisti.

L'incontro con le Regioni dovrà definire una politica. Ho avuto la fortuna di partecipare a due diverse stesure del Patto di stabilità interno, quella di Giarda e quella di Tremonti. La prima, fondata sulla filosofia «chi rompe, paga», inserì nel rapporto tra Stato e Regioni per il sistema sanitario una determinata procedura a carico di chi sforava il *budget*. Accennerò poi brevemente al meccanismo di assegnazione dei *budget* ad ogni singola Regione. La seconda ci ha permesso – e la considero un gran successo delle Regioni – di entrare in un meccanismo di più congruo finanziamento del sistema sanitario con l'impegno regionale di sottoscrivere i livelli essenziali di assistenza. In buona sostanza, se da una parte lo Stato dà i soldi, dall'altro le Regioni devono garantire i livelli essenziali di assistenza al cittadino.

Al ministro Turco voglio ricordare che su questo tema s'inserisce l'ultimo provvedimento del precedente Governo, sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni anche dalle Regioni del centro sinistra nell'ultima seduta prima delle ultime elezioni regionali del 2005. Tale provvedimento

ha creato la situazione delle cosiddette Regioni inadempienti, che chiamavamo in gergo in modo più caratterizzante. Dette Regioni, come sapete, sono uscite dal *budget* loro assegnato e sono state indotte, anche se ancora non è stato verificato, a coprire il disavanzo sanitario o con interventi straordinari, tipo cartolarizzazione o vendita di immobili, o con un aumento delle accise. In base a quanto riferito dal vice ministro Visco, l'attuale Governo ha messo tra i punti di razionalizzazione della spesa pubblica proprio la sanità. Non si può pensare, non so se il Ministro lo pensi, che l'attuale Esecutivo aumenti il fondo sanitario. Se la spesa sanitaria è al 6,7 per cento del Pil (vedremo poi l'esito dell'accordo con le Regioni) il relativo stanziamento in finanziaria non sarà più della stessa percentuale. Il nostro dramma è che nel nostro Paese il Pil non cresce: immaginate un costo della sanità, per seguire l'innovazione, la ricerca e quant'altro, che cresce mediamente del 7 per cento l'anno e un finanziamento che, cresce in percentuale, ma su un indice non in crescita. È un problema strutturale che prima o poi dovrà essere risolto. In proposito pensavo e speravo che vi fosse qualche elemento o meccanismo innovativo. Dal mio punto di vista per quanto si possa razionalizzare, per quanti sforzi si possano fare, se permane questa forbice tra l'incremento del costo generale della sanità, pari al 7 per cento annuo, e l'incremento del fondo che non è della stessa entità, prima o poi il sistema arriverà al collasso. Fino ad oggi si è tenuto in piedi il sistema e le Regioni attraverso sanatorie, discussioni con il Governo o forme di impegno vario da parte delle stesse, sono riuscite a coprire i disavanzi.

Quando si parla di differenza tra Nord e Sud o dell'eccellenza del Nord non bisogna dimenticare che il nostro sistema sanitario è a macchia di leopardo. Sui giornali capita di leggere che si vogliono intraprendere provvedimenti per ridurre la mobilità dal Sud verso il Nord in relazione alle prestazioni sanitarie. Obiettivamente sono dell'avviso che un'operazione del genere si sostanzierebbe in una restrizione della libertà dei cittadini, posto che il Governo non può stabilire da chi il cittadino deve farsi curare. Tutto ciò, peraltro, mi lascia anche interdetto, perché non credo sia questo il meccanismo per far crescere il livello delle prestazioni sanitarie al Sud. Mi sembra anzi un meccanismo che penalizza le strutture di efficienza e di qualità del Nord che senza la mobilità attiva rischierebbero il collasso e ne discenderebbe anche la conseguenza di creare un sistema sanitario che non funziona al Nord come al Sud.

