



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 8

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

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

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

340<sup>a</sup> seduta: martedì 26 giugno 2012

Presidenza del vice presidente GRAMAZIO

**I N D I C E****Audizione di esperti**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 11	CRICELLI . . . . .	Pag. 3, 6, 9
BAIO ( <i>Per il Terzo Polo:ApI-FLI</i> ) . . . . .	5, 10	RIMONDI . . . . .	4, 7, 8 e <i>passim</i>
COSENTINO ( <i>PD</i> ) . . . . .	7		
FOSSON ( <i>UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-</i> <i>MRE-PLI-PSI</i> ) . . . . .	8, 9, 10		

---

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

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza dell'Associazione Public affairs, il dottor Claudio Cricelli, presidente e il dottor Francesco Conti, tesoriere, ed in rappresentanza dell'Assobiomedica, l'ingegner Stefano Rimondi presidente, la dottoressa Fernanda Gellona direttore generale e la dottoressa Angela Deni dell'area relazioni istituzionali.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di esperti**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio sanitario nazionale ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili, sospesa nella seduta del 14 giugno scorso.

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

È oggi in programma l'audizione dei rappresentanti dell'Associazione *Public affairs*, il dottor Claudio Cricelli, presidente, e il dottor Francesco Conti, tesoriere, e dei rappresentanti di Assobiomedica, l'ingegner Stefano Rimondi, presidente, la dottoressa Fernanda Gellona, direttore generale, e la dottoressa Angela Deni, dell'area relazioni istituzionali.

Cedo quindi la parola ai nostri ospiti.

CRICELLI. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringraziamo per questa audizione, nella quale intendiamo portare un contributo in relazione alla patologia diabetica, anche contestualmente all'attuale situazione, sia sul piano delle trasformazioni del Servizio sanitario nazionale, sia sul piano delle modifiche che verranno apportate in tale campo.

Vogliamo innanzitutto sottolineare l'esigenza per gli operatori sanitari, per i cittadini e per le aziende, di avere un quadro di riferimento di maggiore chiarezza rispetto alla *impasse* che si è determinata su alcuni punti fondamentali. Occorre sapere esattamente quali saranno gli scenari relativamente alle cure disponibili per i cittadini di questo Paese nell'immediato futuro, in maniera molto pragmatica e laica, visto che tutti siamo perfettamente consapevoli delle particolari circostanze e contingenze. Siamo altresì consapevoli di essere nel mezzo di un percorso durante il

quale si sono registrate moltissime indecisioni. Abbiamo già sottolineato, per esempio, per quanto riguarda la patologia diabetica, la difficoltà di comprendere quali saranno i modelli di cura che potremo permetterci di applicare.

Ci sono, ovviamente, degli interlocutori nel Paese che devono gestire la carenza di risorse, tuttavia il primo punto che dobbiamo sottolineare di fronte a questa Commissione è il principio che la carenza di risorse non può in alcun modo bloccare determinati percorsi. È vero che lavorare in termini di sviluppo e di innovazione in un momento di crisi economica è particolarmente difficile, ma riteniamo che si debbano scegliere strade e affermare regole che consentano comunque l'innovazione, senza bloccare il Paese e limitare la disponibilità di nuove soluzioni di cura soltanto a causa della crisi economica. È questo un punto fondamentale, a mio avviso, che, in rappresentanza della Associazione *Public affairs* intendiamo affermare.

In secondo luogo, probabilmente oggi ancor più di prima, è indispensabile una collaborazione più stretta delle componenti della società civile; occorre facilitare i rapporti tra le componenti professionali, che si fanno carico della cura delle persone, e le istituzioni pubbliche. Infatti, se non riusciamo a favorire il dialogo (la missione fondamentale della Associazione *Public affairs*) corriamo il rischio di trovarci di fronte ad un dialogo tra sordi, per cui le decisioni vengono assunte esclusivamente all'interno di logiche di tipo economico e regolatorio. Dobbiamo fare in modo che nei rapporti tra professioni sanitarie, tra coloro che devono gestire il Servizio sanitario nazionale e coloro i quali, come l'Agenzia del farmaco, si trovano a dover governare le risorse, non ci siano compartimenti stagni. Questo è, invece, esattamente ciò che è successo in gran parte negli ultimi anni.

