



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 1

**COMMISSIONI RIUNITE E CONGIUNTE**

12<sup>a</sup> (Igiene e sanità) e 14<sup>a</sup> (Politiche dell'Unione europea) del Senato della Repubblica

e

XII (Affari sociali) e XIV (Politiche dell'Unione europea) della Camera dei deputati

AUDIZIONE DEL COMMISSARIO EUROPEO PER LA SALUTE E LA POLITICA DEI CONSUMATORI JOHN DALLI

1<sup>a</sup> seduta: giovedì 9 giugno 2011

Presidenza della presidente della 12<sup>a</sup> Commissione del Senato della Repubblica TOMASSINI

## I N D I C E

**Audizione del commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori, John Dalli, sul ruolo della Commissione europea ai fini della cooperazione tra Stati membri in ambito sanitario alla luce della direttiva 2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché sulle politiche e le iniziative dell'Unione europea in materia di prevenzione e lotta ai tumori**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 11 e passim	* DALLI . . . . .	Pag. 3, 9
ASTORE ( <i>Misto-ParDem</i> ), senatore . . . . .	8		
BASSOLI ( <i>PD</i> ), senatrice . . . . .	8		
* BIANCONI ( <i>PdL</i> ), senatrice . . . . .	7		
BOLDI ( <i>LNP</i> ), senatrice . . . . .	12		
CALABRÒ ( <i>PdL</i> ), senatore . . . . .	8		
COSENTINO ( <i>PD</i> ), senatore . . . . .	7		
D'AMBROSIO LETTIERI ( <i>PdL</i> ), senatore . . . . .	9		
FAZIO, ministro della salute . . . . .	11		
FOSSON ( <i>UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI</i> ), senatore . . . . .	9		
MIOTTO ( <i>PD</i> ), deputata . . . . .	9		
SACCOMANNO ( <i>PdL</i> ), senatore . . . . .	8		
SOLIANI ( <i>PD</i> ), senatrice . . . . .	8		

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

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

Segle dei gruppi parlamentari: *Popolo della Libertà: PdL; Partito Democratico: PD; Lega Nord Padania: LNP; Unione di Centro per il Terzo Polo: UdCpTP; Futuro e Libertà per il Terzo Polo: FLpTP; Italia dei Valori: IdV; Iniziativa Responsabile (Noi Sud-Libertà ed Autonomia, Popolari d'Italia Domani-PID, Movimento di Responsabilità Nazionale-MRN, Azione Popolare, Alleanza di Centro-AdC, La Discussione): IR; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MpA-Sud; Misto-Liberal Democratici-MAIE: Misto-LD-MAIE; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.ling.*

*Interviene il commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori John Dalli.*

*Interviene il ministro della salute Fazio.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

**Audizione del commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori, John Dalli, sul ruolo della Commissione europea ai fini della cooperazione tra Stati membri in ambito sanitario alla luce della direttiva 2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché sulle politiche e le iniziative dell'Unione europea in materia di prevenzione e lotta ai tumori**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori John Dalli sul ruolo della Commissione europea ai fini della cooperazione tra Stati membri in ambito sanitario alla luce della direttiva dell'Unione europea n. 24 del 2011 concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché sulle politiche e le iniziative dell'Unione europea in materia di prevenzione e lotta ai tumori.

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

Oggi abbiamo l'onore ed il piacere di audire il commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori John Dalli, che saluto e ringrazio.

È presente anche il ministro della salute Fazio, che ci onora della sua presenza. Saluto inoltre gli onorevoli Presidenti delle Commissioni.

Desidero annunciare che ieri vi è stata una nomina storica: Guido Rasi è stato nominato direttore dell'Agenzia europea dei medicinali (EMA). Siamo molto lieti di annunciare a tutti la notizia.

Do quindi la parola al commissario Dalli.