L'elemento sul quale bisogna incidere per riequilibrare il finanziamento del sistema sanitario tra Nord e Sud, oltre ad un cambiamento di cultura degli operatori amministrativi al Sud, è quello del riparto del fondo sanitario nazionale tra le singole Regioni. Si tratta di un elemento che tutti gli anni le Regioni affrontano ma che si porta dietro una tara originaria che nasce dalla legge Bindi, che aveva stabilito i meccanismi di riparto privilegiando (lo dico in quota parte perché da quel privilegio risultò beneficiata anche la mia Regione) certe Regioni rispetto ad altre. Poiché il sistema viene finanziato *pro capite* per ogni cittadino, in funzione della quota di accesso assegnata ad ogni singola Regione il finanziamento è

di una certa entità piuttosto che di un'altra. Le quote di accesso per le Regioni del Sud sono decisamente inferiori a quelle dell'Emilia Romagna che, guarda caso, ha lo stanziamento *pro capite* maggiore di tutte le Regioni italiane e si trova di conseguenza (certamente anche per suoi grandi meriti e per le capacità amministrative consolidate negli anni) nella condizione di avere una notevole mobilità attiva. I sistemi sanitari di Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana sono in buona parte finanziati dalla mobilità attiva, cioè da cittadini di altre Regioni che usufruiscono di prestazioni sanitarie in quelle Regioni e le cui spese vengono sostenute dalle Regioni di provenienza sulla base dei costi delle Regioni che effettuano la prestazione sanitaria.

Il costo di un'operazione di appendicite in Calabria è decisamente inferiore al costo di un intervento di appendicite in Lombardia, ma quando il cittadino calabrese va a farsi operare in Lombardia la Regione Calabria paga il prezzo vigente in Lombardia. Questi sistemi, che sono di mercato, devono essere presi nella giusta considerazione se si vuole cercare di mettere le Regioni che sono più indietro nella stessa situazione delle altre.

Quando si parla di federalismo a velocità differenziata o a geometria variabile (un po' come il sistema spagnolo), si tiene in considerazione che certe Regioni, pur avendo la volontà politica e sociale di crescere, non sono nelle condizioni di potersi adeguare? Credo che il legislatore, e nel caso specifico chi governa, debba tener conto di questi aspetti.

Un'ultima riflessione. Mi sembra che nelle parole del Ministro vi sia stato poco spazio per il tema della prevenzione, perlomeno non lo spazio che ritengo avrebbe dovuto avere. Il Ministro vi ha fatto brevi accenni, ma in una politica di razionalizzazione dei costi nel medio periodo la prevenzione deve rappresentare uno degli elementi sui quali puntare fortemente.

L'altro elemento concerne la spesa farmaceutica. Oggi siamo in zona rossa, nel senso che la spesa farmaceutica è ormai fuori controllo. Il tetto previsto dall'Accordo Stato-Regioni è del 13 per cento, mentre vi sono Regioni che spendono il 17-18 per cento. Spendere 5-6 punti in più di spesa farmaceutica significa non spenderli nelle prestazioni mediche, negli investimenti, nell'innovazione tecnologica o nell'adeguamento della diagnostica all'innovazione tecnologica della strumentazione e quant'altro. Questa spesa farmaceutica è sicuramente una di quelle sulle quali è più facile incidere, almeno secondo la mia esperienza.

Il Ministro ha detto in buona parte cose condivisibili e per tale ragione le rivolgo i miei più sinceri e sentiti auguri. È un tema davvero complesso che fa sentir male al solo pensiero, perché sono così tante le variabili, le intersezioni, gli interessi di vario genere che è giusto porsi obiettivi ambiziosi, come quelli che vi siete posti, tenendo però conto che le problematiche sono veramente difficili e diversificate.

Sono anche curioso di vedere – e lo dico con un tono leggermente polemico – quale sarà l'atteggiamento delle Regioni di sinistra nella discussione con l'attuale Governo sulla questione delle risorse finanziarie. Infatti, gli amici Errani...



\* TURCO, *ministro della salute*. Il dialogo è stato davvero molto difficile.

\* GHIGO (*FI*). Vedo che c'è coerenza e me ne compiaccio, diversamente mi sarebbe dispiaciuto. D'altra parte, conoscendo i Presidenti non avevo dubbi che così fosse. Poiché mi sento un po' come San Tommaso ho voluto però verificare. Indubbiamente al Governo precedente non è stato fatto alcuno sconto e noi stessi non abbiamo fatto sconti ottenendo comunque risultati che speriamo possano proseguire.

