



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

N.B. I resoconti stenografici per l'esame dei documenti di bilancio seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

ESAME DEI DOCUMENTI DI BILANCIO IN SEDE CONSULTIVA

33^a seduta (pomeridiana): martedì 28 novembre 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1184, 1184-bis e 1184-ter) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni, approvato dalla Camera dei deputati

- (Tabelle 15 e 15-ter) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

(1183) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007), approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

* PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 15 e <i>passim</i>
BAIO (Ulivo)	35
BASSOLI (Ulivo), relatrice sulle tabelle 15 e 15-ter e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria	25, 48
* BIANCONI (FI)	4, 40, 46
BINETTI (Ulivo)	37
CAFORIO (Misto-IdV)	18
GHIGO (FI)	4
GRAMAZIO (AN)	3, 11, 14
MASSIDA (DC-PRI-IND-MPA) 3, 19, 31 e <i>passim</i>	
MONACELLI (UDC)	9, 37
SILVESTRI (IU-Verdi-Com)	37
TOMASSINI (FI)	3
ZUCCHELLI, sottosegretario di Stato per la salute	14, 29, 31 e <i>passim</i>

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: 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 Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Democrazia Cristiana: Misto-DC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

I lavori hanno inizio alle ore 14,30.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(1184, 1184-bis e 1184-ter) *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2007 e bilancio pluriennale per il triennio 2007-2009 e relative Note di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati

– **(Tabelle 15 e 15-ter)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2007

(1183) *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)*, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 1184, 1184-bis e 1184-ter (tabelle 15 e 15-ter) e 1183, già approvati dalla Camera dei deputati, sospeso nella seduta anti-meridiana di oggi.

Comunico che sono stati presentati 14 ordini del giorno riferiti alle parti di competenza del disegno di legge finanziaria e tre emendamenti alla tabella n. 15 del disegno di legge di bilancio.

Al riguardo, faccio presente che l'articolo 95 del Regolamento del Senato, al comma 2, stabilisce che «gli ordini del giorno sono di regola presentati prima dell'inizio della discussione generale e possono essere svolti dal proponente soltanto nel corso di essa».

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, durante la seduta antimeridiana abbiamo avanzato la richiesta sostanziale che l'illustrazione di tutti gli ordini del giorno (magari presentati anche dalla maggioranza) avvenisse al termine della discussione congiunta, nella *ratio* di poterli valutare insieme. Chiaramente lei può riferirsi a quella norma regolamentare, ma allora noi potremmo andarcene e la nostra maggioranza, non essendo presente, non potrebbe assistere all'illustrazione degli ordini del giorno. Mi sembra che la nostra sia una proposta accettabile del cui valore, tra l'altro, ci impegniamo in prima persona, visto che la senatrice Bianconi sarà presente per tutta la seduta e che poi esporrà rapidamente i nostri ordini del giorno. Faccio altresì presente che il tempo per l'illustrazione degli ordini del giorno va separato da quello dedicato all'illustrazione degli emendamenti.

GRAMAZIO (AN). Signor Presidente, il Gruppo Alleanza Nazionale sottoscrive gli ordini del giorno presentati da Forza Italia.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Signor Presidente, vorrei mantenere il clima che abbiamo instaurato; sappiamo quante persone interver-

ranno nella discussione e orientativamente anche quanto potranno parlare. Quindi, illustreremo gli ordini del giorno allo scadere di quel termine. E ciò, anche per permettere ai senatori non presenti – visto che tutti, maggioranza e opposizione, siamo impegnati in altre sedute di Commissione – di assistere all'illustrazione degli ordini del giorno.

A tal fine si potrebbe indicare un termine orientativo per gli interventi, al termine dei quali – così come eravamo d'accordo – si potrebbe procedere all'illustrazione degli ordini del giorno che, peraltro, sono stati presentati sia dai Gruppi sia da singoli parlamentari; indi, si potrebbe considerare conclusa questa parte dei nostri lavori. Qualora ciò non fosse possibile, in tutta franchezza ci rimarrei male, visto che stamattina sono rimasto volentieri ad ascoltare tutti, e mi rivolgo soprattutto alla maggioranza. Sono convinto che se seguiremo questo percorso riusciremo a rendere il nostro lavoro più proficuo.

GHIGO (*FI*). Signor Presidente, condivido l'impostazione suggerita dai colleghi che mi hanno preceduto.

PRESIDENTE. Effettivamente, come ha ricordato il presidente Tomassini, era stato preso un accordo sullo svolgimento dei lavori. Pertanto, i senatori potranno illustrare i propri ordini del giorno sia durante la discussione congiunta, se lo riterranno opportuno, sia, se lo preferiranno, in una fase successiva.

Do quindi la parola alla senatrice Bianconi.

BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, vorrei svolgere il mio intervento e poi eventualmente illustrare gli ordini del giorno, essendo, tra l'altro, fra i primi firmatari di quelli presentati dal mio Gruppo. Tuttavia, poiché altri senatori vorranno senza dubbio intervenire nella discussione congiunta, preferisco riservarmi di intervenire sugli ordini del giorno e sui tre emendamenti presentati sulla tabella n. 15 successivamente.

Condivido una delle frasi che il senatore Bodini ha nel suo intervento lanciato come un sasso nello stagno. Siamo in presenza di una finanziaria molto complessa; è vero che lo sono tutte, ma questa lo è in modo particolare, perché è sproporzionata per l'elevato numero di modifiche che il Governo ha introdotto nel suo maxiemendamento ed è sovradimensionata anche dal punto di vista strutturale.

Per una questione estetica a livello di rapporti tra maggioranza e opposizione, mi preme rilevare che è molto triste che – ad eccezione del collega Caforio che fa parte della maggioranza, e ovviamente della relatrice e del Sottosegretario – durante la discussione di una finanziaria per un comparto così importante quale quello della sanità, non siano presenti altri esponenti delle forze di maggioranza. Probabilmente agli occhi della maggioranza la minoranza svolge riflessioni poco interessanti, va sottolineato, però, che la presenza dei colleghi potrebbe risultare estremamente utile rispetto ad un comparto che necessariamente deve trovare momenti di grande condivisione.

Svolgerò sinteticamente l'intervento che avevo preparato, anche perché, dopo gli ottimi interventi del senatore Ghigo e del senatore Tomassini (che hanno puntualizzato molto bene l'uno l'andamento della spesa sanitaria a livello nazionale, entrando nello specifico sulle ombre e le luci, l'altro la problematica finanziaria sottolineando il livello delle Regioni non molto virtuose), mi asterrò dal trattare compiutamente questi argomenti.

Il senatore Bodini ha fatto una considerazione che riteniamo estremamente interessante e che, tra l'altro, lo stesso presidente Berlusconi ha sempre sostenuto: la legge finanziaria – proprio in quanto «braccio armato» di un Governo rispetto alle linee programmatiche dello stesso – dovrebbe essere molto snella, ma densa di scelte oggettive, di allocazioni di risorse certe e soprattutto di indirizzi e di scelte. Dall'altra parte, oggi nel dibattito è emerso che questa finanziaria, come purtroppo anche altre, nel comparto sanità sia eccessivamente sotto il controllo del Ministero dell'economia; mentre sappiamo bene che non può essere vissuta solo come un grande capitolo di spesa, ma un ambito di grande equità e solidarietà. Dunque, ci troverete al vostro fianco sia nella semplificazione sia nel ripristinare l'importanza e il peso del Ministero della salute.

Mi soffermerò un attimo sui LEA, che vengono fortemente richiamati nel Patto per la salute e nel disegno di legge finanziaria. Chiedo scusa al Sottosegretario se richiamo ogni tanto il Patto per la salute ma esso, oltre a rappresentare l'accordo con le Regioni, è soprattutto il programma del Ministero della salute, che si è poi tradotto nelle cifre che la finanziaria riporta per il comparto sanità.

Come ha rilevato anche il senatore Ghigo, siamo assolutamente d'accordo che entro la fine dell'anno si ridescrivano tutte le problematiche inerenti l'efficacia dei LEA attraverso l'organizzazione di tavoli e che si proceda ad una revisione degli stessi. Tengo a precisare che siamo stati noi ad inventare nel 2001 i LEA, che sono uno strumento che in questi anni si è dimostrato sicuramente grezzo perché tutto da sperimentare. Pertanto, se si procederà a una revisione dei LEA saremo non solo d'accordo ma anche estremamente interessati. Non vorrei però che questa revisione – che si fa passare come una sorta di «affare burocratico» – alla fine fosse ascrivibile solo all'interessamento delle Regioni, del Governo o del Ministero della salute, dal momento che i livelli essenziali di assistenza rappresentano un atto politico che noi abbiamo trattato come tale, tant'è vero che la loro istituzione fu presentata a questa Commissione e al Parlamento come un atto fondante di equità e di solidarietà nazionale per il Nord come per il Sud del Paese.

Chiediamo pertanto al Governo di tornare in Parlamento dopo la revisione dei LEA, perché li consideriamo un atto di natura squisitamente politica.

Ciò vale anche per i nomenclatori tariffari. Come ha detto benissimo Antonio Tomassini (al cui intervento potrei aggiungere poco richiamando, ad esempio, il caso degli stomizzati), anche la definizione dei nomenclatori non può essere trattata come un aspetto meramente burocratico, per-

ché in questo caso si tratta di scelte prospettive e scientifiche, che sono di grande aiuto alle persone, sempre nella loro libera scelta e rilasciati dal presidio migliore.

Richiamo quindi la vostra attenzione su questi due aspetti, che vengono tracciati in finanziaria come punti importanti da revisionare, affinché nell'affrontarli non espropriate il ruolo politico del Parlamento.

In questa finanziaria, non troviamo interventi concreti sulla problematica degli sprechi. In questa Commissione è stato detto più volte: la lotta agli sprechi è uno dei cavalli di battaglia che, se portati avanti sinceramente e seriamente, fanno risparmiare e allocare in maniera diversa le risorse, tant'è che proprio in queste settimane il Governo inglese sta operando un'interessante revisione di questa problematica.

Ebbene, riteniamo che, con riferimento sia alle strumentazioni nuove date alle Regioni sia all'interesse nazionale, la lotta agli sprechi non vada enunciata ma perseguita. Al riguardo, esistono migliaia di indicatori e basterebbe soltanto tornare al tavolo di una trattativa condivisa, e su questa base proseguire con un'azione efficace.

Riteniamo che tutta l'operazione sui *ticket*, del pronto soccorso in particolare, sia poco efficace e rappresenti oggettivamente l'espropriazione di una competenza regionale. D'altra parte, le dichiarazioni della senatrice Binetti, che nel suo intervento ha sostenuto che tale operazione comporta un modesto inasprimento della spesa, non ci convincono assolutamente. Non si tratta, infatti, di quanto siano inaspriti i costi, il vero problema è che il bilancio delle aziende ASL non registrerà un vero incremento delle entrate. In tal senso il senatore Ghigo ha portato la sua esperienza personale di governatore di una Regione. Ebbene, posso testimoniare che è così perché così è stato anche per la mia Regione, l'Emilia Romagna, dove, tra la ricerca dei mezzi per far pagare il *ticket* al pronto soccorso, il contenzioso e quant'altro, quello che rientra nel bilancio dell'azienda è talmente risibile, che non vale la pena perseguirlo né a livello regionale tanto meno a livello nazionale.

Peraltro, ci terrei molto che lo Stato non intervenisse nelle competenze degli enti di secondo livello, quali le Regioni, perché la sussidiarietà o le competenze di legislazione vanno assolutamente rispettate.

Anche la richiesta che avanzate di forte responsabilizzazione dei cittadini che non vanno a ritirare gli esiti degli esami, sarebbe di una tale difficile realizzazione, che risulterà solo ed esclusivamente uno *spot* pubblicitario. Mi sapete spiegare come potete, voi o l'azienda ASL, cercare sul territorio i cittadini che non hanno ritirato il responso? Il senatore Tomassini ha spiegato molto chiaramente perché non lo hanno ritirato: spesso e volentieri, a livello telematico e di informazione, la richiesta è già stata esaudita, nel senso che già si conosce il risultato dell'esame e non è più così interessante disporre del referto cartaceo.

Chiediamo di eliminare queste norme un po' demagogiche, che puntano soltanto all'«effetto *spot*» e non introducono riforme strutturali né migliorano la qualità dell'assistenza, ma comportano sicuramente un aggravio burocratico e finanziario per le strutture che dovrebbero attuarle.

Ben venga, poi, l'abbattimento degli abusi delle prescrizioni e il perseguimento dell'appropriatezza, ma di ciò si è parlato spesso in Commissione. Continuiamo a non voler affrontare la questione del rischio medico e, a forza di non affrontarla, mettiamo la classe medica non dico in condizione di abusare delle prescrizioni, ma certamente in posizione difensiva. Anche in questo caso, se non si va al nocciolo della questione e a monte della problematica è ovvio che i problemi non si risolveranno mai.

Vi sono poi alcuni aspetti che mi stanno particolarmente a cuore e che saranno oggetto di nostri ordini del giorno.

Credo si stia investendo molto poco sulla prevenzione: 20 milioni di euro per gli *screening* è veramente pochissimo, è più o meno un milione per Regione. Tutti insieme abbiamo sostenuto che occorre effettuare lo *screening* del tumore al seno, in maniera più precisa e capillare, che deve essere implementato in tutte le Regioni lo *screening* del colon retto per il tumore al colon (i primi investimenti li abbiamo effettuati noi, due anni fa), sia per il tumore del collo dell'utero dove vorremmo effettuare *screening* e vaccinazioni: con 20 milioni di euro non si va da nessuna parte! Peraltro, lo *screening* rappresenta il primo momento di educazione sanitaria e una prima risposta sanitaria. Dunque, siamo poco convinti della posizione del Governo.

Tra l'altro, non si fa più riferimento agli stili di vita, all'alimentazione, al tabagismo, che sono oggettivamente le piaghe della nostra nuova società. Vogliamo parlare di bulimia, di anoressia, dell'uso smodato del fumo, in particolare fra le giovani donne? Di tutto ciò nella finanziaria non troviamo traccia: è come se fosse sparito completamente questo grande e importante settore.

Sparisce inoltre nel passaggio alla Camera il fondo relativo alla medicina di genere, e a noi dispiace moltissimo; rimane solo il capitolo per le gestanti e le partorienti. Aspettiamo con molta attenzione il decreto del Ministro sul parto indolore, anche se la medicina femminile è molto più del parto indolore è un capitolo molto complesso e articolato.

Per quanto riguarda la lotta al dolore, le cure palliative, gli *hospice*; crediamo rappresentino il grado di civiltà di una nazione e mi riferisco sia al dolore cronico che a quello oncologico, che ti conduce alla fine della vita. Non sottovalutando il dolore cronico, che ha una diffusione enorme e distrugge la qualità della vita di una persona, in modo particolare delle persone più anziane. Certamente si deve fare di più e, quindi, concordiamo con il Governo sul fatto che debba essere posta al riguardo una particolare attenzione. Tuttavia, la legge, che risale al 1999 e che richiama l'istituzione degli *hospice*, a distanza di sette anni, vede alcune Regioni, come la Campania e la Sardegna, ancora al palo. Allora, crediamo necessario richiamare il Governo sulla assoluta necessità di controllare le Regioni e ciò che le stesse fanno, in modo particolare quelle Regioni che non sono virtuose e restano al palo per una cattiva gestione e programmazione, anche in questi campi che rappresentano scelte di grandissima civiltà.

Sull'edilizia sanitaria faccio esattamente lo stesso tipo di ragionamento: si rifinanzia la legge, ma ricordo che noi l'anno scorso, nella XIV e addirittura nella XIII legislatura, abbiamo scritto interi volumi sull'edilizia fantasma e sulle cosiddette cattedrali nel deserto. Concordo con l'indicazione del senatore Corsi di finanziare con criteri specifici, con date precise e poi di controllare. Non è assolutamente pensabile che si continui a finanziare ospedali che ancora oggi sono in situazioni che gridano vendetta al cospetto di Dio e che non saranno mai aperti. Durante una ispezione in una Regione abbiamo visitato un ospedale, tutti sapevano che non sarebbe mai stato aperto, la ditta che doveva installare i termosifoni, avendo già ricevuto il finanziamento, ha pensato bene di attaccarli alle pareti esterne. Ciò significa che non solo la Regione ma neanche lo Stato hanno svolto le verifiche che si devono effettuare tutte le volte che si finanziano con denaro pubblico opere sanitarie. Per questo mi convince moltissimo ciò che diceva il senatore Tomassini circa l'attenzione da rivolgere nelle verifiche delle strutture accreditate e pubbliche. Abbiamo visto ospedali pubblici dove non c'erano neanche le aste per tenere le flebo, che erano attaccate alle maniglie delle finestre. Questa è purtroppo la realtà italiana. Dunque, va bene finanziare ma dobbiamo innescare anche un meccanismo di controllo virtuoso da parte delle Regioni e dello Stato, perché altrimenti si rischia di diventare la fabbrica di San Pietro che spende e spende in maniera assolutamente poco corretta.

Non mi soffermo sulle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio. Voglio soltanto ricordare che in Italia sono presenti 6.000 strutture accreditate che svolgono un lavoro prezioso e che, se non funzionano, è colpa di chi li ha accreditate senza poi verificarle, ma se funzionano svolgono un servizio pubblico straordinario. E' ovvio che ci possono essere pecore nere ma, in generale, abbattere la mannaia su coloro che svolgono questo servizio è, secondo me, veramente assurdo.