*DALLI.* Signor Presidente, onorevoli deputati, onorevoli senatori, per me è un grande onore essere qui oggi. Questo incontro dimostra la crescente importanza del ruolo dei Parlamenti nazionali nel processo decisionale dell'Unione europea. Il loro contributo alla politica sanitaria – tema che interessa tutti i cittadini europei – è per me di grande valore.

Vorrei cogliere l'opportunità per ribadire alcune mie priorità nell'ambito della politica sanitaria dell'Unione europea e, in particolare, la nuova

direttiva sui diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Si tratta di un nuovo strumento legislativo che rappresenta un notevole progresso per i pazienti. Dopo più di un decennio di incertezza giuridica, la direttiva stabilisce chiaramente il diritto dei pazienti ad un'assistenza sanitaria sicura e di buona qualità in Europa, al di là delle frontiere nazionali, e il diritto al rimborso delle spese sostenute.

Che cosa comporta per i pazienti la nuova direttiva 2011/24/UE concernente l'assistenza sanitaria transfrontaliera? Innanzi tutto, nel contesto di questo strumento, saranno istituiti in Italia, come in tutti gli altri Stati membri, «punti di contatto nazionali» che forniranno ai pazienti informazioni utili a decidere se rivolgersi all'assistenza sanitaria di un altro Stato membro dell'Unione europea.

Questi punti di contatto scambieranno informazioni tra loro e forniranno informazioni in relazione alle condizioni e ai livelli di rimborso, alle cure disponibili, ai prestatori di assistenza sanitaria all'estero, alle denunce o alle procedure di ricorso nel caso in cui i pazienti subiscano un danno a causa dell'assistenza sanitaria ricevuta all'estero.

I pazienti avranno così un'idea più chiara sulla qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria prestata all'estero e potranno assumere decisioni in modo più consapevole.

Inoltre, i pazienti potranno scegliere il proprio prestatore di assistenza sanitaria in Europa, sia per l'assistenza di base che per le cure ospedaliere. Per le cure ospedaliere, se i tempi di attesa per ricevere un trattamento sono troppo lunghi, i pazienti potranno scegliere un prestatore di assistenza sanitaria in un altro Stato membro ed essere rimborsati per le cure ricevute. Pertanto, la direttiva implica per tutti gli Stati membri il dovere di investire sul proprio territorio per fornire, senza eccessivo ritardo, ai pazienti l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. Si dovrà tuttavia valutare e definire esattamente cosa si intende per ritardo.

In terzo luogo, per quanto concerne la qualità dell'assistenza, la direttiva assicura la trasparenza e la responsabilità quanto agli *standard* nazionali, poiché gli Stati membri sono invitati a scambiare informazioni sui loro prestatori di assistenza e sugli *standard* applicati.

La direttiva precisa che è responsabilità degli Stati membri assicurare che l'assistenza sanitaria fornita ai pazienti sia sicura e di elevata qualità. L'autorizzazione all'assistenza sanitaria transfrontaliera può anche essere rifiutata laddove sussistano seri dubbi sulla qualità e sulla sicurezza del prestatore di assistenza.

La qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria rappresentano elementi cardine della direttiva. La Commissione sta già operando a stretto contatto con gli Stati membri su questo tema nell'ambito di un'azione comune, ovvero di un'iniziativa formale di cooperazione tra i Governi finalizzata ad aiutare gli Stati membri a migliorare la sicurezza e la qualità della loro assistenza sanitaria.

Vorrei, infine, soffermarmi sull'importante cooperazione su scala europea che tale direttiva istituisce tra i sistemi sanitari.

In primo luogo, per incoraggiare gli Stati membri a cooperare nella prestazione di assistenza sanitaria transfrontaliera, la Commissione intende discutere tale questione in occasione delle visite negli Stati membri finalizzate a preparare il recepimento della direttiva, nonché in seno al Comitato per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, che sarà istituito nel corso di questo mese.