Non toccherò altri argomenti della relazione perché non mancherà occasione di farlo in seguito. Un problema fondamentale è il finanziamento. Sono convinto, e lo dico con preoccupazione, che questo sistema sia arrivato a un punto di non ritorno. Pertanto, non inserire nelle politiche di Governo un elemento innovativo di cofinanziamento del sistema sanitario, attraverso i fondi sanitari o una compartecipazione, rappresenta davvero un problema. Il Ministro ha parlato di compartecipazione alle spese diagnostiche e di degenza secondo il reddito, cosa che in alcune Regioni già avviene per quanto concerne il *ticket* farmaceutico.

Invito pertanto il Ministro a riflettere su tali problematiche e spero presto di poterne discutere in questa Commissione per approfondire l'argomento. Infatti, senza un elemento innovativo che prenda in considerazione un cofinanziamento del fondo sanitario tra un anno o due ci troveremo nella stessa situazione, con le Regioni che dicono di sfiorare di 7-8 milioni di euro la spesa sanitaria e con qualcuno che a livello regionale o centrale si dovrà far carico di quel debito.

\* CURSI (*AN*). Purtroppo, come avevamo anticipato, abbiamo un'altra riunione e dobbiamo assentarci.

PRESIDENTE. Il vice presidente Corsi ricordava che il Gruppo di Alleanza Nazionale ha un altro impegno. Ne approfitto per comunicare che il Ministro ha dato la sua disponibilità a proseguire il dibattito martedì, 18 luglio, alle ore 14,30.

\* BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, signora Ministro, ho letto con molta attenzione e molto interesse il documento recante le linee programmatiche del Governo. Innanzitutto, apprezzo lo spirito di considerazione e di confronto che lei intende portare avanti con le Commissioni e con il Parlamento nel suo complesso.

Sui temi specifici, di tutte le tematiche che lei ha oggi enunciato, attenderemo con molto interesse i provvedimenti che vorrà sottoporre alla nostra attenzione; saremo leali e molto determinati nei confronti di tali provvedimenti e ci confronteremo in sede di Commissione seguendo le linee che lei vorrà indicare.

Tuttavia, mi permetterei oggi di aprire il capitolo, di cui ho trovato segnalazione nella sua relazione, della sanità di genere, tema che a me personalmente sta molto a cuore. Seguendo le sue prime comunicazioni

sulle linee programmatiche del suo Dicastero, sento di poterla portare ad un confronto molto sereno e, se mi è permesso, anche inusuale su quest'inversione complessiva, *in primis*, di cultura.

Certo, non si può affermare che il sistema sanitario discrimini le donne, ma è vero che per esse, per diversi fattori, si determinano sostanziali svantaggi ma occorre assolutamente interrogarsi partendo dalla situazione nel suo complesso, sul piano biologico, anatomico e sociale, prendendo in considerazione le trasformazioni della donna a livello sociale con riferimento al carico di lavoro, agli interessi e quant'altro.

Tra l'altro, rispondere in modo specifico alla domanda, di per sé molto semplice, se la donna necessiti di aspetti settoriali, pur molto interessanti e importanti, oppure di un approccio complessivo rispetto a tutte le sue problematiche, implica un modo diverso non soltanto di concepire la salute della donna, ma anche di interpretare, valutare, programmare e normare.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato in un documento il suo allarme: le donne risultano svantaggiate rispetto agli uomini per quel che riguarda la loro salute. Tra l'altro, spesso non vi è consapevolezza proprio da parte delle donne, che privilegiano l'aspetto familiare rispetto alla propria cura. Il Dipartimento della salute della donna evidenzia addirittura una sottovalutazione della tematica proprio nel settore della ricerca. Non leggerò alcune parti del documento (che certamente riuscirà a trovare) sull'analisi della cura e della ricerca dei farmaci e su come questi ultimi non siano sperimentati sul corpo della donna. Ebbene, il risultato è che le donne sono maggiormente esposte alle patologie ma sono curate peggio.

Inoltre, patologie normalmente considerate causa di vedovanza femminile, quali l'infarto e l'ictus, stanno diventando ad alto rischio per il mondo femminile.