Sappiamo, inoltre, che nelle strutture del Nord le tariffe sono ferme al 1996, mentre nelle strutture di alcune Regioni del Sud hanno sfiorato il tetto previsto e che pertanto un taglio del 20 per cento non risulterà sufficiente, anzi arriverà al 50 per cento, per un comparto così delicato significa tagliare le gambe. Tutti leggiamo i giornali e, per quel che mi riguarda, sono convinta che molti ambulatori saranno per questo destinati a chiudere.

Concludo dicendo che su molte questioni ritorneremo in maniera più specifica in sede di svolgimento degli ordini del giorno.

Sui farmaci e sulla ricerca non ripeto le osservazioni già sentite da altri colleghi. Voglio però sottolineare un aspetto che dovrebbe interessarci dal punto di vista etico e morale; mi riferisco ai cosiddetti farmaci intelligenti. Le notizie di questi giorni aprono una speranza straordinaria ai malati oncologici, certo non per oggi, ma probabilmente per domani. Restare fuori da questa ricerca, da questo commercio è delittuoso e ci fa diventare una nazione di serie B. Mi rivolgo al Sottosegretario, diamo all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) il compito di sperimentare su base nazionale i farmaci innovativi. Infatti, il fatto che alcuni primari o

alcune strutture particolarmente brave – diciamo così – possano sperimentare farmaci innovativi non crea equità. La verifica sui farmaci innovativi dovrebbe essere invece compito dell'AIFA, che dovrebbe procedere alla sperimentazione degli stessi su tutto il territorio nazionale; in tal modo, si potrà verificare l'efficacia e l'efficienza del farmaco, su una corte più ampia, sicuramente si risparmierà e potremo dare una migliore risposta a tutti i cittadini che ne avranno bisogno.

Infine, la senatrice Binetti trova il nostro totale accordo sulla ricerca sulle cellule staminali. Cerchiamo però di essere chiari: deve trattarsi di ricerche sperimentali sulle cellule staminali somatiche, perché altrimenti faremmo entrare dalla finestra quello che abbiamo tentato fino all'altro ieri di far uscire dalla porta. (*Congratulazioni dei senatori Tomassini e Ghigo*).

MONACELLI (*UDC*). Signor Presidente, intervengo in questo dibattito nella consapevolezza di dover recitare un ruolo che c'è stato assegnato da parti differenti, dove molto spesso il dialogo e il modo di rappresentare le cose in cui crediamo diventa una sorta di dialogo tra sordi: ognuno fortemente convinto, la maggioranza di essere nel giusto di una scelta politica quale quella che ha ispirato nel fondo questo disegno di legge finanziaria, l'opposizione del fatto che qualcosa di meglio e di diverso poteva essere davvero messo in campo.

Ho la consapevolezza – così com'è stato evidenziato in una serie di interventi nel corso della mattinata – che in realtà questa manovra finanziaria, al di là di alcuni buoni propositi che sembrano inizialmente averla ispirata, si sia persa poi in una mancanza di strategia chiara, che si attendeva soprattutto per ciò che riguarda alcune scelte che avrebbero dovuto essere in linea con quella parte considerata più sociale della maggioranza politica di questo Governo.

Intanto, ci sembra sia stata ossessiva la ricerca ostentata di un accordo con le Regioni; una ricerca in termini economici senza peraltro, com'è stato a più riprese sottolineato, aver conseguito la certezza, nemmeno minimale, che si stesse operando nell'ottica di un superamento dello sfioramento di bilancio da parte di alcune Regioni, soprattutto quelle ritenute meno virtuose.

Peraltro, non si capisce come si potrà coniugare – perché tutto è demandato a un generico «dopo» – il rientro economico delle Regioni con il Titolo V della Costituzione. Questo è stato un limite denunciato anche dalla relatrice nella fase espositiva; un limite che è una sorta di autodenuncia e che, ad oggi, appare ancor più grave e compromettente.

Ci sono questioni sulle quali a più riprese ci si è addentrati, anche perché è molto semplice mettere il dito nella piaga. Abbiamo sottolineato come poco ci convinca la decisione di far leva sul *ticket* per l'accesso al pronto soccorso, che viene giustificata, secondo una filosofia davvero poco credibile e condivisibile, come tentativo di intervenire sui cosiddetti «accessi impropri», che spesso determinano file e lunghe attese nei pronto soccorso. In realtà, si sottintende un'altra questione, di gran lunga sottova-

lutata: non si è minimamente immaginato perché si registrano gli accessi impropri, ossia perché qualcuno si reca al pronto soccorso anziché indirizzarsi verso altri circuiti e fare un altro tipo di fila. Probabilmente, è un modo di sfuggire alle liste di attesa e forse avrebbero potuto essere attivate altre soluzioni.

Bisognerebbe, ad esempio, interrogarsi sul ruolo dei medici di famiglia, che dal venerdì al lunedì sono introvabili, oppure sulla medicina di base del territorio, anche questa assente dal venerdì al lunedì. Poi ci domandiamo perché la gente si reca al pronto soccorso? Occorrerebbe ipotizzare in tal senso una migliore risposta alla domanda di servizi dei cittadini. Inoltre, perché e chi dovrebbe pagare il cosiddetto *ticket* da prestazione? Non si colpiscono le fasce più ricche, perché il cittadino benestante non ha problemi di sorta a pagare 25 euro a prestazione: in questo caso, credo che il *ticket* sia il problema minore. L'introduzione del *ticket* può invece essere davvero dirompente per chi ha difficoltà ad arrivare alla quarta settimana del mese. C'è ancora la quarta settimana del mese, anche se il Governo è cambiato.

Un'altra osservazione è relativa alle prestazioni dei laboratori automatizzabili. Il testo approvato dalla Camera ha previsto che le strutture private accreditate, ai fini delle remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticino uno sconto quantificato nel 2 per cento degli importi per prestazioni specialistiche e nel 20 per cento degli importi indicati per le diagnostiche di laboratorio. Il tiro è stato abbassato, perché originariamente si parlava di un 50 per cento, ma il problema non è affatto stato risolto: resta forte la preoccupazione che questo possa davvero compromettere l'attività e la sopravvivenza delle strutture.

Pongo la questione non soltanto in termini occupazionali, così come stamattina è stato ricordato e sottolineato, ma anche in termini sociali: non dimentichiamo che queste strutture «private» - anche se questo termine può far paura ad una forte componente dell'Esecutivo - svolgono un ruolo che molto spesso è di supplenza rispetto al servizio pubblico, e non soltanto garantendo l'assolvimento di queste funzioni in alcune porzioni di territorio, ma anche garantendo esami che la sanità pubblica non effettua in quanto li ritiene non convenienti, mentre nelle strutture private, nonostante la non convenienza, si continuano ad effettuare.

Un'altra considerazione è relativa alla questione del patrimonio ospedaliero italiano, ritenuto troppo vecchio. Si ravvisa la necessità di interventi di edilizia ospedaliera, per finanziare nuovi ospedali. Anche in questo caso, un giro per l'Italia e soprattutto la conoscenza delle strategie politiche delle Regioni, in una logica di contenimento della spesa pubblica, dovrebbe consentirci di trovare risposta ad alcuni quesiti, peraltro di immediata comprensione.

Nelle intenzioni delle Regioni, soprattutto in quelle che hanno in mente di realizzare nuovi ospedali, ritenete che ci sia davvero la volontà di dismettere il patrimonio vecchio, o piuttosto che si tenti di tenere «tutto in piedi», cioè di realizzare il nuovo ospedale e, al contempo, di conti-

nuare a tenere in vita gli ospedali vecchi? Perché, ovviamente, questo non risponderebbe ad una logica di razionalizzazione della spesa pubblica.

Così come per i laboratori automatizzabili, restano vive perplessità e considerazioni per ciò che attiene alle industrie farmaceutiche, anche in questo caso con l'aggravio delle preoccupazioni per la riduzione dei posti di lavoro che può derivare dagli interventi programmati.

Un'altra considerazione ancora. Credo che questo Governo avrebbe potuto fare molto di più e meglio per ciò che attiene il personale e gli *standard* occupazionali. Credo che un sopralluogo negli ospedali d'Italia possa tranquillamente mettere in luce la forte carenza di personale medico e paramedico, tecnico e infermieristico che si registra in gran parte delle strutture. In realtà, non sembrano esservi molti chiari di luna per rispondere a queste esigenze e priorità.

La senatrice Bianconi ha citato la proposta che la ministro Turco ha avanzato a più riprese nei giorni scorsi, relativa al parto epidurale, cosiddetto senza dolore. Ebbene, con che cosa pensate di attivare un'iniziativa, che può rappresentare anche una svolta culturale nel nostro Paese, se non andando ad implementare il personale con l'assunzione degli anestesisti? Chi è che pratica il parto epidurale nelle strutture, se non gli anestesisti specializzati? Ovviamente, evito in questa fase di svolgere ragionamenti sull'incidenza del rischio che potrebbe essere introdotto con il parto epidurale, soprattutto in ospedali non abituati a questo tipo di sperimentazioni. Peraltro, gran parte delle strutture ospedaliere oggi si trova nell'impossibilità di praticare il parto indolore nelle strutture nosocomiali. Se non si pensa di assumere nuove figure professionali, il parto indolore non è possibile realizzarlo: il progetto resta carta straccia.

Altre preoccupazioni si sommano a quelle correttamente evidenziate stamattina dal senatore Tomassini, relativamente ai dispositivi. Siamo soliti ripetere, soprattutto in Italia, che spesso è la qualità che fa il prezzo; credo che nel settore della salute davvero sovente il prezzo possa fare la qualità. Il risparmio quindi non può continuamente confliggere con la qualità dei dispositivi e delle protesi che i cittadini richiedono per condizioni di salute, condizioni che ovviamente dovrebbero essere sempre tutelate.

GRAMAZIO (AN). Signor Presidente, i colleghi dell'opposizione che mi hanno preceduto hanno già toccato i numerosi temi che intendiamo portare avanti sul piano della sanità e della salute. Anticipo che sottoscriveremo gli ordini del giorno annunciati dalla senatrice Bianconi, perché riteniamo che rientrino nel contesto generale di un impegno concreto sui temi della sanità e della salute.

Con riferimento agli ultimi avvenimenti, voglio ricordare a me stesso - soprattutto perché rimanga agli atti - che sui punti riferiti alla salute, come hanno ricordato i senatori Tomassini e Cursi, nel decreto Visco mancava la firma del Ministro della salute. Ciò non è solo dovuto ad un errore, o al fatto che il Ministro era impegnato a Cuneo, ma ad un andazzo politico, già esistente, che è stato frenato in qualche modo durante il governo Berlusconi: quello dei Ministri dell'economia e delle finanze di

allungare le mani e dare disposizioni ai competenti Ministri della salute. Per questo voglio ricordare uno scontro, cui ho assistito in un grande ospedale romano, tra il ministro Tremonti e l'allora ministro della salute Storace proprio per una serie di interventi che il Ministro dell'economia intendeva imporre al Ministero della salute. Quello che invece avviene in questo ultimo periodo, con questo Governo, è che una parte delle competenze, tutte le competenze che sono specifiche di controllo dei costi e dei conti, sfuggono al controllo del Ministero della salute; pur se qui poc'anzi il Sottosegretario ha detto che una parte di tali competenze è stata ripresa e per l'altra parte il Ministero della salute, ritengo io, debba essere allora solo una *dependance*, così come hanno voluto lor signori, del Ministero dell'economia.

Voglio ricordare che in questo contesto non si può dimenticare ciò che già è avvenuto e gli incontri che abbiamo avuto in questa Commissione con la ministra Turco. Stavo verificando le varie nomine al Consiglio superiore di sanità e, guarda caso, ritrovo fra i due vice presidenti la dottoressa Paola Muti, che è quella famosa dottoressa che fu messa al posto del professor Francesco Cognetti, che dovette poi fare una serie di ricorsi per rimanere direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena IRCCS-IFO (Istituti Fisioterapici Ospitalieri). Ricordo che la Ministra disse che non sapeva nemmeno chi fosse Paola Muti; ebbene, eccola vice presidente, nella nomina di qualche giorno fa, del Consiglio superiore di sanità, insieme a un luminare che è il professor Santoro. Guarda caso due esponenti della massima importanza di una struttura come l'IRCCS del Regina Elena di Roma. E ciò sta a significare che negli anni il lavoro di ricerca e di impegno svolto ha fatto crescere quella struttura, se i due vice presidenti provengono da essa. Evidenzio però la provenienza della dottoressa Paola Muti, direttore di struttura complessa, ricordando ciò che il Ministro qui affermò: non la conosceva, non sapeva chi era e non era un fatto politico la sostituzione nella sua attività del professor Cognetti. Sono casi, sicuramente si dirà.

Credo che tutto l'impegno dell'opposizione sia anche diretto all'abolizione e alla cancellazione dei *ticket* sanitari ripristinati da questo Governo. Voglio tornare alle origini dei *ticket* sanitari per ricordare, e i colleghi lo ricorderanno, quando un altro Ministro della sanità, Rosy Bindi, prima delle elezioni politiche del 2001, disse che li avrebbe aboliti tutti al fine di operare in funzione di un ritorno elettorale nei loro riguardi.

Vogliamo invece opporci con fermezza al *ticket* sul pronto soccorso. Nel suo intervento il collega Ghigo, già presidente di Regione, ha dichiarato di aver messo nella sua Regione il *ticket* sul pronto soccorso; un anno dopo è intervenuto - sono le sue dichiarazioni - per toglierlo, perché il costo del recupero del *ticket* era più alto delle entrate. Allora, quando si va al pronto soccorso, dice il mio amico Cursi, non si sceglie di andarci perché non si va a mangiare la pizza o al cinema; al pronto soccorso ci si va per effettiva necessità. E penso, avendo avuto un figlio tempesta da piccolo, quante volte giocando a pallone sono dovuto ricorrere alle cure del pronto soccorso per mio figlio e penso anche al fatto che se si va

al pronto soccorso lo si fa perché vi è una necessità e non mi sembra valido che ci sia poi lo sportello per il pagamento.

Ma io che faccio ogni tanto il giro degli ospedali romani e della mia Regione, so perfettamente qual è il problema che esisterà da domani con il *ticket* sul pronto soccorso: bisognerà predisporre un ufficio con gli impiegati per ritirare la somma stabilita dal *ticket*. Durante la notte le ASL dovranno pagare gli impiegati per svolgere questo servizio notturno e dovranno affiancare ad essi altri *vigilantes*, perché il rischio la notte nei pronto soccorso è quello che leggiamo ogni giorno nelle cronache dei giornali. Non so quindi quanto sia il guadagno complessivo, e lo dico a un Sottosegretario che ha passato la sua vita all'interno di strutture ospedaliere, essendo stato il massimo esponente dell'ANAO-ASSOMED, che allora era la più forte organizzazione dei medici ospedalieri, e che conosce per questo benissimo la situazione.

Penso anche, e ci dovrebbe pensare in questo caso il Sottosegretario perché medico ospedaliero, al problema che avranno quei medici che dovranno scegliere sotto pressione se conviene che quello sia un determinato codice. Infatti, il *ticket* è arrivato a 25 euro dopo una prima riduzione, un successivo innalzamento e infine una nuova riduzione: ma questa è una finanziaria che è fatta tutta in questo modo, e questo non riguarda solo l'aspetto tecnico del *ticket* sulla sanità.

Prima si facevano delle distinzioni, adesso si è concluso che il *ticket* ammonta a 25 euro sia per i codici bianchi che per quelli verdi. Non posso non pensare, avendo partecipato alla manifestazione del 13 novembre al cinema Capranica di Roma, promossa dall'Associazione nazionale istituti sanitari privati (ANISAP) e da tutte le varie associazioni dei laboratori di analisi, come ricordava la senatrice Bianconi, che sono 6.000 le strutture accreditate.

Per i laboratori di analisi è ancora peggio, perché si era partiti da una somma, poi si è scesi (determinante è stato l'incontro che il sottosegretario Zucchelli ebbe con i presidenti delle varie associazioni che manifestavano in piazza del Parlamento e al cinema Capranica) al 20 per cento (per fortuna), ma scendendo abbiamo imposto un 2 per cento di sconto sulle tariffe che, guarda caso, non sono ferme al 2006, al 2003 o al 2004, ma al 1996. Sarà quindi necessaria una revisione e mi auguro che negli impegni contenuti nel Patto per la salute, di cui si è riempita tanto la bocca il Ministro della salute, ci sia una scelta che operi nei riguardi di tutte le strutture convenzionate che non abbiamo convenzionato noi, ma che hanno convenzionato le Regioni e che esse devono controllare. Le strutture accreditate e convenzionate - perché non si parla più di convenzione, ma di accreditamento -, a mio avviso, hanno necessità di ulteriori controlli per verificare se la loro funzionalità è sempre atta a rispondere alle esigenze dei cittadini che ricorrono a queste cure.

Per quanto riguarda queste strutture, voglio ricordare a me stesso che oggi le strutture ospedaliere, proprio per le necessità impellenti che hanno, non riescono a rispondere alla richiesta di analisi, pertanto, tutto quel che si sposta dalla struttura ospedaliera a quella accreditata permette di far

funzionare il servizio sanitario. Penso a che cosa accadrebbe se tutti coloro che devono effettuare visite specialistiche, controlli o analisi si recassero tutti insieme presso le strutture pubbliche: non si camminerebbe più e le strutture sanitarie scoppierebbero.

Con riferimento agli interventi di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, vi è sicuramente una problematica da affrontare dal momento che tra Regione e Regione esiste una differenza, di cui il Governo e l'attuale Sottosegretario conoscono bene l'entità. Ad esempio, la Regione Lazio ha speso per tali interventi il 54 per cento delle disponibilità, mentre la Campania si è fermata al 30 per cento.

ZUCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Forse meno.

GRAMAZIO (AN). Addirittura meno? La prima percentuale era il 26 per cento e pensavo fosse cresciuta!

Il Patto per la salute non affronta, come invece avrebbe dovuto, il problema del sistema dell'emergenza sanitaria, che è una delle priorità del servizio sanitario. Un efficace servizio di emergenza (parlo del 118) sicuramente ha risvolti positivi, dal momento che l'immediatezza dell'intervento per un incidente o qualsiasi altro avvenimento consente di salvare una vita. Questi servizi vanno ulteriormente potenziati e incoraggiati e non mi sembra che nelle iniziative del Governo e tanto meno di alcune Regioni ci sia questa volontà.

Per quanto riguarda i *deficit* delle Regioni e i relativi piani di rientro, ricordo l'incontro che ha avuto luogo qualche giorno fa tra il ministro Padoa Schioppa e il presidente della Regione Marrazzo. Si è trattato di un incontro che non è stato preparato, di cui i giornali di oggi parlano in termini di «incontro segreto», tenutosi presso una struttura ospedaliera tra i direttori generali, il Presidente e il Presidente della Regione per fare il punto sul *deficit* delle strutture sanitarie del Lazio. Ma il problema non riguarda solo il *deficit* del Lazio, bensì complessivamente una legge dello Stato che prevede il recupero del *deficit* e i relativi piani di rientro, ma anche che i direttori generali che non hanno ottemperato a quanto in essa stabilito decadano. Non so come si muoveranno le Regioni in tal senso. Mi si dice che i direttori generali vengono coccolati, anche quando non hanno predisposto piani di rientro o gestiscono situazioni esplosive. Penso, ad esempio, al Policlinico universitario Umberto I, le cui problematiche non riguardano solo la Regione Lazio, visto che tale struttura opera nel territorio della Regione Lazio e per i cittadini di Roma e Provincia, ma ha rilevanza anche a livello nazionale, se è vero, come è vero e come sappiamo benissimo, che tra il 25 e il 35 per cento dei casi gli utenti sono cittadini di fuori Regione. Nel Policlinico Umberto I esiste un conflitto di competenze relativo alla situazione economica degli operatori, dei quali alcuni hanno il contratto del Servizio sanitario nazionale, mentre altri sono dipendenti dell'Università. Si tratta di una contrapposizione economica che nel Lazio si è allargata anche alle cooperative, che gestiscono perso-

nale che opera sicuramente sottocosto, come è stato messo in evidenza anche da una serie di trasmissioni televisive.

Tutti questi problemi, nella finanziaria di vossignori, non esistono. Esiste un atto politico, il Patto per la salute, che è parte integrante di questa finanziaria, ma che non affronta i tanti problemi che richiedono di essere affrontati concretamente dai responsabili della salute nei nostri concittadini e nostra.

PRESIDENTE. Onorevoli senatrici e onorevoli senatori, desidero svolgere anch'io alcune considerazioni, senza entrare nel dettaglio degli aspetti del disegno di legge finanziaria, ma per invitare la relatrice, senatrice Fiorenza Bassoli, a rivolgere la sua attenzione su alcuni punti importanti.

La manovra finanziaria prevede un Fondo, non amplissimo, ma comunque cospicuo, dedicato agli investimenti nella ricerca nel settore biomedico, argomento che sta a cuore a tutti e sul quale quasi sempre siamo tutti d'accordo. Ebbene, sarebbe opportuno che nel destinare questi investimenti si tenga conto soprattutto dei nostri giovani ricercatori. Non vorrei fare ironia, anzi mi preme sottolineare che sono più vicino a sessanta che a trent'anni; è però un dato di fatto che anche grandi ricercatori e grandi menti, come Albert Einstein, hanno dato il contributo più importante all'umanità al di sotto dei 35 anni. Credo vi siano condizioni biologiche per cui ognuno di noi in età più avanzata fa bene altre cose; la creatività però è sicuramente una delle caratteristiche dei nostri giovani. Pertanto, ove ritenuto opportuno, mi piacerebbe che nel nostro rapporto venisse segnalato che consideriamo favorevolmente investire di più sui giovani impegnati nel settore della ricerca.

Come è stato ripetuto da diversi senatrici e senatori intervenuti, il disegno di legge finanziaria contiene anche stanziamenti a favore di una particolare area, quella delle malattie rare. Approfitterei per illustrare un ordine del giorno che sottopongo ora al parere della relatrice e poi, quando verrà il momento, al voto della Commissione. Do quindi lettura dell'ordine del giorno n. 2:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, espresso apprezzamento per l'individuazione di specifici finanziamenti triennali in funzione di contrasto alle malattie rare, con particolare riferimento all'ammontare, pari a 30 milioni di euro annui, del fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale (articolo 18, comma 423), nonché alla quota, pari a 3 milioni di euro annui, del fondo per la ricerca sanitaria (articolo 18, comma 429); preso atto del ritardo dell'Italia rispetto alle principali realtà internazionali sul versante della legislazione sulle malattie rare e sui farmaci orfani; rilevando l'opportunità che l'Italia si doti quanto prima di un idoneo strumento normativo, che assicuri idonee forme di assistenza farmaceutica per i pazienti affetti da patologie rare e adeguati

incentivi per stimolare la ricerca, la produzione e l'immissione sul mercato di farmaci orfani; impegna il Governo a promuovere e sostenere l'introduzione di una disciplina organica nel settore delle malattie rare e dei farmaci orfani.»

A questo proposito, come abbiamo sostenuto in diverse occasioni, penso che, al di là dell'impegno che chiediamo al Governo, forse dovrebbe esservi anche l'impegno della nostra Commissione, affinché venga approvato un atto legislativo in un settore che è ancora carente.

Molti onorevoli senatori, da ultimo anche il senatore Gramazio, hanno richiamato il rifinanziamento di 20 miliardi di euro del fondo previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988; detto importo, piuttosto importante, deve essere destinato, ovviamente, alla ristrutturazione edilizia e all'ammodernamento tecnologico. Vorrei precisare al riguardo un punto che sono sicuro che molti colleghi in quest'Aula condivideranno: la situazione, davvero umiliante per chi si occupa di sanità, che si è creata nel Sud del Paese rispetto alla patologia del cancro della mammella. Non voglio fare retorica, ma il nostro Paese ha dato uno dei contributi più importanti a questa patologia perché ha introdotto nella letteratura - a volte dimentichiamo di esserne orgogliosi - la quadrantectomia, intervento che non cura ma guarisce, se eseguito in tempo, da questa terribile malattia. La quadrantectomia è stata introdotta a Milano, quindi nel nostro Paese, e si è diffusa in tutto il mondo. Ricordo che, quando ero un giovane chirurgo dei trapianti a metà degli anni Ottanta negli Stati Uniti, un famoso chirurgo di San Francisco mi chiese un appuntamento per sua moglie all'Istituto tumori di Milano, perché voleva che venisse valutata in un centro dove si potesse intervenire con la quadrantectomia.

I dati a distanza di venti anni sono un po' disarmanti perché a Parigi il 95 per cento circa delle donne viene sottoposto a quadrantectomia in caso di tumore alla mammella; in città come Boston e Philadelphia la percentuale è intorno al 93 per cento; in Italia ci attestiamo a un misero 65-70 per cento, con punte negative in alcune Regioni del Sud, dove solo il 33 per cento delle donne possono beneficiare, in caso di malattia, di questo tipo di trattamento, mentre le altre invece subiscono ancora un intervento che per chi lo ha praticato, come me (ho fatto anch'io il chirurgo generale prima di occuparmi di chirurgia dei trapianti), davvero devastante, come la mastectomia radicale.

Molti di voi conoscono il motivo per cui questo avviene soprattutto nel Sud: molte di queste donne, oltre alla malattia, hanno anche la sfortuna di appartenere alle classi più deboli della nostra società e non possono permettersi economicamente di stare un mese o due in una città del Nord, dove si può avere il trattamento radioterapico, che deve essere associato a questo tipo di intervento. Credo sia un aspetto al quale dobbiamo porre un rimedio e auspico che questa Commissione in futuro si occupi anche di un disegno di legge che possa colmare questa differenza così profonda, che c'è nella nostra sanità riguardo ad aspetti tecnologici come le radioterapie nel Sud del Paese.

Mi rivolgo nuovamente alla relatrice per invitarla a considerare, nella stesura del suo parere, il seguente aspetto: la legge finanziaria potrebbe anche essere l'occasione per risolvere questioni annose molto gravi, come quella relativa ai pazienti che nel nostro Paese sono stati infettati da emoderivati. A mio giudizio, l'esistenza di un numero cospicuo di pazienti verso i quali lo Stato non ha cercato di andare incontro va considerato nel parere che esprimeremo.

Infine, ho ancora altri due punti da sottolineare; il primo è relativo alla strutturazione del ruolo dei nostri specializzandi. Non mi ripeto sulle cose che in questa Commissione abbiamo già detto, ricordo soltanto che tutti insieme i membri di questa Commissione hanno firmato una lettera trasmessa ai Ministri della salute, al Ministro dell'università e della ricerca e al Presidente del Consiglio; penso che sia opportuno sottolineare questa necessità anche nel parere che daremo.

Vi è poi un altro aspetto che mi sembra sia stato accennato sia dalla relatrice Bassoli sia dalla senatrice Bianconi e che riguarda i farmaci, rispetto ai quali dobbiamo dimostrare di sapere anche fare riferimento all'idea della sanità come investimento. In Italia in alcune strutture già si iniziano a preparare all'interno degli ospedali le cosiddette monodosi, vale a dire la possibilità di offrire al paziente il farmaco nel dosaggio adeguato e all'orario adeguato, con un controllo elettronico. Tale procedimento necessita di un investimento iniziale perché per realizzarlo serve la tecnologia; esso però assicura più qualità e garanzia della qualità nel trattamento nei confronti dei pazienti, che così ricevono il farmaco giusto, nella dose giusta e all'orario giusto e consente, peraltro, un significativo risparmio calcolato intorno al 20 per cento rispetto ai costi dei farmaci all'interno di un ospedale. In tal modo si può migliorare la qualità diminuendo i costi.

Vorrei, infine, illustrare l'ordine del giorno n. 1 che può apparire relativo ad una problematica minore rispetto a tanti problemi importanti presenti nel settore della sanità ma, a mio parere, la carenza di un provvedimento in questo ambito colpisce proprio una parte della popolazione più debole del nostro Paese. Do quindi lettura dell'ordine del giorno:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che l'articolo 18, comma 414, lettera n), prevede la modifica degli allegati al decreto del 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza; considerato che uno degli effetti della sottoposizione alla chemioterapia dei soggetti affetti da forme tumorali è la perdita dei capelli; rilevato che ciò determina un'evidente situazione di disagio nei rapporti interpersonali che rende necessario il ricorso ad una parrucca; ritenuto che l'acquisto di tale protesi, lungi dall'essere una spesa voluttuaria, rappresenta un'ineludibile esigenza anche al fine di assicurare la dignità del paziente; preso atto che la normativa vigente non riconosce alcun sostegno economico per l'acquisto di tali protesi; impegna il Governo ad inserire, in sede di revisione del citato decreto del 29 novembre 2001, la fornitura di parrucche per i soggetti sottoposti

alla chemioterapia nei livelli essenziali di assistenza (LEA), nonché la previsione di forme di assistenza in relazione a procedure di linfo-drenaggio e pressoterapia peristaltica e altre terapie atte a prevenire e curare le sindromi post-operatorie.».

Con ciò ho concluso le osservazioni che personalmente mi sentivo di aggiungere a quanto già detto da diverse senatrici e senatori.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Signor Presidente, desidero esprimere apprezzamento per come questa finanziaria, a differenza del passato, oltre a percorrere la normale via della programmazione sanitaria, comincia a mettere a fuoco alcune problematiche che, a mio avviso, sono alla base di una sana e razionale gestione della cosa pubblica.

Senza entrare nel merito della valutazione complessiva dell'impianto della manovra, che comunque ritengo senz'altro positivo, sintetizzerò alcune mie riflessioni favorevoli. Mi si conceda però di evidenziare qualche punto su cui si rende necessario un approccio critico.

È senz'altro positivo che emerga finalmente la volontà politica, e non solo a parole, di mettere mano al sostanziale divario tra Nord e Sud nel settore sanitario. È meritorio che si voglia incidere concretamente, diversamente dal passato, sul modo con cui si intendono fronteggiare le truffe ai danni del Servizio sanitario nazionale, prevedendo la decadenza dall'autorizzazione all'esercizio della professione di farmacista e, addirittura, la risoluzione del rapporto di diritto in presenza di un danno accertato superiore a 50.000 euro. A mio parere, è positiva la volontà di contrastare a tutti i costi (magari affinando le armi) l'esplosione della spesa farmaceutica e di bloccare i prezzi dei farmaci di fascia C.

Valuto invece criticamente l'approccio con cui si ritiene di risparmiare a tutti i costi, prevedendo gare al massimo risparmio. Per avere un apprezzabile contenimento della spesa occorre ridurre il costo di tutto ciò che è funzionale al Servizio sanitario, il che significa razionalizzare il sistema. Non basta acquistare dispositivi medici al massimo ribasso, soprattutto quando avviene, come in Italia, che la discrezionalità della spesa ricade sulle singole ASL, che finiscono per acquistare spesso dispositivi medici identici a costi completamente diversi, oppure prodotti poco funzionali e scadenti a prezzi esorbitanti. È bene fare buona sanità, tenendo soprattutto conto del rapporto costi-benefici.

È lapalissiano che, acquistando al prezzo più basso, si rischia di comprare il prodotto più scadente sul mercato, non solo arrecando il minor beneficio all'utente finale, ma addirittura, in taluni casi, rischiando di fare danni. Inoltre, concentrarsi troppo nell'acquisto al massimo ribasso non consente di operare i dovuti distinguo, laddove si prevede, per la definizione delle basi d'asta centralizzate, l'individuazione di un unico calderone di dispositivi medici, senza tener conto delle distinzioni sostanziali che andrebbero operate tra le varie famiglie di dispositivi, in virtù della tipologia di assistenza a cui gli stessi sono destinati.

Si è tentata la strada della centralizzazione degli acquisti attraverso la Consip, per quanto è a mia conoscenza, senza grandi risultati. Adesso, si

prevedono tante «piccole Consip» regionali, mentre mi risulta che, ad oggi, non sia mai stato effettuato un controllo serio sui risultati della gestione delle gare, attraverso il confronto tra i costi gestionali e i benefici veri a favore del Servizio sanitario.

Per finire, la stessa finanziaria non offre alcuna garanzia sui tempi certi di attuazione di alcune riforme sanitarie che da troppo tempo aspettano di essere realizzate, come quella relativa all'assistenza protesica, che molti colleghi hanno ricordato, per la quale si è ormai superato ogni limite massimo tollerabile di attesa.

PRESIDENTE. Propongo di sospendere brevemente la seduta per consentire ai senatori iscritti a parlare, momentaneamente impegnati in altre Commissioni, di essere presenti.

Non essendovi osservazioni, sospendo la seduta.

(I lavori, sospesi alle ore 16, sono ripresi alle ore 16,10).

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Signor Presidente, ho preso visione dell'ultima relazione dell'OCSE sulla nostra finanziaria. Ebbene, erudisco i colleghi presenti comunicando che l'OCSE ha definito la nostra finanziaria assolutamente insufficiente. Infatti, nonostante si stiano superando quattro anni di stagnazione e in tutta Europa si avverta un netto miglioramento, il nostro *trend* di crescita è pari a poco più della metà di quanto avviene in Europa. Peraltro, nella relazione vi è un passaggio che inorgolisce chi ha rappresentato la maggioranza nella legislatura precedente e ha subito certe critiche, nella speranza che anche voi superiate con la stessa brillantezza quelle che ora noi vi stiamo muovendo. Dai dati OCSE emerge un netto miglioramento della situazione italiana grazie ad un aumento dell'*export* e, soprattutto, ad una crescita dell'occupazione dell'1,7 per cento.

L'OCSE critica invece questa finanziaria e chiede al Governo di rivederla finché ne ha la possibilità, ritenendo che, intervenendo solo con tasse e non con tagli alla spesa, si potrebbe verificare una rilevante contrazione dei consumi e un successivo rallentamento della crescita. Queste affermazioni non sono di Piergiorgio Massidda ma dell'OCSE che, voglio ricordare, rappresenta i 30 Paesi più industrializzati d'Europa. Piuttosto che tediarsi con critiche che avete da noi già sentito, ho preferito erudirvi su critiche avanzate da soggetti qualificati.

Mi soffermerò ora sulla sanità, per precisare che condivido tutte le critiche avanzate dall'opposizione e anche quelle velate della maggioranza, che naturalmente ha «suonato le trombe» con piccoli distinguo, che, di fatto, sono subdole critiche alla finanziaria. È vero che sono aumentate le risorse a disposizione ma, come ha esemplificato il senatore Tomassini con un'espressione che mi è molto piaciuta: questa finanziaria è una gran *matrioska*, più la apri e più scopri trucchetti.

Tutti avvertiamo l'esigenza di una ridefinizione dei LEA di cui - ricordo - nella scorsa legislatura sia la maggioranza che l'opposizione chiedevano una revisione. Ho preso visione di un ordine del giorno volto ad introdurre nei LEA il rimborso per le parrucche per i soggetti sottoposti alla chemioterapia. Annuncio grande disponibilità in tal senso, ma vi invito ad essere coerenti. Conosco bene il problema, dal momento che ha toccato mia madre, ritengo inoltre che l'ordine del giorno presentato rappresenti un atto di gran sensibilità. Tuttavia, se contemporaneamente escludete dai LEA il linfodrenaggio e la pressoterapia peristaltica per contrastare il linfedema post-brachiale non siete credibili.