In risposta al secondo quesito, relativo alle reti di riferimento europee, la direttiva intende identificare i centri di esperienza esistenti ed incoraggiare la partecipazione volontaria degli Stati membri e dei prestatori di assistenza sanitaria. Se si mettono in comune e si diffondono le esperienze accumulate in tutta Europa, aumenta notevolmente il valore aggiunto europeo.

La Commissione sosterrà pertanto la creazione di queste reti, adottando, entro il 2013, i criteri e le condizioni che tali centri devono soddisfare per aderire alle reti e ne controllerà l'ottemperanza.

Per quanto riguarda gli scambi tra gli operatori sanitari al fine di sviluppare prassi ottimali in tema di *standard* qualitativi dell'assistenza, l'idea è interessante e la Commissione le riserverà la debita attenzione. Ovviamente, le associazioni degli operatori sanitari possono rivestire un ruolo chiave nell'ambito di tali scambi.

Rispondendo al loro quesito sulle malattie rare, la direttiva fa specifico riferimento ad Orphanet, una base dati a livello europeo che può aiutare gli operatori sanitari a diagnosticare correttamente e a curare le malattie rare.

La Commissione europea tratta la tematica delle malattie rare da diversi anni, fornendo finanziamenti per progetti di ricerca comuni e aiutando gli Stati membri a sviluppare i propri piani nazionali in materia di malattie rare.

Passando alla domanda sull'assistenza sanitaria *on-line*, la direttiva prevede la creazione di una «rete di assistenza sanitaria *on-line*», finalizzata a riunire le autorità nazionali di tutta l'Unione europea per contribuire allo sviluppo di tale assistenza *on-line* nell'interesse dei pazienti. La rete migliorerà l'interoperabilità e la sicurezza nell'accesso dei pazienti ai loro dati clinici quando sono curati all'estero. In proposito, la rete adotterà linee guida su un insieme minimo di dati da inserire nelle cartelle cliniche dei pazienti, nonché sull'identificazione elettronica dei pazienti e degli operatori sanitari.

La direttiva prevede anche lo sviluppo di metodologie per usare i dati clinici ai fini di sanità pubblica e di ricerca, compresi anche gli aspetti di efficacia e sicurezza dei trattamenti medici e delle tecnologie.

La direttiva prevede, inoltre, una nuova rete di valutazione delle tecnologie sanitarie che dovrebbe contribuire ad evitare duplicazioni nelle attività degli Stati membri. Questo andrebbe a vantaggio degli Stati membri, dell'industria e dei pazienti poiché contribuirebbe a snellire le decisioni in tema di rimborsi.

È vero che queste reti sono volontarie, ma ritengo che gli Stati membri abbiano tutto da guadagnare se lavorano assieme piuttosto che se agiscono isolatamente.

Gli Stati membri dispongono ora di un lasso di tempo fino all'autunno 2013 per recepire la direttiva nella normativa nazionale.

La Commissione europea è pronta a collaborare con i membri della Commissione e con il Ministero della salute per pervenire ad un'efficace attuazione e applicazione di questa direttiva.

Passerò ora a illustrare alcuni interventi europei in merito a diverse questioni chiave in campo sanitario.

L'Unione europea si adopera per creare un maggior numero di posti di lavoro di migliore qualità, promuovere la produttività e incrementare la coesione sociale attraverso una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva. Questo è l'ampio obiettivo della Strategia Europa 2020, che speriamo di realizzare concentrandoci su obiettivi ambiziosi in tema di posti di lavoro, innovazione, istruzione, inclusione sociale, clima ed energia.

Risentiamo tutti delle pressioni che gravano sui bilanci e i nostri sistemi sanitari non fanno eccezione. A ciò si aggiunge che la popolazione dell'Europa invecchia come anche la sua forza lavoro. Inevitabilmente, aumenterà l'incidenza delle malattie croniche.