Se l'approccio alle tematiche femminili potesse diventare – come ho detto, anche in maniera un po' inusuale – un tema condiviso, le proporrei di attivare un tavolo di lavoro, parlamentare, che conduca alla definizione di un pacchetto complessivo e che sia in grado di offrire linee programmatiche e normative atte a migliorare la condizione della donna.

Poiché investire sulla donna, per il futuro degli uomini, è fondamentale, le chiedo se non sia il caso di pensare, come in Svizzera, all'istituzione di una cattedra di medicina di genere presso una facoltà di medicina, dal momento che l'approccio culturale è lo specchio di riferimento più importante.

Nel frattempo sarebbe utile, seguendo un percorso parallelo, affrontare i diversi capitoli della politica al femminile, che possono essere assolutamente migliorati. Già nella passata legislatura – credo ne sia a conoscenza – questo ramo del Parlamento, attraverso indagini conoscitive ha redatto atti precisi, che potrebbero essere consegnati «chiavi in mano» a lei Ministro atti che possono diventare provvedimenti parlamentari concreti, specifici e lineari, recanti tipologie di intervento che andrebbero pro-

prio nella direzione di concretizzare un ottimale miglioramento della salute delle donne.

Mi scuso se procederò per capitoli, quasi a volo d'uccello, rimandando, se lo riterrà necessario, ad eventuali approfondimenti. Inizierò la mia disamina dal tumore al seno, che è la prima causa di morte delle donne italiane (e purtroppo anche del mondo): 300.000 donne hanno avuto diagnosi di tumore al seno; in Italia, i nuovi casi di tumore al seno sono 33.000 ogni anno; il tumore al seno è la prima causa di morte delle nostre donne. Tutti gli indicatori scientifici dicono che questa patologia si può sconfiggere a patto che sia effettuato uno *screening* con una diagnosi precoce ottima, di massa, ma di gran qualità. La parte migliore della scienza a livello internazionale afferma che lo *screening* mammografico che, purtroppo a macchia di leopardo, è iniziato negli anni Settanta a carico del Servizio sanitario nazionale è probabilmente ormai obsoleto, pur registrando al Nord (in Liguria, in Emilia Romagna) la partecipazione del 75 per cento delle donne. In Sicilia, invece, partecipa allo *screening* solo il 24 per cento della popolazione femminile. In questo momento più che mai vi è la necessità di stabilire un percorso personale della donna che l'abbracci nella sua interezza: uno *screening* da cui si esce con una diagnosi. Per fare ciò sono necessari: un radiologo dedicato (perché le mammelle sono tutte diverse e per leggere le piccole lesioni, la cui tempestiva individuazione può salvare la vita, occorrono occhi esperti), un senologo, un chirurgo plastico, un infermiere, uno psicologo. Penso, in sostanza, alle cosiddette *breast unit*, a quei centri di qualità che per essere effettivamente tali devono aver eseguito almeno 150 casi di tumore alla mammella l'anno; questo comporterà di conseguenza la chiusura di alcune *breast unit* che tali non sono.

Il percorso donna da questo punto di vista diventa fondamentale e capace di far risparmiare, posto che è assolutamente meglio intervenire preventivamente e in maniera precisa, piuttosto che curare massicciamente tumori talvolta molto invasivi. Tra l'altro uno *screening* di qualità riduce nelle donne tra i 50 e i 70 anni l'incidenza di mortalità del 30 per cento, dato estremamente significativo.

Circa le iniziative da attuare nell'immediato il Ministro ha accennato ai LEA, all'interno dei quali riterremmo opportuno inserire in primo luogo il linfodrenaggio postoperatorio, operazione piccola ma fondamentale perché migliora la qualità della vita soprattutto a chi ha subito lo svuotamento ascellare. Ribadisco nuovamente l'importanza delle *breast unit* la cui incentivazione, signor Ministro, deve rappresentare un suo impegno importantissimo all'interno di regole che, tra l'altro, sono fornite dall'OMS e che non devono per ciò essere inventate, giacché basta adottarle e trasformarle in una buona prassi.

Bisogna poi provvedere alla revisione di procedure e di prassi veramente inefficienti e obsolete che rappresentano anche fonti di spreco di denaro pubblico che potrebbe invece essere investito nella prevenzione.