Raccomandiamo in questa audizione che si riparta con un cammino non solo di merito, ma anche di metodo, ossia che si apra un confronto nella società civile tra tutti i portatori di interessi, sia dal punto di vista medico, dell'erogazione delle cure, sia dal punto di vista del risparmio delle risorse, che in gran parte può e deve gravare sugli operatori sanitari. Infatti, soprattutto in un settore come questo, vi è stata una particolare sofferenza.

Credo di aver esposto i concetti fondamentali, ma nel corso della discussione potremo entrare nel merito di altre questioni.

*RIMONDI.* Vi ringrazio per la possibilità che ci è data di esprimere il punto di vista di Assobiomedica sulla situazione di questa importante patologia. Noi conosciamo benissimo l'importanza sociale, oltre che sanitaria, del diabete e soprattutto delle sue complicanze. Si tratta di una patologia che attualmente assorbe molte risorse e sulla quale, credo, siamo in grado di apportare, come aziende e industrie del settore, una notevole dose di competenza.

L'innovazione, per quanto riguarda i dispositivi per l'automonitoraggio e per l'infusione, è in evoluzione continua e ha consentito di mettere a

disposizione dei pazienti strumenti sempre migliori per una gestione ottimale della terapia. Riteniamo che ciò sia estremamente importante, perché sappiamo che la *compliance* del paziente nell'osservanza della terapia è un elemento fondamentale per ottenere risultati terapeutici importanti ed evitare le maggiori complicanze.

Oltre ad essere in grado di supportare costantemente un'innovazione tecnologica di prodotto, che si traduca anche in facilità e appropriatezza d'uso da parte dei pazienti, ci poniamo il problema di fare sì che questa innovazione possa raggiungere la maggiore parte possibile di pazienti. In Italia esiste un sistema universalistico di cura del diabete e vi sono linee guida cliniche nazionali che garantiscono sicuramente un ottimale trattamento della patologia. Quello che attualmente possiamo ancora osservare, però, è che la traduzione delle linee guida nazionali in sistemi organizzativi e gestionali a livello delle singole Regioni non è sempre ottimale. Per mettere tutti cittadini nelle stesse condizioni, auspichiamo che si arrivi a veri e propri protocolli gestionali, che permettano di mettere a disposizione, uniformemente, a livello nazionale tutti gli strumenti che oggi la tecnologia offre, anche in termini di controllo di appropriatezza della spesa. Chiaramente, infatti, le differenze gestionali si traducono anche in differenze di costi per il Servizio sanitario nazionale. Siamo del parere che la massima trasparenza e appropriatezza nella gestione di questi costi sia un impegno comune anche per le nostre industrie. Da questo punto di vista stiamo mettendo a punto una serie di ricerche, studi e valutazioni, che intendiamo tradurre in una proposta su cui sarebbe per noi estremamente interessante avere un confronto.

Per quanto riguarda la tecnologia, crediamo che oggi sia il sistema di monitoraggio sia i sistemi di microinfusione rappresentino un livello di avanzamento estremamente significativo, ma non pensiamo di essere arrivati all'ultimo stadio; riteniamo infatti che la ricerca e lo sviluppo possano portare ad ulteriori innovazioni e benefici per i molti pazienti affetti da questa patologia.

BAIO (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*). Ringrazio i nostri esperti per la loro esposizione. Vorrei entrare nel merito della proposta che faceva il presidente di Assobiomedica, che ha parlato di protocolli gestionali. In alcuni convegni relativi alla patologia diabetica in cui voi siete stati presenti, mi è sembrato di scorgere anche altre proposte (e vorrei sentire la vostra opinione al riguardo): per esempio, l'individuazione di un'agenzia nazionale simile a quella che oggi esiste per il farmaco, ossia l'AIFA, che permetta di avere un controllo di qualità non solo *ex post* ma anche *ex ante* per i presidi e i dispositivi, perché i fatti di cronaca che si sono verificati dimostrano che quella fatta oggi *ex ante* è una verifica di carattere burocratico, che porta sul mercato dei dispositivi che si sono rivelati dannosi sia per i cittadini che per le finanze pubbliche. Mi riferisco al dispositivo per l'autocontrollo della glicemia che è stato distribuito in una ASL campana, che rilevava il tasso di glicemia con un valore altissimo. Solo quando più persone affette da diabete sono arrivate in pronto soc-