Fin da ora, quindi, chiedo che nei LEA sia previsto anche ciò che può di fatto migliorare una delle patologie più frequenti post-mastectomia, cioè il linfedema post-brachiale, che sicuramente è più dannoso e molto più caro di una parrucca. Infatti, per fare un linfodrenaggio la stragrande maggioranza delle donne, anche quando può permetterselo, per rientrare nei costi è comunque costretta a rivolgersi a personale molto spesso non idoneo. La mia richiesta non è sterile, ma è piuttosto un richiamo alla sensibilità, che so che voi avete; spero, pertanto, che mi supporterete su tale richiesta.

Condivido le critiche avanzate che, del resto, erano quelle che rivolgevate a noi, quando sostenevamo che si premiano sempre le Regioni più furbe e non quelle che sono state virtuose e hanno saputo razionalizzare la spesa sanitaria. Infatti, prevedendo che le Regioni debbano ripianare solo il 40 per cento del loro *deficit* e che la restante parte sia a carico dello Stato, vanificate tutte le battaglie fatte precedentemente dal ministro Bindi, poi dal ministro Veronesi e anche da noi nella passata legislatura. Visto che siete tecnici del settore, vi richiamo alla necessità di far capire a chi ha elaborato la finanziaria e comanda, cioè il Ministro dell'economia, che si sta sovrapponendo al ruolo del Ministero della salute, chiedendo ad ogni medico e ad ogni struttura sanitaria di trasmettere la loro documentazione al centro meccanografico del suo Dicastero e non già al Ministero della salute, che ha attivato - anche se non in tutte le Regioni - delle agenzie atte a svolgere proprio questo ruolo. Delle due l'una: o stiamo buttando denaro su queste agenzie - e credo che per coerenza dovrete inserirlo in finanziaria - o orgoglio e dignità vi impongono di dire «basta» a questa influenza del Ministero dell'economia. A mio parere, la sanità ha subito fin troppo, da parte di entrambi gli schieramenti, non solo la regola dell'economia e del controllo ma anche l'ingerenza di commercialisti, laddove invece lo spirito del medico e del personale che conosce la realtà sanitaria avrebbe dovuto svolgere un ruolo ben più determinante.

Mi rifiuto di accettare alla logica che i medici siano tutti imbroglioni o spreconi, incapaci di gestire il proprio futuro, dimenticando però che la sanità (purtroppo non può saperlo un commercialista) evolve con una velocità superiore a quella del pensiero.

Qualche giorno fa qualcuno ricordava, compreso il sottoscritto, che il valore di una apparecchiatura per la risonanza magnetica purtroppo è già superato prima che se ne sia completato l'ammortamento. È inevitabile

che la rapidità con cui si evolve la ricerca scientifica genera spese anche con riferimento ai macchinari necessari per la diagnostica: è nei fatti e non può rispondere a logiche commerciali.

I percorsi terapeutici sembravano virtuosi, anche se molti medici li avevano criticati perché sembravano *software* che superavano il ruolo del medico. In altri termini, ci laureavamo non per imparare a seguire dei percorsi, ma per attenerci esclusivamente a qualcosa di schematico; nonostante tutto, sono stati tollerati. Oggi, però, i percorsi terapeutici scompaiono nella stragrande maggioranza delle Regioni, dove invece si sta evidenziando in maniera clamorosa un problema di carattere economico; ad ogni modo, credo che il collega Caforio ne abbia già parlato.

Vorrei ora soffermarmi sulla questione dei presidi. Attualmente una carrozzella elettronica, che permette a un povero handicappato di vivere nella società, può essere sostituita solo dopo sette anni. Al riguardo vi rappresento, come esempio, l'automobile elettronica che, come sapete, non dura neppure sette anni. Stiamo sottoponendo la ricerca di questi presidi non già a un discorso qualitativo che preveda paletti legati a minimi di qualità e al riconoscimento europeo, che sapete essere molto elastico e facilmente eludibile, ma semplicemente a una valutazione di carattere economico di un acquisto generalizzato, che non può prevedere una scadenza della qualità in maniera netta. Un altro esempio. Una carrozzella può essere sostituita dopo cinque anni. Ebbene, si stanno acquistando carrozzelle cinesi, provenienti dal Bangladesh o dallo Sri Lanka, che sono ancor più scadenti. Mi chiedo, allora, con che faccia possiamo guardare i nostri cittadini, se non fissiamo per legge altri parametri che garantiscano la qualità dei macchinari, in modo che i nostri handicappati non debbano vivere sette anni con il timore di non poter sostituire il proprio strumento di vita. La nostra critica non è sterile, è un richiamo alle vostre conoscenze e alla vostra esperienza a dire «no» a questa situazione.

Chiedo l'attenzione della relatrice perché sto elencando esempi che vi interessano perché rispetto alle situazioni descritte avete delle responsabilità. Oggi sono amareggiato per questa situazione per primo io, essendo stato relatore sulla legge che ha introdotto i LEA. Non avendo avuto nessuno il coraggio, né la maggioranza né l'opposizione, di mettere allora dei paletti, oggi, dopo cinque anni dall'entrata in vigore del provvedimento, si è determinata una situazione di grande caos. Vi chiedo, se possibile, di introdurre nel disegno di legge finanziaria misure che fissino limiti al riguardo.

Sappiamo che l'attività svolta nel cosiddetto privato accreditato dovrebbe prevedere le stesse tariffe. Oggi, invece, chiedete una riduzione dei costi dei laboratori di analisi e dei centri di diagnosi e cura del 2 per cento rispetto a tariffe ferme al 1996 e chiedete ai laboratori di analisi di applicare uno sconto addirittura del 20 per cento. Giustamente tale proposta riguarda solo l'accreditamento esterno, perché sapete benissimo che se si parlasse genericamente di riduzione delle tariffe anche nei confronti delle strutture ospedaliere, che già lavorano con rimborsi a piè di lista, la situazione diventerebbe ancor più drammatica. Quanto prospettate renderà

la situazione insostenibile, visto che dal 1996 il costo del personale, imposto per l'accreditamento, e di tutta l'attrezzatura necessaria è aumentato paurosamente.

In sostanza, le norme volte alla riduzione degli importi delle prestazioni di laboratorio automatizzabili, contenute nel disegno di legge finanziaria, peraltro applicata a tariffe ferme al 1996, avranno pesanti ricadute sul settore pubblico anche in termini di un maggiore numero di ricoveri.

Giudico poi negativamente l'introduzione del *ticket* per le visite specialistiche e per il pronto soccorso. Anche noi siamo disperati per la situazione in cui versano i pronti soccorsi e sappiamo che c'è chi ne abusa. Tuttavia, l'arma che state introducendo creerà problemi ulteriori, perché esporrà il medico a responsabilità di ordine legale, dal momento che dovrà sapere se si tratta di codice bianco o verde.

Non solo, in un momento di caos, quale quello tipico del pronto soccorso, il recupero dei *ticket* potrebbe anche produrre costi superiori. Al riguardo cito il caso della fisioterapia che conosco molto bene. Non so chi l'abbia deciso, ma nei LEA è stata introdotta, in quasi tutte le Regioni, la terapia a infrarosso, che è ormai superatissima. Ebbene, per l'infrarosso viene rimborsato un euro e mezzo a terapia. Per dieci terapie, che sono il massimo prescrivibile, si devono pagare 35 euro di *ticket*, più 10 euro per la prescrizione che stiamo introducendo, vale a dire 45 euro. Non sarebbe meglio utilizzare invece la laser terapia che è più moderna e più efficace e dà grandi risultati anche negli atleti? Il costo medio della laserterapia in Italia è di 3,5-4 euro, ciò vuol dire che dieci applicazioni, nella peggiore delle ipotesi, costano 40 euro, a fronte dei 35 euro di *ticket* più i 10 euro per la prescrizione. Sto parlando di due terapie che fanno parte dei LEA: vi rendete conto che non state più garantendo i livelli essenziali di assistenza? State guadagnando sul danno della gente, senza informare il cittadino - ma lo faranno i centri che vorranno sopravvivere - che, probabilmente, pagando tutto di tasca sua, eviterà di pagare il *ticket* per la visita, per la prescrizione e così via. Senza contare che dopo la visita specialistica si deve andare dal medico generico per avere l'impegnativa, così perdendo ancora altro tempo.

Ecco perché criticiamo queste manovre che sono veramente soltanto di immagine. Qualcuno ha parlato di «tanto fumo» e «poco arrosto» e il conto è veramente salato, se con il gioco dei *ticket* condotto in una certa maniera si paga più di quanto si dovrebbe.

Una radiografia della colonna cervicale, che è quanto di più banale possa accadere di fare, anche per un semplice e minimo trauma, oggi costa 20 euro, dopo questa finanziaria nella migliore delle ipotesi costerà 35 euro più 10. Una cifra iperbolica. E stiamo parlando di tariffe che dovrebbero addirittura avere lo sconto del 2 per cento!

Un'ora di fisioterapia in Italia viene pagata mediamente 13,60 euro, mentre la prestazione di un fisioterapista, che svolge una professione specialistica, costa dai 18 ai 20 euro l'ora. In proposito vi chiederò poi di sottoscrivere un ordine del giorno per la qualificazione di questo personale sanitario che tutti, prima il centro-sinistra, poi il centro-destra, abbiamo

voluto fosse ad alto livello. In sostanza, in ambito sia privato che pubblico con queste tariffe, addirittura scontate, non si sopravvive. Peraltro, si stanno eliminando livelli essenziali di assistenza e tutto ciò che costituisce prevenzione alla ospedalizzazione.

Concordo con quanto è stato detto a proposito dei farmaci.

Desidero poi portare alla vostra attenzione un altro aspetto, che mi tocca più da vicino. Sono in conflitto di interessi per quel che sto dicendo questa sera in Commissione, ma è l'unica cosa che mi rimane da aggiungere dopo gli intelligenti e mirati interventi dei miei colleghi. Un argomento che nessuno ha ancora toccato riguarda una trattativa condotta dal signor Soru, governatore della Sardegna, da voi molto adorato, da me molto meno, il quale ha l'abitudine di mettere tasse su tutto. Questi ha deciso che in cambio di una partecipazione a certe entrate nel 2011, dal 2007 la Sardegna si prenderà carico di tutta la sanità e di tutti i trasporti. E parliamo di un'isola! È una follia. Infatti, la Regione non può incidere sui costi della sanità, dal momento che non decide tutto: non decide dei contratti di lavoro, della gestione, degli accordi, dei livelli essenziali di assistenza. Nessuno ne ha parlato, ma la Sardegna, con una decisione assunta da una giunta, si sta assumendo l'onere di far fronte a tutte le spese dei comparti sanità e trasporti in cambio di introiti previsti nel 2011.

Tra l'altro, voglio vedere cosa dirà al riguardo la Corte costituzionale, perché la programmazione del DPEF è triennale e non capisco come si possano prendere impegni di questa portata in finanziaria con riferimento al 2011. Solo per questa pazzia, chi rappresenta gli elettori sardi, abitanti di una Regione che soffre enormemente, è fortemente spaventato, perché di fatto si sta cambiando uno Statuto speciale con una finanziaria ed esponendo una Regione alle pazzie di un governatore che decide unilateralmente. Se dicessi questo in Aula, non mi ascolterebbe nessuno, mentre so, perché vi conosco e so che siete persone serie, che in questa Commissione non c'è chi non rida al pensiero che una Regione rinunci a tutti i vantaggi che può avere per la sanità e si accolli tutti i costi di quel settore in nome di entrate che incasserà nel 2011.

Ecco perché voterò contro questa finanziaria. È inammissibile una cosa del genere e per contrastarla lotterò con tutte le forze. Per correttezza non ho boicottato i lavori di questa Commissione e non ho fatto le solite osservazioni; sto cercando invece di ragionare con voi, per far capire che spesso l'opposizione non fa solo una resistenza sterile, ma ci possono essere motivazioni che devono coinvolgere anche voi.

Sono molto soddisfatto di quanto ha anticipato il Presidente e dell'ordine del giorno presentato, perché per la prima volta vedrò prendere un impegno e mantenerlo con serietà, come nei confronti dei talassemici. Sicuramente, come voi dite, se fossimo tornati al Governo avremmo operato tanto male, ma voglio ricordare che l'Esecutivo precedente stanziò quasi 550 milioni di euro per risolvere il problema delle emotrasfusioni degli emofilici, mentre oggi sentiamo che per i danni derivanti da emotrasfusioni si stanziavano prima 80 e poi 60 milioni di euro. È certamente qual-

cosa, un inizio, ma non lavatevi la conoscenza con questo, perché stiamo parlando di una soluzione parziale ed enormemente inferiore a quella che adottammo noi in circostanze di maggiori difficoltà.

Il Sottosegretario, che conosce i problemi del settore della sanità meglio di me e ha condotto una battaglia sindacale, sa che nella scorsa legislatura ci fu una gran battaglia sul fondo per l'assistenza. Si parlava allora di tre fondi: il fondo per la sanità, il fondo per il sociale e quello per la non autosufficienza. La legge, che fu portata avanti in maniera *bipartisan* dalla Camera, incontrò un blocco in Commissione perché l'allora deputata Turco, che in Commissione vedemmo solo in quell'occasione – e quindi mi fa molto piacere quando interviene da Ministro, perché quando era all'opposizione non è mai venuta e la vedevo solo a «Porta a Porta» –, venne, fu molto brava e affermò che per i DS era irrinunciabile il fondo per la non-autosufficienza. Il provvedimento quindi si bloccò, semplicemente perché non si trovavano le risorse, che dovevano essere reperite soltanto tramite tasse. Come saprete e come leggerete su tutti i giornali, l'importo per la non-autosufficienza era allora 5.000 milioni di euro, ossia una cifra pazzesca. Peraltro, stavamo parlando di un fondo simile a quello della sanità e i fondi del comparto del sociale destinati alla non-autosufficienza erano suppletivi rispetto a quei 5.000 milioni di euro. Siamo persone serie e vi chiedo: come possiamo valutare la proposta di iniziare un fondo per la non autosufficienza con 50 o 100 milioni di euro? La mia non è una reazione da membro dell'opposizione, è una posizione dettata da coerenza: o istituiamo il fondo e lo facciamo seriamente, oppure, così, facciamo solo propaganda. Questo intervento serve a dire «sto avviando il fondo per la non autosufficienza», mentre in realtà è gettare una goccia d'acqua nel mare ed è chiaro che andremo per strada a dirlo, ma non dicendo quel che pensiamo, bensì citando la stampa e gli interventi in televisione, di cui conservo memoria. In particolare, ricordo un bisticcio che ebbe luogo durante la trasmissione «Porta a Porta», quando si disse che eravamo persone insensibili perché non introducevamo il fondo sulla non autosufficienza.

Mi chiedo cosa diremo a chi si vanterà di aver realizzato il Fondo per la non autosufficienza con un decimo di quello che chiedevano a noi e che era il minimo per poter di fatto offrire un'assistenza. Per tutte queste ragioni credo, pertanto, che sia impossibile non votarlo e capisco – proprio per la stima che provo nei vostri confronti – il vostro imbarazzo. Spero e vi chiedo – se oggi leggete sul televideo si parla di nuove risorse per la finanziaria, risorse che sono state sbloccate – in un sussulto di dignità per quello che andremo a fare in cinque anni, di tirare fuori la grinta, supportare la nostra Ministra (che ritengo molto debole dentro un Governo che non le fa nemmeno sottoscrivere il decreto Bersani, dopo averla esposta mandandola a trattare con le farmacie), perché parte di quelle risorse vengano destinate anche a questa sanità che, purtroppo o fortunatamente, assolve ad un ruolo sociale essenziale e che ha anche dei prezzi da pagare. Ricordo che nel 2001 quando andammo al Governo alla spesa sanitaria era destinato solo il 5 per cento del Pil; ve l'abbiamo restituita con questo

dato salito al 6,7 per cento. Mi sembra che per il momento passi avanti non ne abbiate fatti; abbiate un sussulto di dignità!

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione congiunta.

BASSOLI, *relatrice sulle tabelle 15 e 15-ter e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, ritengo che sia stato svolto un dibattito di un certo interesse, che ci consente di rafforzare ulteriormente il clima di confronto che c'è in questa Commissione e che ritengo molto positivo. Non mi pare, quindi, di poter concordare con chi riscontra in questa fase di discussione sul disegno di legge finanziaria un atteggiamento arrogante da parte della maggioranza: non c'è nel modo in cui, a livello generale, si è affrontato il percorso della finanziaria, che anzi è stato molto aperto a modifiche, venute anche dalle categorie, dalle forze sociali, dal territorio. Spesso, però, questa disponibilità ad accogliere modifiche è stata valutata come una forma di insicurezza oppure di confusione all'interno della maggioranza e non, invece, come capacità di recepire le osservazioni e i problemi sollevati con riferimento ad una manovra finanziaria molto complessa.

Non mi pare vi sia la contrarietà di tutto il Paese sul disegno di legge in esame; mi sembra invece che vi sia una modifica sostanziale del giudizio dopo il primo importante passaggio, che è stato quello dell'approvazione alla Camera dei deputati.

È stato detto che possiamo ancora apportare modifiche in Senato; credo che tale atteggiamento non possa essere definito arrogante.

