



**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 1

**BOZZE NON CORRETTE**

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

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA  
SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI SUGLI INDIRIZZI  
PROGRAMMATICI DEL SUO DICASTERO IN MATERIA DI  
SANITÀ

4<sup>a</sup> seduta: giovedì 5 giugno 2008

Presidenza del presidente TOMASSINI

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

**I N D I C E****Comunicazioni del ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Sacconi  
sugli indirizzi programmatici del suo Dicastero in materia di sanità**

|                                                                                   |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| PRESIDENTE . . . . .                                                              | Pag. 3, 15, 23 e <i>passim</i> |
| BOLDI ( <i>LNP</i> ) . . . . .                                                    | 23                             |
| GHIGO ( <i>PdL</i> ) . . . . .                                                    | 15                             |
| MARINO Ignazio Roberto Maria ( <i>PD</i> ) . . . . .                              | 18                             |
| PORETTI ( <i>PD</i> ) . . . . .                                                   | 23                             |
| SACCONI, ministro del lavoro, della salute e<br>delle politiche sociali . . . . . | 3, 18                          |

*Intervengono il ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Sacconi e il sottosegretario di Stato per lo stesso Dicastero Fazio.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Comunicazioni del ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Sacconi sugli indirizzi programmatici del suo Dicastero in materia di sanità**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le comunicazioni del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali sugli indirizzi programmatici del suo Dicastero in materia di sanità.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta sia l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, sia la trasmissione radiofonica 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 seguito dei lavori. Della seduta odierna sarà redatto anche il resoconto stenografico.

Rivolgo un saluto al ministro Sacconi e al sottosegretario Fazio: la loro presenza in questa sede è molto gradita. Così come avevano richiesto i membri della Commissione, il Ministro esporrà gli indirizzi programmatici del suo Dicastero in materia di sanità.

Cedo senz'altro la parola al ministro Sacconi.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Signor Presidente, colleghe senatrici e colleghi senatori, illustrerò alcune linee guida dell'attività del Dicastero per una legislatura che si profila con caratteri di stabilità e quindi consente – credo – di proiettare in un arco temporale quinquennale la nostra azione, in considerazione anche dei notevoli problemi di carattere strategico che la materia solleva.

Prima di tutto, però, vorrei fare una premessa con riferimento al Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali perché, al di là delle osservazioni che sono state formulate a questo riguardo dalle associazioni, da alcune categorie o segmenti di categoria, mi hanno colpito le osservazioni che sono emerse in seno allo stesso Parlamento. Ho avuto modo di rispondere al senatore Marino con una lettera aperta al quotidiano «la Repubblica», ma voglio farlo nella sede propria, non solo con riferimento alla più facile risposta che mi verrebbe da riproporre a voi, quella di una decisione che – come sapete – nasce per atto di un Governo di centro-sinistra, su proposta dell'allora ministro Bassanini, d'intesa con il Ministro della salute.

Ho avuto modo di raccontare come un mio amico di vecchia data mi abbia un giorno dottamente convinto dell'utilità di un'unica direzione politica per queste funzioni; questo amico è Umberto Veronesi, che a me, lavorista un po' scettico, offriva robusti argomenti di carattere scientifico e di carattere politico a sostegno della tesi dell'unicità della direzione politica di queste Amministrazioni.

Non mi voglio ovviamente limitare a questa facile replica che potrebbe valere tutt'al più per il Palazzo. Penso piuttosto alle preoccupazioni di coloro i quali, in buona fede, pensano che questo possa comportare una minore attenzione rispetto al primario obiettivo della tutela (diffusa, equa e di ottima qualità) della salute dei cittadini.

Credo che in questa stagione della vita del nostro Paese possa essere importante una fase nella quale la direzione politica si configuri nei termini dell'attuale Dicastero. Questo per varie ragioni, una delle quali attiene alla visione di un moderno modello sociale che ritengo debba essere definito all'inizio di questa legislatura, e mi auguro definito non soltanto come atto di una maggioranza autosufficiente, ma, al contrario, come atto quanto più condiviso nel Parlamento e, spero, anche nella società.