Un altro tema importante è l'osteoporosi, una malattia cronica invalidante cui lei, signor Ministro, ha accennato e, in tal senso, condivido la

sua indicazione molto precisa. Si tratta di una malattia che coinvolge 4 milioni di donne italiane; i ricoveri per prime fratture sono 85.000 e a fronte di essi il nostro Servizio sanitario nazionale spende, nello specifico, 46 milioni di euro per farmaci e 860 milioni di euro per ricoveri e prestazioni. Nella passata legislatura, con il coinvolgimento di tutta la Commissione e attraverso un lavoro scientifico molto preciso, abbiamo individuato delle linee guida che si sono poi trasformate in un progetto pilota per l'Europa, che ha guardato in maniera pionieristica allo studio sull'osteoporosi fatto in Italia. Quanto alle iniziative concrete da assumere in questo ambito segnalò innanzitutto che è ferma presso gli uffici del Ministero la Carta del rischio osteoporotico, che potrebbe invece rappresentare uno straordinario strumento ai fini di un intervento sulla malattia.

Altrettanto fondamentale sarebbe creare un registro delle prime fratture. Se i medici di medicina generale o quelli di pronto soccorso indicassero che si tratta di prime fratture dovute a problematiche legate all'osteoporosi si potrebbe avere in breve tempo l'esatto quadro della patologia ed intervenire con farmaci e protezioni precise.

Sarebbe importante chiedere alle Regioni di investire nella prevenzione il famoso 5 per cento del fondo sanitario regionale, senza fermarsi al 3,8 per cento. L'osteoporosi è una patologia invalidante che colpisce le donne che, come ben sappiamo, sono sempre presenti al capezzale dell'uomo, ma spesso non avviene il contrario e ciò comporta un aggravio anche in termini di spesa sociale.

Ribadisco quindi l'opportunità di sollecitare le Regioni ad investire fortemente in prevenzione soprattutto dove a livello epidemiologico si riscontra una maggiore presenza di donne anziane. Se è vero che le risorse sono poche, le stesse vanno indirizzate in modo da renderle utilissime. Basterebbe dichiarare che l'osteoporosi è una malattia cronica e invalidante per richiamare su di essa un'attenzione particolarissima.

L'endometriosi è un'altra malattia che colpisce in Italia una donna su dieci: 14 milioni in Europa, 3 milioni in Italia. Sto procedendo per grandi numeri ai quali bisogna aggiungere purtroppo i dati relativi alle malattie rare, che rappresentano un'altra grandissima piaga su cui bisognerebbe intervenire subito. In tal senso, se mi è consentito, vorrei dare alcune brevi indicazioni. Il 30-40 per cento delle donne affette da endometriosi soffre di infertilità, fenomeno che abbiamo conosciuto nel corso del dibattito sulla legge n. 40 del 2004. In Europa si spendono 30 miliardi di euro per ore di lavoro perse a causa di tale patologia, somma che l'Europa non vede entrare nelle proprie casse e nei bilanci degli Stati membri. In Italia, non essendo prevista né presso l'INPS né presso l'INAIL la casistica di tale patologia, abbiamo effettuato una stima approssimativa sulla spesa relativa alle ore non lavorate dalle donne affette da tale patologia. Tale spesa ammonterebbe a circa 180 milioni di euro, dato economico per noi estremamente significativo. A tale importo vanno aggiunte le spese per i ricoveri ospedalieri e per i farmaci. La malattia viene diagnosticata mediamente dopo nove anni, il percorso di ricerca e di analisi è lunghissimo e le donne prima di addivenire alla diagnosi oltre ad esser prese per

pazze, nella migliore delle ipotesi, passano attraverso più medici di medicina generale e ginecologi e subiscono di norma due o tre interventi, quando va bene in laparoscopia altrimenti a cielo aperto.

Bisogna assolutamente capire come indirizzare le donne verso i punti di eccellenza e in che modo aiutare il mondo medico ad individuare più velocemente questa patologia che è di tipo sociale, fortemente invalidante e che spesso spacca le famiglie. Una malattia seria, grave, dolorosa, non capita e sottaciuta. Le donne che ne sono affette non riescono spesso ad avere rapporti sessuali con il proprio marito e le famiglie entrano fortemente in crisi. Ripeto: 3 milioni di donne di cui una gran parte gravemente ammalate. Per aiutare queste donne bisognerebbe conoscere l'esatta situazione italiana attraverso l'attivazione da parte del Ministro di un DRG dedicato per capire, ad esempio, se le diverse resezioni pelviche o intestinali sono diagnosticate come endometriosi o come altre patologie.