Nel contempo, crescono le esigenze e le aspettative nei confronti dell'assistenza sanitaria.

Ora più che mai dobbiamo individuare modalità innovative e responsabili per investire nei nostri sistemi sanitari in modo da assicurare che essi continuino a prestare ai nostri cittadini un'assistenza sanitaria di elevata qualità anche in futuro.

Parte della soluzione consiste nella prevenzione. Molte malattie croniche – come le patologie cardiovascolari, il diabete e certi tipi di cancro – possono essere prevenute. Pertanto concentrandoci maggiormente sulla promozione della salute e sulla prevenzione delle malattie possiamo alleviare in parte le pressioni che gravano sui nostri sistemi sanitari.

Facciamo l'esempio del fumo. Oggi circa un quarto degli italiani, sia donne che uomini, fuma. Se dissuadiamo le persone dal fumare adesso, in futuro avremo meno fumatori, un minor numero di persone che risentono delle patologie legate al tabacco, costi sanitari più ridotti e in definitiva vite più sane, più lunghe e più produttive.

L'impegno dei Governi europei – compreso quello italiano – a realizzare entro l'anno prossimo una «Europa libera dal fumo» è per me molto importante. Nell'Unione europea stiamo contemplando tutti i modi possibili per rafforzare la legislazione sui prodotti del tabacco. Si potrebbero contemplare, per esempio, le seguenti misure: ampliare il campo di applicazione della legislazione in modo da includere i nuovi prodotti del tabacco e della nicotina; migliorare le regole in tema di avvertimenti sanitari e di confezioni dei prodotti del tabacco; disciplinare gli additivi del tabacco.

La Commissione europea prevede di presentare una proposta legislativa l'anno prossimo. Spero di poter contare sul loro sostegno.

Come tutti ben sappiamo, le malattie non conoscono frontiere come ha dimostrato l'attuale crisi dell'E. coli in Germania e l'insorgenza dell'H1N1 nel 2009.

Dalla crisi dell'H1N1 abbiamo tratto molti insegnamenti sul modo per migliorare la capacità di reazione europea alle gravi minacce sanitarie transfrontaliere. Ad esempio, per migliorare la disponibilità di vaccini contro le pandemie, i Ministeri della sanità dell'Unione europea hanno concordato di sviluppare un meccanismo per bandire appalti comuni per acquistare i vaccini e di porre in atto procedure migliori per la gestione congiunta delle pandemie.

Tali misure saranno incluse in un pacchetto legislativo denominato: «Iniziativa UE per la sicurezza sanitaria», che sarà presentato più avanti nel corso dell'anno. Con questa iniziativa, miriamo a pervenire ad una soluzione a lungo termine in tema di sicurezza sanitaria, in modo da meglio proteggere le persone da gravi minacce transfrontaliere, dalle malattie trasmissibili ai rischi biologici, chimici e radioattivi.

Signor Presidente, onorevoli deputati e senatori, i Parlamenti nazionali sono chiamati a svolgere un ruolo importante nella politica europea. Auspicio di poter continuare a lavorare a stretto contatto con loro e spero vivamente di poter contare sul loro contributo e sul loro sostegno a queste imminenti, importanti iniziative in campo sanitario.

Ringrazio per l'attenzione.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome di tutti, per gli esaurienti contenuti e le risposte date ai quesiti che avevamo posto, l'onorevole Dalli, commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori.

Do quindi la parola alla senatrice Bianconi, che ringrazio per essere stata il tramite di questa audizione, da lei proposta.

BIANCONI (*PdL*). Signor Presidente, saluto il presidente Dalli, che ho il piacere di rivedere dopo l'importante incontro di Budapest.

Vorrei soffermarmi brevemente su un aspetto estremamente importante relativo al rimborso delle prestazioni sanitarie, per porre una domanda molto sintetica. Presidente Dalli, se non saranno previsti tetti di rimborso, si correrà il rischio di ledere il diritto dei pazienti a farsi curare all'estero e di far saltare i Sistemi sanitari nazionali?