Mi ha fatto piacere, ad esempio, che il senatore Ghigo, riferendosi alla sua esperienza di presidente della Regione Piemonte, abbia riconosciuto che vi sono più risorse per le Regioni non solo per il 2007 ma – aggiungo – anche per il 2008 e per il 2009. Inoltre, positivo è che questo finanziamento, essendo pluriennale, consente una programmazione pluriennale alle Regioni. Peraltro, vista la riorganizzazione del sistema sanitario sulla base di un modello aziendale, non è pensabile che un'azienda possa gestire un *budget* senza avere possibilità revisionali in un arco pluriennale, come è avvenuto in questi anni.

È inoltre previsto un finanziamento anche per il 2006, il che significa il riconoscimento di una difficoltà già presente nelle Regioni. Mi pare positivo che tutte le Regioni – anche quelle governate dal centro-destra, che non sono sicuramente le più deboli del Paese – abbiano sottoscritto il Patto per la salute in pochissimo tempo. Dunque, abbiamo il parere positivo di coloro che operano direttamente in questo settore e che hanno la responsabilità di realizzare la gestione del sistema sanitario nel Paese.

Con riferimento poi al rientro delle Regioni dal *deficit* precedentemente accumulato, è necessario valutare innanzitutto la positività dell'operazione trasparenza. In altri termini, si è fatto emergere il livello di indebitamento del Lazio; anche se qualcuno nei precedenti interventi sottolineava la speranza che ciò non fosse vero. Anche se tutti speriamo che non sia vero, intanto si è fatta emergere con trasparenza la situazione di

deficit di alcune Regioni, in alcune delle quali emerge peraltro in modo piuttosto grave.

Nessuno ha la bacchetta magica; infatti, negli interventi che ho ascoltato è stato prevalente l'elemento critico nei confronti del metodo utilizzato per «rimpinguare» il *deficit* e per uscire dalla situazione di difficoltà delle Regioni, ma non ho sentito proposte oltre a quelle contenute nel documento al nostro esame. In effetti, una parte di questo *deficit* sarà pagato dai cittadini, ma purtroppo questo è quanto è avvenuto già da tempo nelle Regioni che si sono trovate in questa situazione. In Lombardia già dal 2002 si sono pagati l'addizionale IRPEF e il *ticket* sui medicinali, sono raddoppiati i costi del *ticket* sulla diagnostica e la specialistica, si è introdotto il *ticket* sul pronto soccorso. Ciò significa che, ancor prima che vi fosse un intervento del Governo in tal senso, altre Regioni del Nord hanno assunto provvedimenti analoghi per sanare situazioni che però non hanno imboccato la strada del risanamento. Dunque, i cittadini hanno pagato. Inoltre, il *deficit* è stato scaricato sull'accensione di mutui, che dovrebbero essere utilizzati per coprire la spesa strutturale e non certo quella corrente e che comunque vanno a detrimento di spese a favore dei cittadini, pesando sul bilancio regionale in maniera consistente, sia per il pagamento sia degli interessi sia della quota capitale. È pertanto di tutta evidenza che le scelte di chi governa, se non assunte in modo oculato o per ragioni di carattere più generale, pesano sempre sui cittadini.

Vorrei però sottolineare un altro aspetto. A proposito del rientro dal *deficit* regionale, nella finanziaria si pensa anche (poi il sottosegretario Zucchelli darà qualche chiarimento in più) ad un intervento sulla programmazione regionale, onde limitare la crescita dello stesso. Quindi, non esiste solo la possibilità di applicare attraverso l'IRPEF e l'IRAP ulteriori oneri sulla tassazione, ma anche di intervenire direttamente sulla programmazione regionale.

Anche in questo caso, si tratterà di vedere come ciò sia compatibile con l'autonomia regionale. D'altra parte, nel Titolo V della Costituzione è previsto anche il potere sostitutivo. Non so se si pensi addirittura di utilizzare il potere sostitutivo, laddove si viene a mancare rispetto ad obiettivi definiti per legge. Questo potere sostitutivo è previsto, per la Regione rispetto ai Comuni e per lo Stato rispetto alle Regioni, quindi se si pensa che questo possa essere il modo per incidere sulla spesa, nella legge finanziaria è prevista anche questa possibilità.

Penso che riaprire la questione degli investimenti nel settore delle strutture ospedaliere, dei servizi e dell'innovazione tecnologica sia molto importante, perché abbiamo un patrimonio ospedaliero tra i più vecchi; anche nelle Regioni del Nord, il 75 per cento del patrimonio ospedaliero è stato realizzato prima della Seconda guerra mondiale.

Quando si parla di umanizzazione delle strutture non si può pensare che essa consista solo in una cura appropriata e attenta ai bisogni della persona. Nell'umanizzazione, infatti, rientrano anche *standard* di carattere alberghiero ormai ritenuti indispensabili. Nessuno, dopo che a casa sua ha due servizi, accetta di ricoverarsi in ospedale in uno stanzone con otto po-

sti letto e un servizio per tutti nel corridoio. Dunque, al di là degli ospedali nuovi, è importante affrontare il problema vero di riportare le nostre strutture ospedaliere, anche quelle costruite tanti anni fa, agli *standard* attuali, moderni, molti dei quali contenuti anche nelle linee di accreditamento adottate dalle Regioni, che, tra l'altro, sono quelle riconosciute a livello europeo e prevedono un certo numero di metri quadri per persona, per i servizi e così via.

Peraltro, mi auguro che i nuovi ospedali saranno realizzati sulla base di una programmazione oculata, pensando anche alla strutturazione di strutture che si collochino nel 2000 e non nel 1900. Si tratterà di discutere sul nuovo modello di ospedale, capire se si dovrà trattare di ospedale di eccellenza e di alta specializzazione e se dovranno esistere anche altre strutture adeguate alla convalescenza, dedicate cioè ad una cura che ha meno bisogno di una strutturazione tecnologica di alto livello.

Credo sia importante anche l'intenzione di recuperare il gran divario esistente tra il Nord e il Sud del Paese nella qualità dei servizi e del patrimonio tecnologico. In proposito, ricordo che il Presidente nel suo intervento ha evidenziato che nel Sud ci sono donne colpite dal tumore al seno, che non possono essere sottoposte alla quadrectomia, perché poi non è possibile effettuare la radioterapia.

È importante rilevare come la presenza di strutturazioni di tipo tecnologico sia essenziale per una riqualificazione complessiva dell'intervento sanitario nel nostro Paese e che non è accettabile che al Nord ciò si ottenga al 70-80 per cento e al Sud solo al 33 per cento. Questo divario nel Paese è inconcepibile ed è quindi importante che nella legge finanziaria sia sottolineato l'intento di recuperare il divario, che si è ulteriormente aggravato, tra il Nord e il Sud del Paese per quel che riguarda la qualità delle strutture e l'innovazione tecnologica.

Vorrei svolgere poi alcune considerazioni con riferimento ai *ticket*. Nessuno purtroppo ha trovato ancora la ricetta per dire in che cosa consista la responsabilità delle persone. Nel Patto per la salute firmato dalle Regioni si riconoscono i diritti dei cittadini, ma vi è anche una sottolineatura della responsabilità di prevenire la malattia e di creare le condizioni di benessere e, naturalmente, del diritto di veder create le condizioni perché ciò avvenga, attraverso la prevenzione, l'informazione, un diverso accesso ai servizi e così via.

Vi è poi una responsabilità di carattere personale che, se individuata in termini - diciamo così - di penalizzazione, costituisce un segnale. Nessuno di noi vorrebbe che questo avvenisse, ma quando abbiamo introdotto alcuni elementi per eliminare o rendere meno numerose le morti per incidenti (cinture di sicurezza, casco, eccetera), abbiamo dovuto introdurre anche penalizzazioni, altrimenti nessuno avrebbe osservato queste norme: purtroppo, il nostro è un Paese molto alieno alle regole. Oggi, portare il casco e mettere la cintura di sicurezza in macchina è un uso abbastanza comune, a differenza degli altri Paesi europei dove la totalità delle persone segue questi comportamenti.

L'uso improprio del pronto soccorso è sicuramente dettato anche dalla mancanza di servizi sul territorio. A tal fine, come ho già rilevato, nella finanziaria e nel Patto per la salute si prevede di responsabilizzare maggiormente il medico di famiglia, di costruire la rete di servizi sul territorio, di favorire l'associazionismo medico, di istituire la casa della salute per rispondere alle esigenze, che di solito si determinano soprattutto di notte oppure nei giorni in cui i medici non sono presenti.

Accanto a tutti questi aspetti, che sono contemplati e devono essere sviluppati per dare risposta ai problemi e non far correre la gente al pronto soccorso, c'è la necessità di prendere coscienza del fatto che, soprattutto in alcune realtà, avere masse di cittadini che si rivolgono al pronto soccorso anche per banalità preclude la possibilità di intervenire in presenza di situazioni molto gravi, arrecando così un danno non solo a livello sanitario, ma anche complessivo. A mio parere, dovremmo veramente operare per far crescere questa coscienza.

Analogamente, è ancora troppo limitata la coscienza che non si sostanzia nella quantità di analisi che si effettua o di diagnostica che si utilizza per assicurare la salute. Anche nell'ambito sanitario imperversa un consumismo che non può essere combattuto solo con i *ticket*, ma con la massima corresponsabilizzazione del medico di famiglia e la maggior informazione possibile sulla diagnostica e sull'alta specialistica per problemi che sicuramente non meritano questo tipo di attenzione. Quindi, anche sulla responsabilizzazione dovremmo inaugurare una modalità nuova in base alla quale non si critica la quantità ma la capacità di esprimere qualità nello sviluppo dei servizi territoriali.

Un altro aspetto sollevato negli interventi precedenti concerne il Fondo per la non autosufficienza che sappiamo che, così come è finanziato, è insufficiente rispetto agli obiettivi che si propone di raggiungere. La non autosufficienza, infatti, è uno dei più gravi problemi che oggi dobbiamo affrontare, anche perché ricade in gran parte sulle famiglie e in altra parte sui costi dei Comuni. Tuttavia, dopo anni di discussione, è importante arrivare all'impegno di istituire questo Fondo. Successivamente, bisognerà prevedere una regolamentazione affinché tale Fondo funzioni e abbia anche la possibilità di raccogliere risorse in altri ambiti a livello regionale e locale. Si tratta cioè di trovare delle forme, affinché queste risorse siano utilmente rimpinguate e il Fondo possa partire anche con iniziative importanti, che riguardino soprattutto la segnalazione del problema della non autosufficienza e - aggiungo -, laddove è possibile, anche della prevenzione della non autosufficienza.

Nel disegno di legge finanziaria in esame vi è una strategia che esprime coerenza rispetto ad alcuni obiettivi: la progettazione pluriennale della spesa, la capacità di intervento riguardo alla riqualificazione delle strutture ospedaliere e dei servizi e l'inserimento ai livelli maggiori di innovazione tecnologica, la capacità di attenzione a nuove iniziative per responsabilizzare le Regioni che hanno un *deficit* (quindi, l'impegno a riqualificare la spesa), la responsabilizzazione del cittadino (oltre che il riconoscimento dei diritti attraverso la richiesta alle Regioni di applicazione dei

LEA e della modificazione degli stessi, tenendo conto delle nuove tecnologie), l'attenzione ai nuovi problemi sociali che ci propone la nostra società e che sono legati all'invecchiamento e alla denatalità), l'attenzione, presente nel Patto per la salute, a tutto il tema materno-infantile e alla salute della donna. In quest'ultimo settore gli impegni assunti troveranno applicazione in provvedimenti successivi che riguarderanno anche gli stili di vita, la lotta al fumo, i disturbi alimentari.

Credo siano questi i temi su cui si sono incentrati gli interventi in questi giorni di dibattito. Naturalmente mi riservo di verificare, sulla base degli ordini del giorno e degli emendamenti presentati, di integrare lo schema di rapporto che vi sottoporro nella seduta di domani.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ho ascoltato con molta attenzione gli interventi dei senatori e delle senatrici e – non per ottimismo ma perché credo veramente in ciò che dico – mi fa piacere cogliere, al di là delle divisioni e dei giudizi anche negativi espressi su taluni provvedimenti, una sincera preoccupazione, comune sia alla maggioranza sia all'opposizione, per la vita, l'esistenza e l'implementazione del Sistema sanitario nazionale.

In poche parole, ciò che fino a dieci anni fa sembrava un elemento di divisione politica abbastanza profondo, l'interpretazione cioè del ruolo del sistema e quindi la possibilità di altre ipotesi – assolutamente legittime –, attraverso le quali assicurare la tutela del diritto alla salute (ricordo la campagna elettorale del 1996), con il passare del tempo si sono stemperate. La forza del Servizio sanitario nazionale e la logica intrinseca che in esso è contenuta hanno conquistato tutto il Paese. Del resto, ciò mi fa piacere perché si ritorna al 1978, quando quasi tutto il Parlamento votò l'istituzione del Servizio. Mi fa piacere constatare che, a circa 25 anni di distanza, ancora la maggioranza, con la quasi totalità delle forze del Paese che responsabilmente gestiscono la politica almeno in questo settore, individuino in questo il vero strumento utile; poi ci si divide sui provvedimenti e su talune scelte.

Al Governo è stata rivolta una serie di critiche; la più importante è quella della mancanza di una visione strategica e strutturale nelle scelte che si possono evincere da questa finanziaria; ha fatto poi seguito una serie di altre contestazioni molto più puntuali sui Livelli essenziali di assistenza (LEA), sui provvedimenti sui farmaci, sui dispositivi, sui *ticket*, sull'accreditamento, sul problema della riduzione del 20 per cento dello sconto (20 per cento imposto, diciamo la verità, alle strutture che producono attività di laboratorio), il problema degli organici, del personale, delle liste di attesa.

Proverò a soffermarmi brevemente su ciascuno di questi argomenti, per poi riservarmi alle fine di affrontare il problema dell'orientamento strategico che, seppur con una certa difficoltà, credo possa e debba essere individuato nell'orientamento del Governo in questo campo.

I LEA sono certamente in divenire; con essi è stata realizzata un'ottima cosa, una delle cose più belle del nostro Sistema sanitario, che invece

di parlare genericamente, identifica nei livelli essenziali i servizi da erogare ai cittadini, un qualcosa di ben definito e preciso; e questo ci differenzia da altri servizi sanitari nazionali. In Inghilterra non ci sono i livelli essenziali di assistenza, mentre nel nostro Paese esistono e questo è un fatto veramente buono, una specificità che non deve essere perduta. I LEA sono vivi e debbono essere continuamente aggiornati e adattati. Sento di poter dare soddisfazione a chi ha detto che sono una questione politica, dal momento che non sono banali; addirittura, il livello essenziale di assistenza è stato costituzionalizzato a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione. Certamente, il Governo dovrebbe rispondere un domani di un eventuale cambiamento o di una riduzione dei LEA.

Quindi, nell'itinerario tecnicamente corretto, che deve presiedere alla modifica dei livelli essenziali di assistenza – che, ripeto, sono un fatto in divenire, tant'è vero che alcuni cadono, mentre altri vengono introdotti, perché la medicina non è stabile – bisognerà evidentemente riferire al Parlamento e sin da ora sento di poter assumere un impegno di questo tipo. Quanto ai farmaci e ai dispositivi, emerge una netta distinzione tra l'azione svolta da tutti i Governi del recente passato e quelli precedenti. Da circa 20 anni si rivolge attenzione al farmaco e alla spesa del farmaco. È stato sostanzialmente positivo l'essere riusciti in gran parte del Paese – non in tutto – a controllare lo sviluppo della spesa farmaceutica, non soltanto dal punto di vista della spesa in sé, ma soprattutto perché il farmaco deve essere usato al momento opportuno, quando ve n'è effettivamente bisogno. Non siamo in un mondo di angeli, l'industria fa il suo mestiere, deve investire, ricercare e produrre nuove elaborazioni, concetti e soprattutto nuovi prodotti; naturalmente per fare tutto ciò ha spinte commerciali molto forti, poderose. In un sistema di equilibri corretto, in un Paese libero come il nostro, ci vuole lo spazio per l'iniziativa privata, che deve svolgere questa attività molto importante e significativa ma nel rispetto di regole previste e precise, ma è necessario anche il controllo della collettività, affinché gli impulsi commerciali di questo o quel soggetto non portino a disorientamenti.

Del resto, i medici e tutti i presenti sanno che esiste il problema del conflitto di interessi, perché l'industria interviene pesantemente nella produzione scientifica e nel tipo di ricerca che si effettua. Tutto questo è utile e positivo finché la mano pubblica ne mantiene il governo. Si può discutere se questa ulteriore pressione esercitata sull'industria farmaceutica abbia superato o meno i limiti fisiologici; tuttavia, sapete perfettamente, e lo avete anche ricordato in questa sede, che esiste un patto con cui l'industria farmaceutica e la struttura pubblica hanno convenuto che in Italia non si debba superare il 13+3, vale a dire il 16 per cento del fondo della sanità nella spesa per il farmaco. Si può, e probabilmente si deve, discutere se tale previsione sia ancora attuale e si deve certamente aprire un tavolo di confronto, ma questo ulteriore controllo sulla spesa farmaceutica è conseguenza di quella scelta.

L'industria farmaceutica ha espresso il desiderio di non abbassare il costo del farmaco, preferendo la scelta del *pay back* e tra gli emendamenti

che il Governo ha presentato vi è proprio l'accoglimento di tale richiesta. Crediamo infatti opportuno recepire tale istanza, in quanto l'abbassamento del costo del farmaco potrebbe alterare l'andamento dei mercati nel resto d'Europa e provocare una situazione di difficoltà per le industrie che operano nel nostro territorio rispetto agli altri mercati europei o del mondo. Tuttavia, è opportuno quel che dite, ossia prendere in considerazione che questa strada non può essere percorsa in eterno e, in ogni caso, deve essere rivista.