corso (e non alla prima persona arrivata in pronto soccorso) ci si è resi conto che il sistema di autocontrollo non dava un valore reale. È solo un esempio, però trattandosi di patologia diabetica l'aspetto dell'autocontrollo (così com'è emerso dalle audizioni che abbiamo svolto finora, ma ne eravamo già a conoscenza) è importantissimo. Così come per il diabetico il farmaco è vitale, l'autocontrollo è essenziale per l'assunzione del farmaco vitale.

Vorrei quindi conoscere il vostro parere in merito all'ipotesi di istituire un'agenzia che permetta di immettere sul mercato prodotti solo ed esclusivamente di qualità, con l'individuazione anche di criteri cui attecnersi, posto che attualmente esiste, se non erro, un nomenclatore, che tuttavia non è sufficiente per attestare l'aspetto della qualità, che invece per noi è essenziale.

*CRICELLI.* Riteniamo che il problema dei dispositivi sia fondamentale in questo tipo di patologia. Alcuni dati (che però non sono aggiornati al mese di giugno) indicano come, a differenza di altri Paesi, la spesa per la terapia farmacologica del diabete sia grossomodo equivalente alla spesa per i dispositivi, il che è un'anomalia tutta italiana; credo ci si aggiri intorno ai 450 milioni. Il problema è che, nella maggior parte dei casi, questi dispositivi non sono quelli di cui parlava il presidente di Assobiomedica. Non si tratta cioè di un investimento in dispositivi innovativi, ma di una spesa in *stick* per l'automisurazione della glicemia e in apparecchi molto semplici, che vengono acquistati in grande quantità e spesso al massimo sconto. È esattamente il problema che sottolineava la senatrice Baio.

È chiaro che non stiamo ragionando in termini di qualità dell'assistenza e ciò è tanto più grave in quanto la patologia diabetica rappresenta ormai di fatto un paradigma centrale all'interno delle patologie croniche del Paese. Tutte le soluzioni che riusciamo a trovare sono funzionali non soltanto allo specifico di questa patologia, ma rappresentano un modello che poi può essere implementato anche in altre patologie. Noi siamo dell'idea che si debba andare ad una discussione franca (era quello di cui parlavo nell'introduzione: il cambiamento delle regole), che metta insieme sia gli operatori sanitari che coloro i quali dispensano questi dispositivi, che – vorrei ricordare – in questo momento sono sottratti anche alla potestà prescrittiva dei medici, nel senso che esistono degli automatismi che in alcune Regioni sono fortemente legati ad accordi con i farmacisti.

Io ho sempre sostenuto che occorre rivedere profondamente il fenomeno per cui si cambiano spessissimo i lettori di glicemia; a causa dell'indisponibilità degli *stick*, il paziente ne ha spesso tre o quattro con un'assoluta ridondanza. Purtroppo in questo Paese non siamo riusciti ad avere una penetrazione forte di altri strumenti; per esempio, abbiamo visto lavorare alcune forze professionali sull'*holter* glicemico, un apparecchio che in Italia di fatto non esiste. Ritengo pertanto questa indicazione assolutamente corretta. Ritengo altresì che, proprio in un momento di grande crisi economica, si debba rinunciare pregiudizialmente al concetto di massimo sconto, perché una protesi dell'anca cinese che costa 300 euro non può

essere paragonata sul piano della qualità (sto invadendo un campo che non è mio, ma stiamo parlando di politica sanitaria, non di prodotti) ad una protesi ben più sofisticata. Va individuato esattamente il bisogno di quel paziente specifico; questo è governo clinico.