Altrettanto opportuno sarebbe che l'AIFA indicasse la classe di appartenenza dei farmaci utilizzati per questa patologia, visto che vengono usati anche in caso di tumore alla prostata. Esiste in materia un'estrema confusione di dati che impedisce la definizione di un'esatta fotografia della situazione. Sarebbe utile anche istituire un registro nazionale e un registro regionale. La Sicilia, che normalmente assurge alle cronache per lo stato non certo felice della sua sanità, in questo caso ha battuto non solo tutte le altre Regioni ma lo stesso Ministero, essendosi dotata di un proprio registro. Sarebbe inoltre opportuno aprire un tavolo di confronto con l'Inail e con l'Inps, affinché venga considerata una malattia sociale.

Non bisognerebbe abbassare la guardia rispetto al tumore del collo dell'utero; purtroppo ancora oggi solo il 50 per cento delle donne italiane si sottopone regolarmente al *pap test*; di esse il 75 per cento è nel Nord e solo il 35 per cento nel Sud. Anche questo è un ambito in cui si può fare molto. In proposito ricordo che nel 1996 la Commissione oncologica nazionale aveva emanato le sue linee guida, affidando alle Regioni il compito di formalizzare dei percorsi di *screening*.

Ultimo gran capitolo che lei ha indicato come una delle sue priorità: gravidanza, parto, denatalità. Ci confronteremo in modo molto sereno su tutta la problematica da lei esposta, anche sui giornali sin dalle prime battute della sua esperienza di Ministro. Quanto al parto indolore, sappiamo che non tutti i centri potranno farlo e che le realtà ospedaliere in cui non si effettuano almeno 500 parti l'anno non possono divenire punti di eccellenza.

La pregherei poi di tenere in debita considerazione la problematica della paralisi ostetrica, perché purtroppo ogni anno nascono ancora mille bambini con questa gravissima menomazione. Pochi sono i centri di riferimento e poche le informazioni date ai genitori, che rimangono sbalorditi di fronte a una situazione completamente imprevedibile a totale carico della famiglia: un bimbo che avrà per sempre un forte *deficit* di deambulazione o gravi danni psicologici.

Su tutti questi punti siamo assolutamente disposti ad aprire un tavolo, non di chiacchiere, ma di lavoro. La scienza apre strade interessantissime che si possono sin da ora percorrere. La situazione può e deve essere osservata nel suo complesso perché si tratta delle prossime generazioni.

Sono convinta che lei, non solo come donna ma anche come Ministro della salute, possa fattivamente accettare un lavoro che può nascere a livello parlamentare. Se riusciremo ad invertire la marcia, ne avremo tutti un beneficio.

\* TOMASSINI (FI). Signor Presidente, cercherò di rimanere nei termini di tempo previsti per la discussione odierna. Ringrazio il Ministro per la sua presenza oggi in Commissione e per aver illustrato il suo programma.

Se fossimo solo polemici o distruttivi potremmo facilmente dire che nelle *key word* del Ministro ci sono tanti buoni sentimenti facili da enunciare per chiunque. Sono invece convinto, come i colleghi che mi hanno preceduto, che il Ministro, per quel che la conosco ormai da due legislature, nutra nell'animo i sentimenti della correttezza e della lealtà e quindi viva davvero la passione per la gente, per l'equità e per le regole. Su queste passioni ci possiamo ritrovare.

Tuttavia, laddove fa riferimento a regole, se ci troviamo pienamente d'accordo sull'articolo 32 della Costituzione, possiamo un po' meno riconoscerci sulla legge n. 833, che mostra ormai segni di invecchiamento e va rinnovata. Ancor meno ci riconosciamo nel decreto legislativo n. 229, che è ampiamente scaduto e che solo in alcuni particolari casi è applicato e non sempre con risultati eccellenti; in caso contrario non ci saremmo ritrovati a parlare di *intra moenia* e di nuove regole.