Cosa diversa, anche se estremamente pericolosa e ricca di potenzialità positive e negative, è l'attenzione su tutto ciò che sono i dispositivi. Il percorso di controllo dell'efficacia dei dispositivi, del loro valore, significato e costo è un argomento che non è mai stato trattato ed è di una importanza straordinaria, perché i costi legati a questo tipo di spese, di industria e di investimenti per la sanità pubblica sono enormi, dell'ordine di miliardi di euro, e naturalmente, come è stato in passato per i farmaci, anche per questi deve esservi attenzione. Poi, non illudiamoci e stiamo attenti: la libertà assoluta garantita dal sistema oggi vigente, che fa in modo che la stessa siringa costi qui 10 centesimi e altrove 40 - perché è stato dimostrato che è così -, è una libertà mal usata se porta a spendere, non dico il libero mercato, ma il Servizio sanitario nazionale cifre così diverse per gli stessi beni. Del resto, il sistema attuale, libero, non ha garantito la qualità, dal momento che le valvole cardiache che sono state impiantate e hanno provocato i disastri che conoscete avevano superato ampiamente tutti i controlli qualitativi per cui erano state giudicate assolutamente valide e immesse sul mercato, mentre gli sviluppi degli anni successivi hanno dimostrato che questo non era. Quindi, come non è detto che comprimere i prezzi sia solo giusto, non è neanche detto che la libertà dei prezzi assicuri la qualità. Ecco perché mi fa piacere registrare questa comune attenzione della Commissione su un argomento così delicato come la salute. Ritengo quindi opportuno far in modo che le gare per questi tipi di dispositivi siano oggetto di attenzione e garantiscano la verifica del contenimento della spesa, ma sempre puntando alla qualità.

Con riferimento ai *ticket* non farò qui infingimenti: i *ticket* non piacciono a nessuno. Non piacciono né alla maggioranza né alla minoranza; quando la minoranza è minoranza urla contro i *ticket* e quando la maggioranza diventa minoranza urla contro i *ticket*; tutti sappiamo che sono una cosa brutta e sgradevole. I *ticket* sono utilizzati anche per fare cassa, è inutile nascondersi dietro un dito. Molti sono stati costretti ad introdurli, amministrazioni di destra e di sinistra: è stato detto in questa sede ed è nell'esperienza di tutti. Cosa è stato fatto in questo caso?

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Purtroppo, anche l'*intramoenia* doveva fare cassa. In entrambi i casi, talvolta non funziona.

ZUCHELLI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Non mischi argomenti che non stanno insieme, senatore Massidda. Mi stia ad ascoltare.

Visto che la situazione economica generale imponeva di non tralasciare questa possibile soluzione, si è tentato di ridurre i *ticket* il più possibile e di orientarne l'uso in modo che rispondessero anche – e non solo, perché sarebbe una falsità e un'ipocrisia – ad un qualche intento educativo, nel senso del buon utilizzo delle risorse.

Si è poi fatto riferimento all'accreditamento delle strutture private, agli organici e alle liste di attesa. Per ciò che riguarda le liste di attesa e una serie di altri punti (di cui tratterò quando parlerò delle Regioni, dell'IRPEF, dell'IRAP), al di là delle risse verbali o del contrasto quasi obbligato in quanto si esercita un ruolo, nei fatti, per fortuna, esiste anche una continuità istituzionale per cui, ad esempio, non è stato modificato l'approccio al problema delle liste di attesa del precedente Governo e abbiamo ripreso le Regioni, che sono in ritardo rispetto agli obblighi che avevano contratto con l'accordo del marzo 2005.

Le Regioni si sono prese quello che loro spettava in base all'accordo, ma agli adempimenti cui si erano impegnate stanno ottemperando con ritardo, perché la materia – non nascondiamocelo – è tremendamente difficile, come ha detto anche la senatrice Bassoli. Infatti, la medicina non è un mercato e la gente vuole sempre più sicurezza e salute: tutti sappiamo che se si apre la bottega i clienti si moltiplicano, non si riducono. Abbiamo un livello di prestazioni specialistiche che è mostruosamente elevato, tranne in qualche rara plaga del Paese. Se parliamo non di piccoli interventi specialistici, ma di alte tecnologie (TAC, risonanze magnetiche), in Italia effettuiamo circa il doppio delle prestazioni rispetto alla Francia e alla Germania, paesi che non credo siano incivili e lascino i loro cittadini non diagnosticati. Ciò vuol dire che un primo tema è veramente quello del governo della domanda. Tuttavia, il governo della domanda deve essere soddisfatto da un livello di prestazioni assolutamente adeguato, che deve tener dietro ai tempi. Per questo si dice che i livelli essenziali di assistenza devono essere modificati: non è possibile che tirarsi dietro tutto il passato sempre, in prestazioni di ogni tipo, e poi essere in ritardo rispetto al futuro. Certe cose del passato devono essere ridotte ed eliminate come non più necessarie e non più funzionali e si devono invece introdurre nuovi strumenti diagnostici e terapeutici.

Sulle liste di attesa c'è quindi un atteggiamento di continuità istituzionale. Recentemente abbiamo stabilito con le Regioni un nuovo calendario; queste hanno garantito che in breve tempo elencheranno le modalità con cui intendono, prima a livello regionale e poi a livello aziendale, definire precisamente nei confronti dei cittadini gli impegni che si prenderanno in ordine a determinate situazioni. Peraltro, più che di prestazioni, dovrà trattarsi di soluzioni di problemi, perché fa morire la gente l'itinerario diagnostico e terapeutico che prevede che un paziente con neoplasia sospetta debba aspettare prima per la visita specialistica, poi 25 giorni per un'ecografia che, se non è servita a nulla, impone una TAC per la quale si dovranno aspettare altri 35 giorni.

Il problema è che per un sospetto di cancro devono essere fornite tre o quattro prestazioni in pacchetto da effettuare in un limite di tempo, giac-

ché il problema non è fornire la prestazione specialistica, ma effettuare la diagnosi al paziente e definire poi la terapia necessaria. Rispetto al passato stiamo cercando di fare un salto di qualità molto complesso, dato che sinora si è proceduto soddisfacendo ogni richiesta di prestazione e non credo fosse la strada giusta.

Per quanto riguarda l'accreditamento delle strutture private si è detto che è responsabilità delle Regioni. Usiamo il linguaggio della verità: molti non sono accreditamenti ma vecchie autorizzazioni riverniciate e considerate accreditamento. Moltissime Regioni hanno fatto finta di accreditare e non hanno fatto altro che considerare accreditato tutto ciò che era autorizzato. Pertanto, c'è troppo di autorizzato e di accreditato falsamente ma troppo, e non è una questione di «quanto troppo» dal momento che è sbagliato il sistema dell'accreditamento così come è stato effettuato.

In alcune Regioni ciò si è tentato e si è fatto – avete ragione – a carico del pubblico e del privato perché, se il circuito è unitario e tutte le strutture sia pubbliche che private nel circuito accreditato devono fornire le prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale, non ci deve essere differenza. Tuttavia, il vero problema è spingere le Regioni – che hanno fatto finta di accreditare le strutture pubbliche e private – a farlo realmente. Non a caso, in questo disegno di legge finanziaria vi è un ennesimo richiamo. Avete visto che vi sono tempi diversi tra le Regioni adempienti e quelle inadempienti, tra quelle virtuose e quelle non virtuose. Infatti, guarda caso, le Regioni non virtuose sono in *deficit* strutturale, hanno gravi problemi di bilancio e hanno fatto un finto accreditamento. Ma ciò è evidente: in medicina quando apri gli sportelli e dici che tutti producono, dopo sei mesi i soldi sono finiti perché i cittadini li richiedono disperatamente. La richiesta deve essere fatta in base alle esigenze di tipo epidemiologico, deve essere controllata e tutto deve essere garantito, senza mortificare la libertà dei cittadini di scegliere di andare dove vogliono. Il problema dell'accreditamento non è risolto ma il problema deve essere risolto.

In merito allo sconto del 20 per cento per i laboratori, non ho difficoltà a dire – come ho già fatto nell'altro ramo del Parlamento – che il testo con cui si era partiti era un testo *strong*, che affrontava in maniera *hard* un problema che pur esisteva: il tariffario del 1996 in determinati settori. Contrariamente a quanto si pensa, chi fa il medico lo sa, i livelli di automazione molto spinti hanno indotto i laboratori ad avere una potenzialità produttiva di esami molto elevata. Nel contempo, i reattivi, invece di crescere, nella maggior parte dei casi sono calati, quindi è lecito porre il problema – non per tutti i settori ma per quelli automatizzabili – di una revisione in senso in basso del tariffario. Ma non è giusto e in questa sede lo abbiamo condiviso. Quando si fanno fughe in avanti si torna anche indietro. A nome del Governo non lo ho condiviso e ho detto che stabilire un tariffario in questo modo non è corretto. Pertanto, nel testo emendato non vi è più il riferimento al tariffario modificato, cresciuto o calato, ma viene chiesto lo sconto. Poiché le tariffe rimangono quelle del 1996, le stesse debbono essere modificate secondo l'itinerario normale di forma-

zione delle tariffe: si sentono le parti interessate, i produttori, le categorie professionali e le società scientifiche e poi si modificano le tariffe in più o in meno. Certo è ridicolo che una visita costi 16 euro come nel 1996, ma le tariffe di alcuni tipi di prestazioni devono essere ridotte. Ad ogni modo è inutile entrare nei particolari.

Per quanto riguarda gli organici, è stato fatto un minimo passo in avanti, significativo soprattutto in termini concettuali. Non c'è il blocco degli organici, anche se le condizioni economiche non condurrebbero molto lontano. Ad ogni modo, nel disegno di legge finanziaria non vi è alcun blocco delle assunzioni, che potranno pertanto essere effettuate, nel rispetto del previsto limite complessivo per tale voce di spesa. Soddisfatto questo tipo di livello di spesa, se le condizioni lo permettono e se c'è una condizione economica possibile, si potrà addirittura recuperare alla non precarietà alcune situazioni oggi precarie. Quindi, concettualmente il passo in avanti c'è stato, le condizioni economiche fino ad ora non ci hanno permesso di allontanarci moltissimo dai livelli quantitativi precedentemente segnalati, anche se comunque una certa riduzione c'è stata.

E ora la questione che mi interessa di più. Non è vero che c'è una mancanza di visione strategica o perlomeno non ritengo che ciò sia vero. Sino ad ora si è cercato di giungere all'individuazione di scelte condivise con le Regioni, nell'ambito di un rapporto di continuo confronto volto ad evitare logiche conflittuali. E i fatti lo dimostrano. La modifica del Titolo V della Costituzione ha assegnato in questa materia competenza legislativa concorrenti, quindi poteri agli uni e agli altri. Non siamo ancora riusciti a individuare la distinzione precisa di questa capacità autonoma di legiferare e i conflitti, come è stato segnalato a livello costituzionale e come diceva il presidente Ghigo, in passato sono stati numerosi. Si è arrivati con le Regioni alla constatazione molto elementare che la situazione - potremmo dire costituzionale -, di fatto, obbliga ad una coesistenza della sanità. Pertanto, si mettono sullo stesso tavolo, entro certi limiti, i diritti degli uni e degli altri e si cerca di fare scelte condivise per evitare di arrivare al conflitto. Abbiamo aperto questo tavolo che sembra dare risultati; è un tavolo costante di confronto e non obbligatorio dal momento che, chi si vuole sottrarre, può farlo.

Il rapporto con le Regioni si sta consolidando e ha portato alla definizione di questo patto, che ha una novità che attiene proprio al rapporto con l'economia, che è sempre stato nei termini da voi descritti. Il controllo del ritorno dalle situazioni di anomalie strutturali della spesa non deve essere fatto dal Ministero dell'economia, se non in termini contabili, ma deve essere fatto a livello di sanità. Anche in tal caso abbiamo operato nel segno della continuità istituzionale, utilizzando un vostro strumento, il SIVeAS, che era stato istituito precedentemente e che è giusto, corretto; lo abbiamo riempito di ulteriori significati e sarà lo strumento tecnico di affiancamento delle Regioni per verificare che il rientro avvenga nei termini contabili che vanno bene al Tesoro, ma nei termini di rispetto dei livelli essenziali di assistenza che vanno bene a noi.

Non so se avete notato, ma alcune Regioni non hanno evaso la spesa in termini quantitativi, ma sostanzialmente non forniscono prestazioni ai loro cittadini che preferiscono recarsi altrove. Non è questo il modo di risolvere il problema. In tal caso, forse il Tesoro è contento, ma noi non siamo contenti della sanità, come non dovete esserlo neppure voi. C'è quindi una tendenza alla condivisione di una situazione di tipo diverso. Gli investimenti sono importanti e sono necessarie misure strategiche prospettiche, perché un servizio come quello nazionale non può vivere solo di spesa corrente. E gli investimenti non sono solo i muri. Avete ragione: di muri si può morire, come di fare cattedrali nel deserto. Si tratta invece di spese da fare prevalentemente in tecnologia per dotare soprattutto le Regioni del Sud delle strutture tecnologiche di cui sono carenti.

Vi ringrazio del vostro apporto e spero di avervi convinto che i documenti in esame sottendono il perseguimento di linee strategiche nel settore della sanità, dirette ad accrescere gli investimenti nell'ambito di una razionalizzazione della spesa secondo una certa visione strategica, che è perlomeno nelle nostre intenzioni.

PRESIDENTE. Passiamo all'illustrazione degli ordini del giorno.

Riformulo l'ordine del giorno n. 1, prevedendo uno specifico impegno dell'Esecutivo anche con riferimento all'assistenza in relazione alle procedure di linfo-drenaggio e di pressoterapia peristaltica e di altre terapie, atte a prevenire e curare le sindromi post-operatorie.

Il nuovo testo è il seguente:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che l'articolo 18, comma 414, lettera n), prevede la modifica degli allegati al decreto del 29 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza; considerato che uno degli effetti della sottoposizione alla chemioterapia dei soggetti affetti da forme tumorali è la perdita dei capelli; rilevato che ciò determina un'evidente situazione di disagio nei rapporti interpersonali che rende necessario il ricorso ad una parrucca; ritenuto che l'acquisto di tale protesi, lungi dall'essere una spesa voluttuaria, rappresenta un'ineludibile esigenza anche al fine di assicurare la dignità del paziente; preso atto che la normativa vigente non riconosce alcun sostegno economico per l'acquisto di tali protesi; impegna il Governo ad inserire, in sede di revisione del citato decreto del 29 novembre 2001, la fornitura di parrucche per i soggetti sottoposti alla chemioterapia nei livelli essenziali di assistenza (LEA), nonché la previsione di forme di assistenza in relazione a procedure di linfo-drenaggio e pressoterapia peristaltica e altre terapie atte a prevenire e curare le sindromi post-operatorie».

BAIO (*Ulivo*). Signor Presidente, l'ordine del giorno n. 3 è volto ad impegnare il Governo a rivolgere una particolare attenzione ai temi della bulimia e dell'anoressia, nonché ai relativi disturbi del comportamento.

Il testo dell'ordine del giorno è del seguente tenore:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: l'aumento esponenziale dei casi di bulimia ed anoressia e dei correlati disturbi del comportamento rende evidente in modo drammatico la diffusione, in particolar modo fra gli adolescenti, di queste malattie; impegna il Governo: a monitorare il fenomeno di tali disturbi, nonché a reperire le risorse necessarie al fine di istituire, all'interno delle strutture ospedaliere, servizi adeguati ad affrontare i problemi relativi alla fase acuta e ad offrire un adeguato supporto psicologico necessario dopo il superamento di detta fase; a provvedere a realizzare un'efficace campagna di informazione sull'anoressia e la bulimia e sui disturbi di comportamento ad essi correlati».

Con questo ordine del giorno vogliamo confermare al Governo l'interesse per il lavoro interministeriale, che in parte si sta già svolgendo, su alcune malattie legate soprattutto alla fase adolescenziale e giovanile. Ci preme evidenziare come i pochi centri di ricerca oggi esistenti in Italia attestino che, purtroppo, l'età delle persone che incorrono in una condizione di bulimia e anoressia si è abbassata e si continua ad abbassare. Questo indica che dal punto di vista sanitario sicuramente serve una maggiore attenzione per l'aspetto medico-terapeutico, ma anche un supporto di tipo psicologico. Servono quindi centri interdisciplinari. Pertanto, con questo ordine del giorno chiediamo un'attenzione all'aspetto educativo, diagnostico, terapeutico e di supporto alla famiglia e alla scuola in cui questi bambini, ragazzi e adolescenti vivono. Crediamo di non dire nulla di nuovo, ma ci sembrava corretto, di fronte ai nuovi fatti di cronaca, confermare una disponibilità e una attenzione sull'argomento.

L'ordine del giorno n. 4 è diretto a rafforzare i servizi per la lungodegenza sul territorio nazionale e a sostenere l'assistenza dei familiari ai pazienti in stato di coma.

Do lettura del testo dell'ordine del giorno n.4:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: nel testo in esame non viene affrontato il drammatico e diffuso problema delle situazioni di coma e delle strutture che offrano adeguata assistenza; impegna il Governo: a verificare l'esistenza e la distribuzione dei servizi per la lungodegenza sul territorio nazionale; a reperire le risorse necessarie al fine di provvedere all'istituzione, su tutto il territorio nazionale di adeguati presidi in modo da consentire ai familiari di coloro che si trovano in coma di stare vicino ai medesimi, diversificando l'offerta di servizi tra assistenza domiciliare ed assistenza residenziale.»