COSENTINO (*PD*). Signor Presidente, vorrei porre al commissario Dalli un solo quesito.

Il diritto di potersi curare nelle strutture sanitarie dei diversi Paesi membri, affermato in modo molto positivo dalla nuova direttiva europea, presuppone un diritto all'informazione, alla consapevole conoscenza da parte dei cittadini europei della qualità dei percorsi di cura. Presidente Dalli, si potrebbe avere, a livello europeo, un sistema di valutazione della qualità dei percorsi di cura, come quello oggi vigente in alcuni Paesi europei (penso ad esempio al Regno Unito), utile come strumento d'informazione per i cittadini europei nell'uso delle risorse sanitarie di ogni Stato membro?

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, immagino che la definizione da parte dell'istituendo Comitato per l'assistenza sanitaria transfrontaliera dei livelli di assistenza a cui i cittadini hanno diritto sarà un'operazione molto difficile, tenuto conto della diversificazione tanto ampia delle prestazioni, che esiste tra i vari Paesi europei. Vorrei sapere se, cogliendo questa opportunità, si potrà avviare un lavoro, che veda impegnati tutti i Parlamenti europei, teso a creare una forte coesione su questo obiettivo, che non sarà facile da raggiungere.

CALABRÒ (*PdL*). Presidente, Dalli, riprendendo la domanda formulata dalla senatrice Bianconi, vorrei avere qualche chiarimento su che cosa si intende per liste d'attesa. Ritengo, infatti, molto difficile garantire su tutto il territorio europeo liste d'attesa uniformi per le diverse patologie, tenuto conto che molte di queste sono legate a realtà specifiche inerenti l'organizzazione sanitaria e le patologie correlate alla specifica realtà del Paese. In tal senso, mi sembra necessario chiarire cosa s'intenda per autorizzazione ad essere assistiti all'estero a fronte di liste d'attesa particolarmente lunghe.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, apprezzo il coraggio con cui il Parlamento europeo ha approvato questa nuova direttiva, che credo tenda alla tutela dei diritti dei cittadini e non solo degli operatori.

In rapporto al regime di assistenza precedente, certamente ricorderà, presidente Dalli, le traversie dei cittadini, curati in Europa, che dovevano ottenere il rimborso delle spese sostenute dagli Stati membri, previa autorizzazione da parte di una famosa commissione alla quale si doveva dimostrare che la Regione di appartenenza non era in grado di rispondere alla richiesta avanzata. Vorrei sapere se continuerà ad essere così, perché sinceramente mi auguro di no. Spero, anzi, che si inauguri un principio di liberalizzazione massima in cui ognuno possa chiedere di essere curato nei centri di eccellenza, scegliendo liberamente l'offerta sanitaria giusta.

SOLIANI (*PD*). Signor Presidente, sono interessata a capire fino a che punto sia possibile costruire politiche dell'Unione europea su domande ed esigenze particolari di salute quali, ad esempio, quelle relative alle donne e ai bambini. Immagino che l'Unione europea possa darsi orientamenti e criteri stringenti molto importanti relativamente a certe tipologie di malattie, di difficoltà e obiettivi di salute. Per quanto riguarda i bambini, chiedo se non sia possibile verificare tra i Paesi gli orientamenti circa gli ospedali pediatrici.

Mi piace immaginare, per il futuro, una cultura della salute molto mirata rispetto a queste esigenze che esigono certamente risposte culturali impegnative.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor commissario Dalli, la ringrazio perché la direttiva è illuminante in termini di disponibilità sociale alla domanda di salute.



Sull'assistenza transfrontaliera all'interno della comunità europea in Italia si è aperto un dibattito lungo, importante e non omogeneo nelle valutazioni. Nello specifico, vorrei sapere se un extracomunitario, che si trovi per caso in Italia e impatti con le liste di attesa come un qualunque cittadino italiano, ha la possibilità di ricevere una risposta anche al di là del confine, senza scontrarsi con barriere di carattere nazionale?