Sappiamo anche che questa situazione non è affatto omogenea su tutto il territorio nazionale. È chiaro che l'agenzia renderebbe più omogenee le regole in materia e questo probabilmente è l'elemento fondamentale. Vi sono infatti Regioni in cui si applicano delle modalità di selezione e di acquisto di dispositivi molto equilibrate, in cui si distinguono gravità e fabbisogni, e altre Regioni in cui invece si va al massimo sconto, sempre e comunque.

*RIMONDI.* Ringrazio la senatrice Baio per la domanda che ha posto. Crediamo che, al di là della definizione dello strumento (l'agenzia può essere uno strumento, ma non necessariamente l'unico), è indispensabile che vengano definiti a livello nazionale oltre alle linee guida per il trattamento della patologia diabetica anche i requisiti minimi indispensabili per poter accedere al servizio. La valutazione *ex ante*, a nostro avviso, è fondamentalmente legata alla valutazione del clinico. Mi ricollego al discorso che veniva fatto in precedenza circa il fatto che spesso oggi il clinico non può determinare quella che è la scelta più appropriata della terapia e degli strumenti attraverso i quali questa terapia viene fornita al paziente. È chiaro che un meccanismo di acquisizione che sia esclusivamente basato sulla gara al massimo ribasso o che addirittura porti ad eliminare la specificità delle esigenze del paziente e ad uniformare tutte le forniture ad un minimo comune denominatore (parlo di potenziali gare tipo CONSIP), riduce la politica di rifornimento del Servizio sanitario nazionale ad un prodotto omogeneizzato che vada bene per tutte le situazioni.

I problemi che abbiamo di fronte sono due. In primo luogo, il rischio che una politica tutta basata sull'abbattimento del costo di un prodotto fondamentale come questo porti all'introduzione sul nostro mercato di prodotti non adeguati. Da questo punto di vista, a nostro avviso, è il clinico che deve impedire che il paziente venga curato con prodotti non adeguati. È opportuno, in secondo luogo, impedire che venga eliminato quanto la tecnologia mette a disposizione in termini di differenziazioni della terapia grazie a tecnologie che tengano conto delle diverse peculiarità, consentendo una personalizzazione dei prodotti in considerazione delle specifiche esigenze dei pazienti. Crediamo pertanto che una politica di acquisti riferita a requisiti stabiliti a livello nazionale e perseguita sotto la responsabilità del clinico, ovviamente con il controllo degli istituti amministrativi e con una chiara responsabilità clinica, rappresenti l'antidoto migliore all'immissione sul mercato di prodotti non adeguati. Ritengo che questa sia la definizione più efficace del controllo *ex ante* rispetto a quello *ex post*, che – concordiamo – ha creato dei problemi.

*COSENTINO (PD).* Vorrei una precisazione su un punto particolare delle considerazioni svolte dal presidente di Assobiomedica. Quando il

dottor Rimondi parla di «clinico» intende riferirsi all'operatore del singolo reparto ospedaliero o ad una eventuale commissione clinica che in sede regionale, valutate le varie esigenze e opportunità, sappia esprimere una valutazione che possa essere di orientamento per la Regione?

*RIMONDI.* La risposta è proprio questa. Quando parlo di «clinico» intendo riferirmi a quella competenza clinica, che si può articolare attraverso un coordinamento a livello ministeriale o regionale, capace di dare al sistema di acquisizione dei beni la garanzia di fondare la potenziale scelta di acquisto su una fascia di prodotti precedentemente valutati sulla base di una precisa responsabilità clinica. Evidentemente, quindi, non riferivo il termine al singolo operatore ma al complesso delle competenze esistenti, che ci consentono di impedire l'immissione sul mercato di prodotti non adeguati al nostro livello sanitario.

*FOSSON (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI).* Vorrei tornare a quanto detto dal dottor Cricelli. Se all'orizzonte dell'intera gestione del sistema sanitario c'è una carenza ormai endemica di risorse e nessuno vuole effettuare tagli in casa propria, è necessaria una visione globale del fenomeno. Questa mattina, al convegno della Fiaso, il presidente Tomasini, da esperto qual è, ha esordito affermando in maniera corretta che il nostro è un grande Servizio sanitario nazionale, ma le possibilità di economizzare e tagliare nei vari settori ci sono sempre.