L'ordine del giorno n. 4 riguarda anche un altro «problema» oggi sul tappeto, quello delle persone che vivono una condizione di coma. Anche in questo caso, vi sono disparità territoriali abissali. Ci sono strutture di altissima eccellenza, che sanno coniugare l'aspetto medico e assistenziale

con un'assistenza carica di umanità sia verso il paziente sia verso i familiari, che si trovano a vivere una situazione di difficoltà estrema per l'intero nucleo familiare e gruppo parentale. Ci è sembrato corretto evidenziare il problema attraverso un ordine del giorno per sollecitare la sensibilità del Governo sul tema, evidenziando anche un aspetto di competenza non del Ministero della salute, ma di questo Esecutivo: i familiari che vogliono stare vicini ai loro parenti in coma oppure che sono costretti a spostarsi, perché a volte la struttura non è nel luogo di residenza della famiglia, hanno bisogno di permessi dal posto di lavoro. Oggi la legislazione lo consente, ma in modo limitato, mentre riteniamo che serva una maggiore attenzione. I casi di coma oggi presenti in Italia non sono moltissimi (circa 3.000) e riteniamo che uno Stato civile debba compiere uno sforzo in più rispetto a quello che sta facendo.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Signor Presidente, l'ordine del giorno n. 5, volto a promuovere la rappresentanza di professionisti sanitari non medici in sede di rinnovi contrattuali presso l'ARAN, è del seguente tenore:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che, la legge 8 gennaio 2002, n. 1, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario, ha valorizzato, sia da un punto di vista professionale che manageriale, il ruolo dell'infermiere professionale; l'articolo 4 della legge 10 febbraio 2006, n. 43, recante istituzione degli ordini delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, è finalizzato ad assicurare una maggiore qualificazione professionale degli operatori sanitari, non medici, attraverso un riordino dei percorsi accademici; in Italia, secondo il rapporto OCSE, mancano oltre 40.000 infermieri, ed i giovani non si avvicinano a questa nobile professione anche per la remunerazione, troppo bassa rispetto alla qualità e alla quantità del servizio prestato; impegna il Governo ad assicurare la presenza dei rappresentanti dei professionisti sanitari non medici al tavolo di lavoro, presso l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN), nei periodici rinnovi contrattuali».

Peraltro, sembra che la mancanza di questo riconoscimento, anche in termini economici, incida negativamente sulla disponibilità di queste professioni. Ecco perché, coerentemente con quanto sostenuto in passato da altre forze politiche, credo che l'ordine del giorno sia condivisibile, chiedendo qualcosa che sembra una ovvietà, ma non lo è.

BINETTI (*Ulivo*). Presidente, aggiungo la mia firma a questo ordine del giorno.

MONACELLI (*UDC*). Anch'io aggiungo la mia firma.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Anch'io aggiungo la mia firma.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). L'ordine del giorno n. 6 risponde alle richieste avanzate anche nella nostra Commissione ed è del seguente tenore:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: spesso vengono diffusi dati allarmanti su presunti casi di *malpractice*, o di «errori medici» che suscitano comprensibili reazioni di tutto il mondo medico e non solo, provocando lo stupore e la preoccupazione in tutti i cittadini, e minando in modo irreversibile il rapporto di fiducia tra medico e paziente; certamente non si può negare la possibilità di errori medici, imprevedibili e comunque sempre involontari, non valutabili secondo le dimensioni allarmistiche diffuse dai dati riportati, ma è necessario ricordare anche le condizioni non ottimali in cui a volte il medico è costretto a lavorare, derivanti da organici insufficienti, basse risorse economiche, mancanza di posti letto, e così via; impegna il Governo ad attivarsi per istituire un osservatorio nazionale sui problemi inerenti questo argomento coinvolgendo i rappresentanti dei sindacati medici direttori sanitari, i direttori generali, le società scientifiche e i rappresentanti delle regioni per evitare che questa problematica provochi un accanimento ed una strumentalizzazione sul personale assistenziale e sulle strutture sanitarie in genere».

Siamo reduci da dichiarazioni sulla malpratica e sugli errori medici che sappiamo benissimo hanno creato un problema di fiducia tra paziente e medico. Partiamo dal presupposto che l'errore è normale e fa parte di tutte le professioni. Tra l'altro, nel settore sanitario viene pagato da chi lo pratica, cosa che non avviene in altre professioni, come ad esempio nel caso dei magistrati. Scusate la polemica, ma da ragazzo affissi manifesti per un *referendum* al riguardo, sta di fatto però che i magistrati non pagano, mentre i medici e il personale medico sì. Chiediamo quindi che sia istituito un Osservatorio nazionale che tenga sotto osservazione e monitorizzi gli errori medici, per evitare che questa problematica venga valutata soltanto dal punto di vista sensazionale, come è accaduto in passato.

L'ordine del giorno n. 7 torna sul tema, trattato poc'anzi, delle tariffe relative a prestazioni specialistiche ambulatoriali e recita:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: il disegno di legge finanziaria per il 2007 prevede un drastico taglio degli importi delle tariffe massime praticabili per le prestazioni di diagnostica di laboratorio rese dalle strutture private accreditate; da tale abbattimento conseguiranno, quasi certamente, uno scadimento a livello qualitativo delle prestazioni e servizi erogati dalle strutture suddette e, cosa assai grave, una riduzione sul territorio della presenza delle stesse; altra grave conseguenza è il danno arrecato ai pazienti che possono incorrere in servizi scadenti a livello qualitativo e di sicurezza; il provvedimento in esame, stabilendo un drastico taglio degli importi; provocherà la disper-

sione del patrimonio professionale, tecnico e scientifico di primissimo ordine, che pone allo stato attuale il nostro Paese in una posizione *leader* in Europa; impegna il Governo: ad attivarsi per rivedere il nomenclatore tariffario di tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali; a istituire, con assoluta urgenza, il tavolo tecnico di confronto tra Governo, Regioni e associazioni di categorie pubbliche e private, al fine di risolvere i problemi normativi ed economici che riguardano la specialistica ambulatoriale».

Nell'intervento del Sottosegretario mi pare di aver colto la volontà di chiedere uno sconto alle strutture esterne, ma anche di rivedere i costi. Sappiamo benissimo che, se è vero che nei laboratori di analisi l'automatizzazione e anche un tipo di cessione di apparecchi in cambio dell'acquisto del reagente hanno abbassato i costi, è anche vero il contrario, ossia che i prezzi ridotti stanno enormemente depauperando la qualità di servizi che in questo momento, in larga parte della nazione, sono insostituibili. Infatti, l'assistenza diagnostica e di servizi garantita dalle strutture convenzionate esterne è insostituibile nella riduzione dei costi dello Stato, perché queste strutture, oltre a pagare la prestazione, pagano anche le mura, il personale e tutto il resto, rifondono un'abbondante metà di questa cifra sotto forma di tasse ed è evidente che chiudendo non possano che creare problemi.

L'ordine del giorno n. 8 fa riferimento alla talassemia e recita:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: vi sono oltre 1.900 cittadini affetti da talassemia che hanno contratto infezioni e hanno subito danni severi attraverso trasfusioni di sangue infetto e sono in attesa di essere indennizzati e risarciti; il disegno di legge in esame ignora completamente i diritti pazienti che in seguito ad emotrasfusione con sangue o emoderivati infetti abbiano subito un aggravamento della loro condizione di salute; in particolare, il disegno di legge in esame dovrebbe prevedere l'esplicito riconoscimento a questi soggetti del diritto ad essere risarciti per il danno subito, come previsto dall'articolo 3 del decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89, convertito in legge, con modificazioni dalla legge 20 giugno 2003, n. 141; tutte le vicende legislative inerenti la problematica del risarcimento da parte dello Stato ai soggetti danneggiati attraverso il contagio con il sangue o i derivati infetti ammettono una responsabilità pubblica, con successivo provvedimento normativo di supporto verso quei cittadini che sono stati fisicamente e/o psichicamente menomati, o resi addirittura perennemente infermi; la legge n. 210 del 1992 e il decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 giugno 2003, n. 141, riconoscono un indennizzo, non solo ai pazienti emofilici, ma anche ai talassemici che hanno subito un danno a seguito di trasfusione di sangue infetto; nella passata legislatura, molto è stato fatto al fine di portare a rapido compimento tali contenziosi giudiziari, e in particolare, si ricorda che con il decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89, è stata autorizzata la spesa di novantotto milioni

e cinquecentomila euro per il 2003 e di centonovantotto milioni e cinquecentomila euro, sia per il 2004 che per il 2005 per il risarcimento dei soggetti emotrasfusi danneggiati da emoderivati infetti; impegna il Governo al fine di una corretta equiparazione dei diritti dei pazienti a prevedere tempestive ed idonee iniziative per superare l'iniqua discriminazione perpetrata nei confronti dei pazienti talassemici che hanno riportato una patologia a seguito di trasfusione con sangue o emoderivati infetti».

PRESIDENTE. Senatore Massidda, sarebbe opportuno estendere l'impegno del Governo a tutti i pazienti che hanno riportato una patologia a seguito di trasfusione con sangue o emoderivati infetti.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Presidente, accolgo la sua richiesta e riformulo l'ordine del giorno nel senso da lei indicato.

BIANCONI (FI). Presidente, l'ordine del giorno n. 9, impegna il Governo a ritirare il decreto, recentemente adottato, con cui è stato innalzato il quantitativo massimo del principio attivo della *cannabis*, detenibile per uso personale, e così recita:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: con decreto del 4 agosto 2006, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 17 novembre 2006, il Ministro della salute, Livia Turco, ed il Ministro della giustizia, Clemente Mastella, hanno innalzato da 500 milligrammi a 1.000 milligrammi il quantitativo massimo di principio attivo di *cannabis* detenibile per uso personale; tale radicale correzione dei minimi tabellari delle sostanze stupefacenti, redatti dal precedente Governo appena otto mesi fa, depenalizza di fatto la detenzione fino a 40 dosi di *cannabis*, rispetto alle 20 dosi previste dalla normativa promossa dal precedente Esecutivo e può essere considerato un primo passo verso la legalizzazione delle droghe, a torto ritenute «leggere»; segnali di questo tipo da parte del Governo sono ambigui o comunque fuorvianti per i giovani; i consumatori infatti sono per lo più giovani e giovanissimi e incoraggiati dalle nuove misure, saranno destinati a subire danni sempre più gravi alla loro salute; l'assunzione di maggiori quantitativi, inoltre, può rappresentare un pericoloso avviamento verso altre sostanze stupefacenti; il Governo ha il dovere di tutelare la salute dei cittadini e di trasmettere messaggi che diano il senso, il valore della vita e aiutino le persone, soprattutto i giovani, a vivere ed affrontare le difficoltà; un numero sempre più cospicuo di spacciatori sfuggerà alle maglie della giustizia ed il traffico di stupefacenti lieviterà ulteriormente, finendo per coinvolgere un numero crescente di adolescenti; considerato che: è molto grave, in un Paese che si definisce democratico, che modifiche di tale rilevanza e su temi così delicati e controversi, anche all'interno delle singole coalizioni sfuggano al confronto parlamentare e vengano adottati per via amministrativa e soprattutto senza le necessarie acquisizioni scientifiche, nella specie di ordine tossicologico, ma solo in

base a prese di posizione di ordine ideologico; rilevata pertanto la necessità di revocare il decreto, anche al fine di permettere una discussione sulle linee guida di una seria politica di prevenzione e di contrasto del traffico e della diffusione di sostanze stupefacenti; impegna il Governo ad intraprendere formali iniziative per ritirare il decreto in questione».

Capisco che l'ordine del giorno n. 9 non può essere assolutamente accolto; ringrazio comunque la minoranza che lo ha sottoscritto. Si tratta di impegnare il Governo a ritirare il famoso decreto del 4 agosto 2006 sulla *cannabis*. Condividiamo assolutamente il giudizio che allora la senatrice Binetti rilasciò alle agenzie di stampa, rilevando che l'atto amministrativo era certamente un diritto del Ministro, ma non era democratico. Tra l'altro, siamo molto preoccupati che con questo atto amministrativo si innalzi da 500 a 1000 milligrammi il quantitativo massimo di principio attivo di *cannabis* detenibile per uso personale. Faccio riferimento ad un dato ormai scientificamente provato: la *marijuana* non è più una droga leggera ma pesante. La presenza della *cannabis* in circolazione è aumentata del 400 per cento, passando dal 4 al 16-18 per cento come entità di forza del principio attivo. Di conseguenza, si tratta di una droga che certamente non può essere lasciata all'utilizzo spensierato delle giovani generazioni.

L'ordine del giorno n. 10 recita:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: le azioni volte a contrastare il dolore, cronico e oncologico, devono essere obiettivo prioritario di un sistema sanitario realmente a misura del malato e criterio di verifica della qualità dei Sistemi Sanitari regionali; il sollievo dal dolore trova ormai posto in codici deontologici e documenti internazionali; con D.M. 28 settembre 1999 veniva istituito il Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative; con le linee guida del 24 maggio 2001 venivano istituiti i Comitati senza dolore; dalle ultime rilevazioni disponibili risultano essere 104 gli *hospices* attualmente in funzione, contro i 186 previsti, con una diffusione pesantemente disomogenea sul territorio nazionale, al punto che in alcune regioni non sono stati istituiti; nel sistema sanitario italiano non si è ancora affermata la cultura della terapia antalgica, anche a causa dello scarso peso accordato alle attività di formazione degli operatori e alle poche iniziative nel campo dell'informazione ai cittadini; vi sono ancora molte resistenze, anche a causa della complessità delle procedure burocratiche, alla prescrizione di farmaci oppiacei per contrastare il dolore; nell'ambito delle patologie caratterizzate da un'alta incidenza del dolore, oncologica, traumatica, ortopedica, chirurgica, una fattispecie particolare è rappresentata dai pazienti in età pediatrica, impegna il Governo: ad attivare le necessarie procedure per la revisione della legislazione in materia di prescrizione e utilizzo di farmaci oppioidi antidolorifici; a finanziare appositi percorsi di formazione che coinvolgano anche i medici di medicina generale per arrivare alla dif-

usione, su tutto il territorio nazionale, di una reale cultura della terapia antalgica; ad emanare specifiche linee guida per contrastare il dolore in età pediatrica, anche attraverso la definizione di scale di rilevazione della sofferenza che tengano conto della specificità dell'età infantile; a impegnare le Aziende sanitarie ad azioni volte a informare i propri operatori e i cittadini delle metodiche in uso per contrastare il dolore forzato».

Spero che quest'ordine del giorno abbia la condivisione anche della maggioranza, essendo relativo al contrasto al dolore cronico e oncologico. Ho fatto riferimento nell'intervento in discussione al fatto che con decreto ministeriale 28 settembre 1999 è stato istituito il Programma nazionale per le cure palliative; ad oggi sono stati istituiti soltanto 104 *hospice*, rispetto ai 186 che dovevano essere istituiti e, tra l'altro, in maniera estremamente disomogenea sul territorio. Ricordavo prima che né la Campania né la Sardegna hanno istituito in sette anni un *hospice*. Si chiede al Governo di attivare una legislazione che vada in direzione di una facilitazione dell'utilizzo dei farmaci oppiacei antidolore. Ricordo che circa un anno fa, in un'intervista, il presidente dell'Associazione dei medici di medicina generale drammaticamente poneva il problema della poca cultura sul contrasto al dolore, e della estrema burocratizzazione che impediva l'utilizzo degli oppiacei. Da questo punto di vista dobbiamo assolutamente superare queste barriere.

Chiedo inoltre di istituire linee guida per il contrasto al dolore in età pediatrica: un'aberrazione nell'aberrazione; e sollecitiamo grande informazione in tal senso.

Vorrei illustrare ora l'ordine del giorno n. 11, il cui testo è il seguente:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: l'infezione da papilloma virus umano/HPV è causa necessaria per lo sviluppo del cancro alla cervice uterina; l'infezione avviene per trasmissione sessuale e che il picco di maggior incidenza è tra i 18 e i 20 anni; nel mondo, il cancro alla cervice uterina è per diffusione il secondo tumore maligno che colpisce le donne; in Italia, ogni anno vengono diagnosticati 3.500 nuovi casi e che i casi di morte sono 1.700; i programmi di prevenzione secondaria (*screening*) attualmente in uso hanno permesso negli ultimi anni una riduzione dell'incidenza e della mortalità del cancro alla cervice uterina, pur in presenza di una forte disparità di programmazione e trattamento nei diversi Sistemi sanitari regionali; oltre al *pap test*, metodica attualmente in uso per gli *screening* della cervice uterina, si potrebbe utilizzare anche l'HPV test che secondo ricerche pubblicate ha dimostrato una maggiore efficacia; dal prossimo anno sarà in vendita in Italia il vaccino contro il papilloma virus umano/HPV e si è dimostrato che tale vaccino è in grado di prevenire i casi di cancro causati dai tipi di virus presenti nel vaccino; una campagna di vaccinazione, rivolta alle giovani generazioni, le proteggerebbe in età adulta dal rischio di contrarre il cancro alla cervice

uterina; impegna il Governo a: predisporre azioni di sensibilizzazione delle donne, attraverso campagne di informazione aventi per oggetto il cancro alla cervice uterina e focalizzate su: malattia; cause; prevenzione; assicurare programmi efficienti di *screening* del cancro dell'utero in tutte le regioni del territorio nazionale, così come previsto dal decreto-legge 29 marzo 2004, n.81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138; facilitare alle donne l'accesso a nuove tecnologie di diagnosi (HPV test); predisporre programmi di prevenzione primaria (vaccinazioni) volti a eliminare il cancro alla cervice uterina».