Il Ministro propone un *new deal* e con molta lealtà e franchezza ha espresso apprezzamenti, espliciti ed impliciti, anche su qualcosa che ha fatto il precedente Governo nella passata legislatura: di questo la ringraziamo. Sicuramente il *new deal* può essere un sistema in cui affrontare un vero rinnovamento del servizio sanitario nazionale, che ha solide basi ma che deve guardare al futuro.

Il Ministro ha parlato di finanza e di patto per la salute, di professioni sanitarie, che hanno significato per noi la fatica di una legislatura, di governo clinico che abbiamo lasciato incompiuto ma che ricordiamo come molto importante, di meritocrazia e di concorsi. Ha forse dimenticato l'importanza di rivedere le regole sui rischi professionali che considero invece un argomento da affrontare urgentemente.

Convengo sul fatto che le ECM siano state una buona iniziativa, anche se da rivedere perché poco efficaci. Sarebbe stato però opportuno specificare che il blocco delle assunzioni dura da ben 18 anni, va rivisto, ma non è responsabilità di qualcuno in particolare. È un modo di pensare e di fare che non possiamo condividere.

Vorremmo un chiarimento sulla ricerca. Le risorse alla stessa destinate, ancorchè scarse, sono spese malissimo, affidate cioè a progetti che non portano a nulla, fine a se stessi o a fine dei ricercatori. Ci troviamo

d'accordo invece se ci si orienta verso progetti concreti magari non solo paludati dai grandi istituti, ma portati dovunque vi sia buona esperienza.

Bisogna parlare poi di come ristrutturare i nostri ospedali. In proposito segnalò che nella XIII legislatura solo nove erano i *project financing* avviati: oggi ve ne lasciamo quasi cento. Considero questo l'unico strumento valido per non incorrere nell'indisponibilità finanziaria.

Sicuramente i livelli essenziali di assistenza sono stati un buon metro per allineare le Regioni, ma devono essere valorizzati e riempiti di contenuto.

Al di fuori dei temi del *new deal*, il Ministro ha citato le quattro sicurezze, la salute delle donne e del neonato, i diritti della partoriente e la promozione del parto fisiologico. Mi ha fatto piacere che la collega Bianconi abbia ricordato l'importante impegno di questa Commissione nella XIV legislatura nel porre le basi di elementi conoscitivi che costituiscono ormai un patrimonio comune. Un collega mi chiedeva se la senatrice Bianconi fosse un medico: no, non è un medico, ma ha acquisito tanta esperienza proprio nell'approfondire le tematiche che ha richiamato.

Il Ministro ha parlato del dolore, della salute mentale, delle malattie rare e della disabilità, tutti argomenti su cui questa Commissione ha svolto e concluso dei lavori, approvati all'unanimità, nella precedente legislatura, lavori di cui sollecitiamo la consultazione.

Detto questo, aspettiamo la presentazione di provvedimenti concreti, perché è su di essi che dovremo lavorare. In merito all'integrazione socio-sanitaria ricordo di avere assistito recentemente ad una trasmissione in cui un presidente di Regione della sua area politica (senza insistere su questo perché può capitare) rilevava con gioia di essere intervenuto sulla pianificazione dei posti letto per residenze sanitarie assistite e di essere riuscito a ridurre da 10 a 5 i posti letto previsti per 10.000 abitanti, così recuperandone 800 che, collocati in residenze protette, avrebbero prodotto un risparmio. Ebbene, credo che questa sia ignoranza pura. A parte il fatto che l'indicatore rispetto ai posti letto riguarda specifici parametri europei, ben diversa è la funzione della residenza sanitaria assistita, in cui si prevede il recupero di un malato e il riaffidamento alla sua autosufficienza, rispetto al compito della residenza protetta.