Molto correttamente, nel suo secondo intervento, lei ha parlato di sprechi nell'utilizzo di alcuni presidi da parte dei diabetici. Ritengo, appellandomi al senso di responsabilità di tutte le associazioni, che nel momento in cui si arriva a discutere di questi temi – e proprio perché l'efficienza nel trattamento di questa patologia, modello di tante altre, non deve essere diminuita – vi si giunga con una indicazione chiara di come e dove si può razionalizzare la spesa. Infatti, se ciascuno di noi ritiene di dover razionalizzare solo nella casa dell'altro non andremo da nessuna parte.

Sono contrario all'istituzione di un'agenzia specifica sul diabete, altrimenti troppo ne dovremmo aprire. Non possiamo pensare che una patologia, pur così complessa, debba avere un trattamento disgiunto da quello di altre. D'altronde – e questa mattina l'intervento del dottor Moirano al convegno della Fiaso è stato davvero significativo – quanto sta facendo negli ultimi anni l'Age.Na.S potrebbe concretizzarsi nell'istituzione di un'agenzia che valuti il singolo problema sanitario inserendolo in un contesto di equità sia rispetto a tutte le altre patologie sia, in termini di trattamento, rispetto a tutte le altre Regioni.

La mia richiesta è che tutte le associazioni professionalmente significative avanzino ipotesi di razionalizzazione della spesa indicando i segmenti nei quali è possibile tagliare. Il rischio, diversamente, è il ricorso ai tagli lineari, che non hanno alcun senso perché intervengono appunto in maniera lineare senza incidere sugli sprechi effettivi.



*CRICELLI.* Sugli elementi di merito relativi a questa specifica patologia abbiamo acquisito più conoscenze che non rispetto ad altre patologie. Infatti, tra tutte le patologie sociali questa è stata la prima ad avere una legge *ad hoc* ed è quella alla quale si dedica più attenzione anche dal punto di vista della collaborazione interprofessionale. Non è mai esistito un totale consenso delle componenti professionali, mediche e non mediche, sulle modalità di intervento per il paziente diabetico, dalla prevenzione alla cura. Siamo già alla seconda o terza tornata di linee guida sul diabete, sottoscritta da tre associazioni italiane (SID, AMD e SIMG) e riteniamo che uno dei principali elementi di razionalizzazione – a parte l'esigenza specifica di non sprecare qualche decina di milioni di *stick* glicemici o apparecchi, in una vana rincorsa all'ultima novità offerta dal mercato – possa essere individuato nella necessità di mettere ordine nei ruoli dei professionisti. Stimiamo che le difficoltà di applicazione della maggior parte degli interventi capaci di ridurre la spesa e restituire un ordine compiuto al modo di intervenire dipendano dal fatto che le famose linee guida emanate tre anni fa, alla presenza del ministro Fazio – e nelle quali si diceva che ciascun operatore si doveva occupare di un aspetto evitando che alcuni problemi appartenenti alle cure primarie andassero ad intasare le cure secondarie nonché i centri per la cura e la lotta al diabete – sono rimaste lettera morta. Solo questo avrebbe assicurato un'estrema razionalizzazione delle risorse.

Ritengo inoltre che lo stesso impiego delle risorse debba essere soggetto non soltanto alle linee guida, ma anche a regole comportamentali. Il medico italiano non è in grado di controllare il circuito dei dispositivi di basso livello – Assobiomedica mi perdonerà se li definisco in questo modo, ma mi riferisco a quelli di primo impiego, ai dispositivi per l'automisurazione del diabete – che si inseriscono all'interno di logiche che non toccano nemmeno il medico. Costui, al massimo, deve insegnare al paziente come effettuare il monitoraggio della glicemia. Tutto il resto però è al di fuori del suo controllo ed entra nel circuito delle protesi e dei dispositivi degli uffici delle ASL, ognuna delle quali procede in maniera diversa.