FOSSON (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI*). Presidente Dalli, fermo restando il tema delle liste di attesa già toccato dal senatore Calabrò, vorrei sapere cosa garantisce, nella circolazione di malati in Europa, un'uniformità di cure?

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, ho apprezzato molto la tenacia e l'ottimismo con cui il commissario Dalli vede lo sviluppo di una politica sanitaria comunitaria che vada verso livelli di omogeneità, nonostante vi sia ancora molto da fare.

Presidente Dalli, lei ha fatto riferimento agli aspetti della tecnologia informatica e all'utilizzo della rete per avvicinare mondi, realtà e sistemi sanitari differenti. Vorrei sapere quali sono, a suo avviso, i sistemi di protezione da realizzare all'interno della rete, ed eventualmente in che modo, per evitare che possano insorgere problemi per i pazienti. Mi riferisco, ad esempio, alle visite mediche e ai rilasci di certificazioni e di prescrizioni mediche per via telematica che molto spesso si rivelano falsi, perché a rilasciarli non è un medico. Penso anche al commercio telematico dei medicinali, dietro il quale, come sappiamo, si cela il triste fenomeno della contraffazione dei medicinali.

Vorrei sapere, infine, se si prevedono percorsi sul versante dei principi di omogeneizzazione dei codici deontologici dei professionisti della sanità.

MIOTTO (*PD*). Presidente Dalli, non ho sentito far riferimento al ruolo dei medici. I cittadini europei non sono consumatori di prestazioni – anche se in maniera banale si potrebbero definire tali – perché fra il paziente e i servizi vi è l'intermediazione importante dei medici. Nell'attività prescrittiva che ruolo si riconosce, a livello europeo, ai medici?

DALLI. Signor Presidente, onorevoli deputati e senatori, in primo luogo, desidero rispondere alla senatrice Bianconi sui tetti dei rimborsi delle prestazioni sanitarie. La direttiva stabilisce che il rimborso non dovrà superare il costo che quell'intervento specifico avrebbe avuto se si fosse svolto nello Stato del paziente. In altri termini, se un italiano si reca altrove per ricevere un trattamento, il rimborso di quel trattamento non potrà essere più alto del costo dello stesso trattamento in Italia. Si stabilisce quindi un tetto per i rimborsi a favore dei pazienti.

Il rimborso, inoltre, è relativo anche alla struttura dei costi di un singolo Paese, nel senso che il rumeno che si reca in Italia viene rimborsato sulla base non dei costi italiani ma di quelli previsti in Romania. Questo

dovrebbe eliminare quello che personalmente definisco «turismo medico». Su questo punto mi ripeto spesso ribadendo sempre che non vogliamo rendere i nostri pazienti dei nomadi ma vogliamo garantire che gli Stati membri abbiano l'incentivo ad investire al proprio interno per offrire nel loro Paese il miglior trattamento possibile.

Quanto alle liste d'attesa, sono d'accordo sul fatto che non può esistere un unico parametro valido per tutti tipi di intervento esistenti. Per questo, in Commissione stiamo cercando di sviluppare un parametro che indichi quale sia un ritardo indebito per un intervento specifico, definendo il ritardo per i diversi tipi di operazione (un'operazione al cuore, ad esempio, avrà un parametro di tempo di attesa diverso rispetto ad un'operazione più semplice). Su questo punto discutiamo molto ed auspico di trovare una soluzione ragionevole. Tuttavia, anche in questo caso poniamo l'accento sull'importanza di dare agli Stati membri il messaggio di non cercare di economizzare sugli investimenti nella sanità lasciando allungare le liste d'attesa perché, alla fine, i costi saranno gli stessi in quanto i pazienti se ne andranno all'estero. Vale quindi la pena per gli Stati membri di cominciare ad investire sui propri sistemi per abbreviare le liste di attesa e giungere così ad un livello di servizi adeguato.