Dobbiamo ripensare il nostro modello sociale; questo modello in tutta Europa, ove più ove meno, è stato concepito con caratteristiche risarcitorie, per cui l'intervento ha assunto caratteri assistenziali, potremmo dire anche paternalistici, ha riguardato il ciclo di vita, dalla culla alla tomba, quasi sempre configurando interventi segmentati sui singoli bisogni, nel momento in cui questi si manifestavano. È un modello che conosciamo perché ne sperimentiamo, nel bene e nel male, nei momenti migliori e nei momenti peggiori, tutte le caratteristiche. Penso che oggi sia proponibile un modello di tipo significativamente diverso, che in questi anni si è in qualche misura già affermato, per fortuna, ma che dovrebbe essere compiutamente assunto.

Proporrò innanzitutto a voi, cioè al Parlamento in primo luogo, un «Libro verde» molto concentrato (un libro, come dicevo oggi in un'intervista, di una quindicina di pagine, per chiarirne le dimensioni) sul modello degli analoghi strumenti utilizzati dalla Commissione europea. Il «Libro verde» è uno strumento per definizione aperto, che parte da alcune premesse e rivolge agli interlocutori alcuni interrogativi per raccogliere opinioni e cercare alla fine di costruire un modello compiuto. Certo, in esso troverete l'ipotesi che mi accingo sommariamente a descrivere, ma – come ho detto – mi auguro che questa possa essere implementata attraverso una fase, per quanto rapida, di confronto.

L'ipotesi è quella di un *Welfare* delle opportunità, un *Welfare* che interviene nel ciclo di vita operando per rafforzare l'autosufficienza della persona in modo da prevenire il formarsi del bisogno nella fase successiva della vita stessa. Questo *Welfare*, quindi, si fonda sulla capacità di offrire continuamente opportunità a cui corrispondono, o devono corrispondere, responsabilità della persona destinataria. È un *Welfare* che conserva un carattere universale, ma che ovviamente deve saper coniugare la caratteristica dell'universalità con quella della personalizzazione e anche della se-

lezione dell'intervento, perché i bisogni non si presentano in modo uguale in tutte le persone. Sono bisogni che hanno una loro gerarchia e che devono essere affrontati non più in modo segmentato o, meglio, non attraverso azioni segmentate, ma intervenendo sulla stessa antropologia della persona.

Questo pone la necessità di una direzione politica unitaria che voglia operare per la riconfigurazione del nostro modello sociale secondo una definizione che troverete in testa al «Libro verde», quella della «vita buona» nella società attiva. La «vita buona» – come sapete – è una definizione variamente e nobilmente utilizzata da Aristotele a Sant'Agostino, che potremmo sintetizzare in «salute, lavoro, affetti, riposo». Ciò a cui mira questo modello sociale è la pretesa di offrire le condizioni perché ciascuna persona possa responsabilmente godere di una complessiva «vita buona», di un benessere, così sinteticamente definibile, nel contesto della società attiva; e società attiva, purtroppo, noi oggi lo siamo in misura assolutamente insufficiente.

La società attiva si configura per alti tassi di natalità, alti tassi di scolarizzazione, di apprendimento continuo, di mobilità sociale, di occupazione, e purtroppo è quello che in questo momento non siamo: la nostra non è una società attiva.

Il concetto di società attiva ha molte valenze ai fini dello specifico tema della salute. Lo stesso «Libro verde» della Commissione europea stabilisce un nesso doveroso, ormai acquisito, fra salute e prosperità economica, ma nel concetto di «società attiva» c'è qualcosa di più che la prosperità economica. L'attività significa possibilità per la persona di esprimere, lungo tutto l'arco della vita, il proprio potenziale.