Un altro tema concerne il *ticket* moderatore sulla spesa rispetto al quale lei ha più volte ripetuto di non avere un atteggiamento prevenuto perché responsabilizza: ebbene, noi lo diciamo da sempre. Troviamo tuttavia singolare il *ticket* sull'ospedale, soprattutto perché impropriamente qualcuno le ha attribuito la frase secondo cui questo *ticket* verrebbe applicato ai «ricchi». Cosa vuol dire ricco al giorno d'oggi? Per me ricco è chi va a curarsi dove vuole e non ha bisogno della degenza ospedaliera. Inoltre, di solito attraverso i LEA, le degenze brevi e il raggiungimento degli obiettivi, il ricovero ospedaliero non è una scelta del paziente ma una cura urgente e obbligata cui il paziente si sottopone. Come si giustifica questo *ticket*? Forse perché si offrirebbero servizi migliori? Non si potrebbe invece realizzare questo risparmio attraverso una migliore organizzazione ospedaliera? Ieri il presidente Marino ricordava l'importanza del

farmacista all'interno dell'ospedale e la necessità di istituire una commissione etica: ne ho costituita una nell'ospedale che dirigevo nel 1991. Obbligare tutti i colleghi a dire che quella era la garza che aveva la migliore docimasia o che quel filo resisteva di più e non consentire scelte individuali ha portato risparmi consistenti. Questo è il campo in cui muoversi prima di affermare che si realizzano sprechi ed è necessario prendere soldi ai cittadini senza sapere bene dove indirizzarli.

Della liberalizzazione dei farmaci non vorrei parlare in questa sede. Dai giornali ho appreso che il Ministro è contrario alla distribuzione dei farmaci nei supermercati ma sarà un argomento che affronteremo in sede di esame del relativo decreto-legge. Non ho intenzione di polemizzare in questa sede.

Tuttavia è molto importante spendere qualche parola sulla prevenzione e condivido quanto affermato dal collega Ghigo a proposito del fatto che tale termine mancava nella relazione del Ministro. Desidero ricordare che un tempo elemento fondamentale della prevenzione era la vaccinazione. Oggi, aspetto condiviso da tutti, la vaccinazione non è più obbligatoria. Ciò non può significare che diventa un compito dei cittadini pagarcela. Quella tutela, infatti, rappresenta un bene comune. La vaccinazione è ancora la cura perenne e a più basso costo che possiamo fornire ad un cittadino per tutta la vita. È fondamentale rivedere i piani vaccinali delle Regioni e obbligarle in tal senso. Può essere molto importante inserire questi farmaci in fascia A.

Fra poco, colleghi, scoppierà una bomba inaudita perché le vere malattie del futuro sono malattie virali e da retrovirus. L'unica possibilità di curare queste malattie è la vaccinazione. Per l'*herpes zoster* degli anziani o per le malattie sessualmente trasmesse, ad esempio le condilomatosi, che piani vaccinali intendiamo porre in essere? Vogliamo instaurare un piano vaccinale vero che attraverso il vaccino quadrivalente consenta di curare tutte le possibili patologie a partire da una certa età fino a 9 anni o vogliamo continuare a sprecare quei soldi? Ogni tanto sento parlare ancora dei piani di vaccinazione secondaria che rappresentano lo spreco di tutti i test che sono a monte e che invece attraverso questi sarebbero cambiati. È una bomba che scoppierà tra qualche mese. Parlare di vaccinazioni vuol dire veramente fare prevenzione. I vaccini, Ministro mi permetta, lei lo saprà benissimo ma glielo ricordo, non sono come i farmaci o le pillole che si prendono ogni giorno in quantità variabile: sono elementi di tipo biologico, per cui se non sono accuratamente seguiti e prenotati al momento del bisogno non si trovano.

In quest'ottica – e concludo – credo sia importante questo confronto e che vi sia, al di là di tante sicure contrapposizioni di vedute, la possibilità di dialogare. In questo le chiedo di avere più fiducia in noi, nel Parlamento, nelle nostre indagini conoscitive, sicuramente scevre da interessi personali o di categoria, come invece avviene nelle commissioni esterne dove emergono di più gli interessi corporativi.

Nell'augurarle buon lavoro nel procedere con le intenzioni che ci ha rammentato e sulle quali vogliamo confrontarci, le ricordiamo che saremo



rigorosi nella volontà che il Regolamento del Parlamento sia applicato, te-  
tragoni sui valori che nutriamo profondamente nelle nostre coscienze, nei  
nostri cuori e nella nostra cultura ma saremo pronti e disponibili a fornire  
ogni elemento costruttivo per la salute di tutti i cittadini.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per disponibilità dimostrata e  
gli rivolgo il nostro augurio di buon lavoro.

Rinvio il seguito delle comunicazioni ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 17.*