Quanto alla sanità transfrontaliera, l'obiettivo della direttiva è proprio quello di consentire un accesso più libero ad essa. Fino ad ora, i cittadini che si recavano all'estero per ricevere cure avevano bisogno di molte approvazioni e di tutta una serie di permessi. La direttiva prevede ancora una pre-approvazione perché non diamo carta bianca a chiunque di poter andare in giro per l'Europa a cercare assistenza sanitaria. Esistono comunque parametri restrittivi su quando uno Stato membro può rifiutare ai propri cittadini l'autorizzazione ad andare all'estero; questo limite non è previsto però per le malattie rare.

Circa i migranti, molto dipende dal loro *status* nel Paese ospitante: queste persone, cittadini di Stati terzi, se hanno diritto alle cure mediche gratuite nello Stato membro di residenza, hanno questo diritto tal quale anche negli altri Stati dell'Unione.

Riguardo al diritto di informazione dei pazienti, chiaramente tutti abbiamo il sogno dell'armonizzazione della qualità delle cure, soprattutto ad un livello più alto. Sappiamo però che il raggiungimento di questo obiettivo è difficile per una serie di ragioni. Il motivo principale è la competenza gelosamente custodita dagli Stati membri. Lo capisco perché è una realtà. Tuttavia, i centri di informazione che verrebbero costruiti in base a questa direttiva potrebbero raccogliere dati, non soltanto sulla disponibilità di trattamenti e cure nei vari Stati membri, ma anche sui livelli di qualità delle cure fornite nei vari Paesi. Ciò servirebbe a dare le necessarie informazioni ai pazienti che desiderano trovare il luogo giusto per ricevere il trattamento di cui hanno bisogno e fornirebbe anche un ottimo *database* che permetterebbe di identificare i centri di eccellenza. È stata posta, ad esempio, una domanda sulla salute delle donne e dei bambini; ebbene, l'identificazione di questi centri di eccellenza permetterebbe di capire quali siano le informazioni necessarie.

Un ultimo commento sulla protezione per quanto riguarda le consultazioni e altre cure. Come sapete, la nostra direttiva è arrivata alla fase finale di approvazione in Parlamento e stiamo adottando misure che riguardano anche le medicine vendute attraverso le catene di farmacie e su Internet. Le vendite su Internet rappresentano il 90 per cento delle medicine vendute. Poiché non si tratta di medicine particolari ma di medicine anche per malattie acute, questi farmaci possono essere molto pericolosi. Stiamo per ciò cercando di creare un marchio di approvazione da apporre sui siti che possono essere considerati corretti, perché danno informazioni e servizi corretti. Naturalmente, questa politica dovrà essere rinforzata da una campagna, che tutti dovremo svolgere, volta ad educare e informare i nostri cittadini del fatto che per rifornirsi di medicinali su Internet dovranno cercare i siti muniti di questo marchio di approvazione.

Spero di aver così risposto a tutte le domande.

PRESIDENTE. Ringrazio il commissario Dalli e do la parola al Ministro Fazio, che saluto, ricordando a tutti che oggi pomeriggio alle ore 15 egli riferirà in Assemblea sui rischi connessi alla diffusione del batterio *Escherichia coli* emorragica.

FAZIO, *ministro della salute*. Signor Presidente, è un onore avere qui il commissario Dalli, che saluto con stima e affetto sinceri.