L'ordine del giorno n. 11 riguarda la problematica dell'infezione da papilloma virus umano/HPV. Sappiamo che è un'infezione che si trasmette per via sessuale e normalmente la fase più aggressiva si presenta tra i diciotto e i vent'anni. Sappiamo anche che è la seconda causa di tumore maligno della cervice uterina e che in Italia vi sono almeno 3.500 nuovi casi l'anno con 1.700 morti. Sappiamo altresì che la riduzione dell'incidenza sulla mortalità è data sicuramente da uno *screening* precoce. Come ripeterò anche successivamente, nell'ultimo ordine del giorno che ho presentato, lo *screening* in Italia viene ancora effettuato solo dal 50 per cento delle donne, con una presenza al Nord del 75 per cento e al Sud solo del 35 per cento; eppure, sono ormai vent'anni che parliamo di *screening*, quindi di cura della prevenzione. Su questo punto, capisco la responsabilità organizzativa delle Regioni, ma chiedo al Governo, allo Stato di riprendere in mano la materia con una consapevolezza nuova, quasi imponendola, perché si tratta veramente di salvare la vita alle donne, oltre che di un risparmio oggettivo. Il prossimo anno sarà commercializzato anche in Italia il vaccino; pertanto, chiediamo, da un lato, di continuare a predisporre i test sull'HPV che danno ottimi risultati, dall'altro, di iniziare una campagna di vaccinazione, che dovrà impegnare almeno una triennalità e che già sappiamo costerà molto. Ma è fondamentale salvare anche solo una vita, avere successivamente anche un minor costo sanitario, su questo chiediamo di riflettere attentamente.

Ho presentato poi anche l'ordine del giorno n. 12 di cui do lettura:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: i dati statistici testimoniano che i disturbi mentali, seppure diversi per qualità e durata, interessano 2 milioni e 200.000 persone in Italia, con un numero estremamente elevato numero di suicidi, e che un trattamento tempestivo eviterebbe il pericolo di aggravamento, di cronicizzazione o di suicidio; a fronte della rilevante diffusione delle patologie psichiatriche, i servizi disponibili sul territorio nazionale sono, nel complesso, inadeguati a fornire una risposta alla domanda di assistenza proveniente dai cittadini; i servizi psichiatrici, si stima, trattino solo il 10 per cento delle persone che in un anno presentano disturbi psichiatrici e ciò, in parte per carenze strutturali, in parte per il timore di molti di dichiarare la propria condizione; una vera riforma dell'assistenza psichiatrica non può prescindere dal superamento

dell'accezione «psichiatria» per arrivare ad una nuova nozione di «salute mentale», connotata sia in termini di prevenzione e diagnosi precoce che in termini di miglioramento della qualità della vita; è necessario focalizzare l'attenzione sull'integrazione in rete di tutti i servizi che oggi operano in maniera disaggregata, nonché sulla riorganizzazione e differenziazione delle diverse forme di assistenza oggi disponibili, anche individuando una nuova figura professionale di coordinatore interdipartimentale e interservizi; i processi di riforma dovranno essere implementati con il supporto diretto sia delle famiglie dei malati, che devono rimanere parte integrante del percorso terapeutico, sia delle associazioni di familiari e di volontariato che rappresentano un risorsa fondamentale da valorizzare ulteriormente; solo attraverso lo sforzo comune di tutte le figure e le istituzioni coinvolte nel problema, sarà possibile combattere lo stigma di cui sono fatti oggetto, ancora oggi, e indipendentemente dal tipo e dalla gravità della patologia, coloro che presentano disturbi mentali; impegna il Governo: a procedere ad una revisione della legge 13 maggio 1978, n. 180, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori; a responsabilizzare le regioni, affinché, in stretta collaborazione con gli enti locali e nel rispetto degli indirizzi generali nazionali, intervengano per riorganizzare l'assistenza psichiatrica; a verificare che le regioni perseguano l'obiettivo di destinazione del 5 per cento dei fondi sanitari regionali alle attività di salute mentale; ad adottare le misure necessarie per garantire l'assistenza ai pazienti per tutta la vita, anche dopo la morte dei genitori, quindi per affrontare il fenomeno del "dopo di noi"».

L'ordine del giorno n. 12 è relativo ai disturbi mentali che interessano oltre due milioni di italiani e, spesso, chi ne è affetto ricorre più di altri al suicidio. I servizi disponibili sul territorio nazionale sono assolutamente inadeguati e solo il 10 per cento dei cittadini con questi disturbi viene trattato dai servizi sanitari psichiatrici. Chiediamo di fare un salto di qualità, passando alla concezione di «salute mentale» superando la problematica dello stigma. Chiediamo una revisione della legge n. 180 del 1978 e di verificare con le Regioni quel famoso 5 per cento sul fondo sanitario regionale dato dallo Stato, indirizzato proprio a queste patologie. Molte Regioni utilizzano quel 5 per cento per ripianare i propri debiti e non assegnano neppure una parte minima di queste risorse a questa che è una delle grandi emergenze del presente e del futuro.

Do lettura, infine dell'ordine del giorno n. 13:

«La 12^a Commissione permanente del Senato, in sede di esame delle parti di competenza del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, con particolare riferimento all'articolo 18, comma 414, premesso che: le problematiche della salute delle donne sono cambiate in conseguenza al mutato ruolo sociale; l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato un allarme denunciando che le donne risultano essere sempre più svantaggiate rispetto agli uomini per quanto riguarda le problematiche sanitarie e che in ambito sanitario «differenze di genere» non sono tenute in debita considerazione; che il *report* annuale dello IOM (Institute of Medicine) ha rile-

vato nelle proprie conclusioni che la differenza di genere apre interrogativi su molte problematiche che finora non sono state affrontate; nella programmazione sanitaria nazionale emerge ancora la mancanza di un approccio complessivo ai temi della salute femminile, a differenza di quanto accade in ambito lavorativo e politico in cui si riscontra una grande attenzione al tema di provvedimenti legislativi settoriali; pur riconoscendo che non esistono, nel nostro Paese, situazioni di palese discriminazione, vi è comunque una molteplicità di fattori che determinano uno stato di sostanziale svantaggio delle donne in tema di tutela alla salute; ritenendo auspicabile che, quanto prima, si possa giungere ad una nuova cultura di programmazione sanitaria che sappia cogliere le specifiche dell'universo femminile, predisponendo una risposta assistenziale più adeguata e che tenga conto dei molteplici fattori presenti; impegna il Governo, coerentemente con le linee programmatiche tracciate dal Ministro Turco in Commissione, ad attivare le necessarie procedure volte a realizzare un autentico e profondo cambiamento culturale all'approccio delle problematiche connesse alla salute delle donne».

L'ultimo ordine del giorno è il n. 13. Non mi fermerò fino a quando la politica della donna a livello sanitario non sarà acquisita anche in termini oggettivi e con azioni concrete; a tal proposito voglio ricordare quello che ha affermato la stessa ministro Turco più volte, e con soddisfazione rilevo come da questo punto di vista siamo sulla stessa strada. Chiediamo che l'azione del Governo si concretizzi ripristinando il famoso fondo di 12 milioni di euro, che è stato stralciato alla Camera (piccola cosa ma sicuramente molto positiva) a favore delle problematiche che ho sempre evidenziato e che tutti abbiamo considerato come priorità, quali l'osteoporosi e il tumore al seno.

Signor Presidente, mi permetta soltanto questa digressione. Lei, in maniera molto sensibile, ha tracciato i contorni della problematica della quadrectomia, in particolare nelle Regioni del Sud. Voglio ricordare a me e a lei che, comunque sia, la quadrectomia si riesce a fare nei casi in cui il tumore è molto piccolo e lì la radioterapia è utile. Certamente il tumore molto piccolo è individuabile se si fa uno *screening* di qualità. A questo proposito ricordo che solo il 47 per cento delle donne italiane, a vent'anni dall'inizio dello *screening*, utilizza questo strumento e ci sono Regioni del Sud che ancora lo devono attivare. Ma quando la massa tumorale è di più centimetri non c'è quadrectomia che tenga e non serve un centro di radioterapia ma una mastectomia e, come lei ha giustamente ricordato, la qualità della vita della paziente sarà sicuramente inferiore. Pertanto, la diffusione di *screening* di qualità e di massa deve essere una delle prime direttrici su cui intervenire.

Infine, desidero richiamare l'attenzione del Sottosegretario sulla problematica dell'osteoporosi che non conduce alla morte ma riguarda 4 milioni di italiani. Al riguardo, chiediamo l'attuazione della carta del rischio osteoporotico e del registro per le prime fratture: tutto sommato si tratta di poca cosa, proviamo a pensare però che il Servizio sanitario nazionale

spende 860 milioni di euro solo per i ricoveri per le prime fratture, chiediamo che il Governo si impegni fortemente in tal senso.

Signor Presidente, spero innanzitutto che alcuni di questi ordini del giorno possano essere condivisi dalla Commissione e, ovviamente, siamo disposti a qualsiasi tipo di riformulazione del testo. La cosa più importante è riuscire a tracciare in Commissione delle linee prospettiche il più condivise che impegnino il Governo.

PRESIDENTE. Senatrice Bianconi, i dati che ha riportato a proposito dello *screening* per il cancro della mammella sono importantissimi. Personalmente, non mi sono soffermato su di essi perché volevo evidenziare la necessità di migliorare dal punto di vista tecnologico alcune strutture del Sud in relazione alla radioterapia. Comunque, penso che parli da solo il dato della Sicilia, dove, ad esempio, solo il 2 per cento delle donne in età di rischio viene sottoposta regolarmente allo *screening* per il cancro della mammella; e ciò ovviamente significa che il 98 per cento non lo effettua.

BIANCONI (FI). Presidente, illustro ora le proposte emendative che ho presentato alla Tabella n. 15.

L'emendamento Tab.15.1, volto ad incrementare le risorse destinate alla lotta contro le sofisticazioni alimentari e le repressione del traffico illecito degli stupefacenti, è del seguente tenore:

«Alla tabella 15, Ministero della salute, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

1.1.1.0 – Funzionamento

CP: + 12.000;

CS: + 12.000.

Conseguentemente alla medesima tabella 15, Ministero della salute, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

3.1.1.0 – Funzionamento

– CP: – 12.000;

CS: – 12.000».

L'emendamento Tab.15.1 è finalizzato a incrementare le risorse, decurtate, e non capiamo il perché, di 12 milioni di euro, destinate alla lotta contro la sofisticazione alimentare e alla repressione del traffico illecito degli stupefacenti. Mi sembra che diminuire l'attenzione su questi settori sia assolutamente un errore.

Gli emendamenti Tab.15.2 e Tab.15.3 sono diretti ad accrescere le risorse, rispettivamente, per il funzionamento del sistema informativo dei trapianti e per l'effettuazione di ricerche contro la sterilità e l'infertilità.

In particolare, l'emendamento Tab.15.2 è finalizzato a chiedere il mantenimento della stessa copertura degli anni precedenti e l'incremento per il sistema informatico dei trapianti. Anche in questo caso, ci siamo più volte ripetuti l'importanza di una nuova riflessione sul sistema dell'informazione del trapianto. Non capiamo perché siano state tolte risorse e chiediamo per questo di ripristinare quanto meno quelli previsti l'anno precedente. Do comunque lettura dell'emendamento:

«Alla tabella 15, Ministero della salute, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

2.1.1.0 - Funzionamento

CP: + 196.000;

CS: + 196.000.

Conseguentemente alla medesima tabella 15, Ministero della salute, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

3.1.1.0 - Funzionamento

- CP: - 196.000;

CS: - 196.000».

Analoga richiesta viene avanzata con l'emendamento Tab.15.3 che è finalizzato all'incremento delle risorse destinate agli studi di ricerca contro la sterilità e l'infertilità. Ripensando alla legge n. 40 del 2004 una delle questioni che è stata chiara a tutti coloro che hanno partecipato al dibattito è che sulle problematiche di sterilità e infertilità è ancora necessario un grossissimo lavoro di ricerca. Chiediamo, quindi, di non togliere risorse, ma di ripristinare quelle che, anche nella passata legge finanziaria, erano assegnate. Do dunque lettura dell'emendamento:

«Alla tabella 15, Ministero della salute, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

3.1.1.0 - Funzionamento

CP: + 95.000;

CS: + 95.000.

Conseguentemente alla medesima tabella 15, Ministero della salute, alle unità previsionali di base sottoelencate, apportare le seguenti variazioni:

4.1.1.0 - Funzionamento

- CP: - 95.000;

CS: - 95.000».

PRESIDENTE. Invito il relatore e il rappresentante del Governo a pronunziarsi sugli ordini del giorno e sugli emendamenti in esame.

BASSOLI, *relatrice sulle tabelle 15 e 15-ter e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, raccomando l'accoglimento degli ordini del giorno nn. 1, 2, 3, 4 e 14, di cui sono firmataria.

Esprimo parere favorevole sugli ordini del giorno nn. 8, così come modificato dal proponente, 10, 11 e 13, subordinatamente ad una riformulazione tesa a sopprimere il riferimento a determinate patologie costituenti linee di intervento prioritario verso cui indirizzare i progetti specifici e le risorse.

Il mio parere è invece contrario sugli altri ordini del giorno, ad eccezione del n. 5, per il quale mi rimetto al Governo.

Infine, vorrei rinviare l'espressione del parere sugli emendamenti nella seduta di domani, al fine di svolgere gli opportuni approfondimenti.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo esprime parere favorevole su tutti gli ordini del giorno presentati, ad eccezione degli ordini del giorno nn. 5, 6, 9 e 12, per i quali l'orientamento è contrario.

Sull'ordine del giorno n. 8, il Governo si riserva di svolgere uno specifico approfondimento.

Con riferimento all'ordine del giorno n. 5, il Governo ritiene che sarebbe inopportuno un intervento governativo volto a modificare le regole della contrattazione collettiva che sono definite al tavolo delle trattative. Il difetto non è la scarsa presenza, bensì l'eccessivo affollamento a questi tavoli, che rende molto difficile il raggiungimento di obiettivi. Tuttavia, le figure professionali in quanto tali non hanno diritto di rappresentanza alla pattuizione sindacale; lo hanno le forme organizzate di rappresentanza sindacale. Non solo, dopo aver visto la rappresentanza sindacale si va a verificare se c'è una vera rappresentatività, ossia i numeri. Posso garantire che il sistema è il più ampio possibile e viene garantito il massimo delle presenze possibili, talché il problema, come ho detto, non è la scarsa presenza ma il numero di sigle elevatissimo. Non credo però che Governo o Parlamento possano intervenire in questo ambito, a meno che non si voglia, attraverso il Parlamento, cambiare con una norma nuova i criteri della rappresentatività sindacale. Vi invito però ad una profonda riflessione in tal senso, perché non è cosa da poco.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). L'ordine dei medici è stato chiamato o no a partecipare?

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. No, mai. Gli ordini sono organi di tutela; sono enti pubblici al di sopra dei sindacati e non sono difensori degli interessi legittimi, anzi fungono da garanti nei confronti dei cittadini dei livelli di qualità, nel caso dell'ordine dei medici, dei medici. In altri termini, l'ordine professionale garantisce ai cittadini che il medico (l'infermiere o l'ostetrico), che si avvicina a loro, abbia

gli elementi di conoscenza scientifica e tecnica e di eticità richiesti. Questo è il ruolo degli ordini professionali.

Il ruolo dei sindacati è la rappresentanza dei legittimi interessi ed è normata da regole ben definite, non ho bisogno di spiegarlo. Intervenire in maniera non meditata sul sistema della rappresentatività è molto delicato e, qualora la Commissione decidesse di esprimere un'opinione in ordine alla presenza ai tavoli contrattuali, il Governo non potrebbe assumersi la responsabilità di una modifica del sistema vigente.

Non nego che nell'ARAN possano anche non esservi le rappresentanze sindacali di tutte le professionalità sanitarie non mediche. Il problema è che si tratta di una questione di libertà: le figure rappresentative si devono unire, aggregare, costituire un sindacato e ricevere il consenso, dopodiché, una volta aggregatesi, hanno una rappresentanza sindacale dei loro interessi. Non è che *quisque de populo* ci si alza e si dice «sono un professionista di questo settore e pertanto mi siedo al tavolo delle trattative». No. Ci deve essere una forma attraverso la quale si costituisce la tutela degli interessi. Comunque, così com'è formulato, non mi sento di poter accettare l'ordine del giorno n. 5.

Sull'ordine del giorno n. 6 faccio infine presente che è già operante presso il Dicastero della salute una struttura incaricata di affrontare la questione degli errori medici. Sui problemi inerenti la *malpractice* posso dire che, prima che fosse instaurata la Commissione senatoriale d'indagine su questi problemi, già a livello ministeriale si stava dando vita - l'ho riferito anche in altre circostanze - ad un osservatorio di questo tipo (non so se si chiami osservatorio o gruppo di analisi). Ripeto, un organismo del Ministero che ha come fine la costituzione di un gruppo che sorveglia e verifica questo fenomeno c'è già.

PRESIDENTE. In proposito ricordo che è stato istituito dal Ministero della salute un Osservatorio sugli errori medici di cui è stata data notizia quando la Commissione igiene e sanità del Senato si è attivata a seguito della notizia di stampa che ha creato grande disagio e in alcuni casi panico tra i cittadini. Contemporaneamente al nostro intervento, il Ministro della salute ha annunciato l'istituzione di un Osservatorio permanente al Ministero della salute sugli errori medici; ora dovrà seguire un decreto attuativo.

Rinvio l'esame congiunto dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 19.