Occorre pertanto una razionalizzazione, anche se in realtà – lasciatemelo dire – si tratta semplicemente dell'applicazione di una regola già esistente, che comporta la definizione di modalità di comportamento e di divisione dei compiti tra medici, onde controllare alcuni fenomeni, che si verificano proprio perché non abbiamo il coraggio di dire che questi rappresentano delle criticità, degli autentici problemi. Solo così è possibile metterli sul tavolo e affrontarli per cercare di individuare una soluzione. Il paradosso è che in questo Paese i medici sono disponibili a fare un simile ragionamento. Trent'anni fa si diceva che la corporazione dei medici non era disponibile. Oggi invece fotografiamo una situazione caratterizzata da una straordinaria volontà di aderire a delle regole.

*FOSSON (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI).* Sono d'accordo con lei. Nel nostro Paese mancano i controlli. Lei parlava di protesi,

ma quando una protesi dell'anca in porcellana in una ASL costa 100 euro e nell'altra costa 50, è chiaro che qualcosa non funziona.

BAIO (*Per il Terzo Polo: ApI-FLI*). Per questo serve un'agenzia dei presidi e dei dispositivi.

FOSSON (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Esiste già l'Age.Na.S. Possiamo creare tutto quello che vogliamo, ma quando la Fiaso afferma che nel Lazio ci sono 32 servizi di emodinamica e solo sei sono attivi h24, mentre alcuni non arrivano neppure a fare 50 interventi di disostruzione, il discorso è chiaro. Non dobbiamo creare nuovi organismi. Bisogna intervenire su questo aspetto, come diceva il senatore Gramazio giorni fa. Occorre che i tagli non siano lineari. Possiamo creare tutte le agenzie che vogliamo, ma ci diranno le stesse cose. Lei si è espresso molto correttamente. Per me la soluzione è sempre stata quella del federalismo fiscale, con l'applicazione dei costi *standard*. Bisogna vedere come si concretizzerà la *spendig review*.

RIMONDI. Sono due cose complementari.

FOSSON (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Se la sua Associazione predispone, con competenza, un piano di razionalizzazione il politico non può non tenerne conto e se non lo fa alla fine interviene la Procura della Repubblica. Se si utilizzano protesi dell'anca della stessa qualità ma una Regione le paga 50 e un'altra 100, non credo che ciò dipenda da problemi di trasporto. Forse in Valle d'Aosta, ma non in altre Regioni.

RIMONDI. Devo assolutamente dissociarmi dall'idea di *low profile* tecnologico dei prodotti di cui stiamo parlando: quando è disponibile un'alta tecnologia i prodotti *low profile* dovrebbero essere fuori dal mercato.

Mi rifaccio a quanto diceva il senatore Fosson: tutte le associazioni dovrebbero presentarsi di fronte a questi problemi con proposte che permettano di razionalizzare. Non sentirà mai la nostra associazione parlare di tagli, perché attualmente abbiamo un rapporto ottimale a livello mondiale tra il costo del Servizio sanitario nazionale e le sue *performance*. Crediamo, quindi, nella razionalizzazione, ma non nei tagli. In ciò siamo confortati dal fatto che queste stesse parole sono sostenute dal ministro Balduzzi e in questo ci riconosciamo.

Tornando al merito di ciò di cui abbiamo parlato oggi, dobbiamo affrontare il problema di conciliare due aspetti fondamentali: da una parte, l'adeguatezza, la qualità e la capacità di personalizzazione della terapia e, dall'altra, la trasparenza, l'appropriatezza e la congruenza dei meccanismi di acquisizione. La nostra proposta, che formulo nuovamente e sulla quale vorremmo arrivare ad una definizione vera e propria e a un confronto, è di conciliare questi due aspetti attraverso la definizione di procedure nazio-

nali di prescrizione e distribuzione dei dispositivi e dei farmaci e la previsione di meccanismi di controllo che traducano le linee guida cliniche omogenee – che ci sono già – in linee guida gestionali a livello territoriale, che automaticamente eliminino le discrepanze, le anomalie e i fenomeni di spreco ed inappropriata che si verificano.

Una definizione nazionale di prescrizioni garantite minime risolverebbe, a nostro avviso, questo non facile problema di conciliazione.

PRESIDENTE. Ringrazio i soggetti auditi per il contributo offerto ai lavori della Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,05.*