Conosco il commissario Dalli da tantissimi anni e sono stato testimone, da professionista, dei suoi tentativi, peraltro coronati dal successo, di dare a Malta una sanità di grande qualità. Da quando è stato nominato commissario ho potuto registrare, nell'ambito delle attività europea e quindi del Consiglio dei Ministri europei della salute, le sue grandi doti di tenacia, di trasparenza, di equità e di serenità, ma anche di fermezza, come ha recentemente dimostrato nel caso della epidemia di *Escherichia coli*. Non è facile gestire, da commissario europeo, una regione di 500 milioni di abitanti come l'Europa. Egli ha portato a termine con successo questa direttiva, ripeto, proprio per le sue doti di serena tenacia.

Il commissario Dalli non solo «parla italiano» ma è anche garante, nell'ambito della Commissione europea, dei valori importanti della cultura mediterranea a fronte di quelle che possono essere logiche di tipo più anglosassone, in quella che naturalmente è la normale e necessaria dialettica che sempre avviene in Europa. Per questo motivo, è vicino all'Italia ed è importante che lo sia in un settore delicato come la sanità.

Il commissario Dalli ha scelto come principale collaboratrice Paola Testori Coggi, che in questo momento è la direttrice della Direzione generale salute e consumatori (SANCO), che afferisce alla sua Commissione. Con Paola Testori Coggi e con il commissario Dalli abbiamo un contatto quasi giornaliero; vi è, dunque, un coordinamento molto importante su tutte le questioni, ivi inclusa la recente vicenda del batterio *Escherichia coli*, e anche la collaborazione in tante altre iniziative.

Il commissario Dalli ha consentito con la sua equità (della quale dobbiamo ringraziarlo) e quindi senza parzialità che la candidatura del profes-

sor Rasi potesse emergere. Si tratta di un risultato straordinario che dimostra la reale eccellenza della sanità italiana, che sempre più si sta manifestando nel mondo. Dieci anni fa questa affermazione avrebbe fatto sorridere. Negli ultimi dieci anni – il risultato quindi non dipende solo dall'attuale Governo – la sanità italiana ha progressivamente acquisito una maggiore importanza nel mondo ed oggi è sempre più considerata. Il fatto che oggi un italiano sia alla guida della FDA europea e quindi dell'agenzia che regola un mercato di oltre 200 milioni di euro di farmaci per 500 milioni di persone dimostra la stima che l'Europa nutre per l'Italia e, in particolare, per la sanità italiana.

Anche per l'iniziativa relativa alle cure transfrontaliere abbiamo fatto un progetto insieme al dottor Oleari, il nostro *chief medical officer*, che credo sia stato già finanziato. Penso che l'Italia coordinerà un rete sperimentale di centri di eccellenza dove si testeranno i principi di qualità di cui ha parlato il commissario Dalli. Il nostro Paese, pertanto, rivestirà un ruolo importante.

Desidero sottolineare che tale risultato è stato conseguito non perché il commissario Dalli abbia in qualche modo appoggiato l'Italia, ma proprio perché egli con le sue doti di equità ha fatto in modo che anche la cultura mediterranea potesse emergere.

Ringrazio di cuore il commissario Dalli per tutto questo e anche per la grande collaborazione che grazie a lui esiste tra il nostro Paese e la Commissione europea.

PRESIDENTE. Prima di concludere i nostri lavori la senatrice Boldi, presidente della 14<sup>a</sup> Commissione del Senato della Repubblica, vuole dare un segno della nostra stima all'onorevole commissario europeo Dalli.

BOLDI (*LNP*). Commissario Dalli, con un po' di galanteria, il presidente Tomassini permette a me di consegnarle un libro sul Senato della Repubblica per ricordare la sua visita – spero la prima di moltissime altre – presso il nostro Parlamento al fine di proseguire questa splendida collaborazione.

La ringraziamo infinitamente per la disponibilità. (*Applausi*).

PRESIDENTE. Ancora una volta, a nome mio e dei Presidenti delle Commissioni riunite e congiunte di Camera e Senato, ringrazio l'onorevole commissario europeo Dalli per il prezioso contributo. Ringrazio anche il ministro Fazio e tutti i deputati e i senatori intervenuti.

Dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 9,20.*