Queste potranno sembrare definizioni un po' ambiziose, retoriche, scontate, probabilmente, ma non lo sono non solo se confrontiamo la visione e l'ambizione di questo nuovo modello sociale con la realtà di cui oggi disponiamo, ma anche se poi consideriamo meno prosaicamente le conseguenze di una società poco attiva com'è la nostra sulla sostenibilità del modello sociale stesso.

La nostra è una società con bassi tassi di natalità – con condizioni quindi di squilibrio demografico –, bassi tassi di apprendimento (stando ai dati contenuti nel rapporto PISA dell'OCSE) e, nonostante le riforme prodotte nell'ultimo decennio (mi riferisco alle riforme Treu e Biagi), con bassissimi tassi di occupazione, con fenomeni di esclusione che riguardano in misura significativa alcuni segmenti sociali, dai giovani a gran parte delle donne, a quelli che vengono chiamati impropriamente anziani, gli *over 55*, i quali hanno in realtà un'aspettativa di vita di circa trent'anni, e che ciò nonostante vengono esclusi. I tassi di inattività sono purtroppo in crescita, come ci rivela il rapporto annuale dell'ISTAT presentato nei giorni scorsi.

Il primo intervento possibile per realizzare un modello sociale sostenibile è allargare la base dei contribuenti, cioè di coloro che lavorando concorrono a sostenere il modello sociale stesso. Inoltre, come abbiamo

detto, una società attiva è ragionevolmente una società nella quale è più agevole prevenire il formarsi di una qualsiasi condizione di bisogno.

Una prima fondamentale esigenza su cui operare è che la direzione politica unitaria, almeno nella fase in cui si riterrà di mantenerla, possa far condividere quanto più possibile, in un Paese che mi auguro trovi maggiore coesione, questo modello sociale, che costituisce un riferimento entro il quale poi la dialettica politica e la dialettica sociale hanno modo di esprimersi: la coesione non le annullerebbe, ma le collocherebbe in un quadro quanto più condiviso possibile. Ritengo che oggi vi siano le condizioni per una larga condivisione, perché poi questo modello funzioni da termine di riferimento per le scelte che via via compiremo e per le incertezze che potremo avere rispetto alle opzioni che ci si presenteranno.

La seconda ragione è la struttura della nostra spesa sociale: rinuncio a riproporvi i dati che parlamentari esperti come voi conoscono, ma ricordo soltanto che la composizione della nostra spesa sociale si colloca leggermente al di sopra della media dei Paesi OCSE dell'Unione europea se includiamo l'istruzione, leggermente al di sotto di essa se la escludiamo (senza considerare per ora gli aspetti qualitativi) e che la sua composizione è manifestamente squilibrata. Vi è un'evidente ragione di squilibrio in favore della spesa previdenziale, che costituisce oltre il 60 per cento della spesa sociale al netto dell'istruzione; l'eccesso della spesa previdenziale concorre a comprimere la risposta a vari bisogni o la capacità di prevenirne la formazione. Certamente, la spesa più specifica per la salute, che si colloca leggermente al di sotto delle medie che possiamo considerare come riferimento (quella dell'Unione e quella dell'OCSE), è in parte penalizzata dal peso eccessivo della spesa previdenziale. Anche se questa Commissione non se ne occuperà, potrà cogliere il nesso di una competenza che mi vedrà impegnato quanto meno a stabilizzare la spesa previdenziale: temo che gli interventi normativi anche recenti che su di essa sono stati prodotti non abbiano generato una sua stabilità, essendo sottoposta (forse ormai possiamo dire un po' meno della spesa sanitaria) alle pressioni soprattutto di carattere demografico. Ritorneremo, a tale proposito, al concetto di società attiva o a uno dei suoi aspetti più rilevanti.

Bisogna dunque intervenire sulla composizione della spesa riequilibrandola, sapendo come tutto questo accada anche con forti criticità all'interno delle diverse componenti della spesa sociale, che insistono sulla qualità della spesa previdenziale, sul modo in cui essa è organizzata e distribuita. Compito di questa Amministrazione è comunque determinare un riequilibrio, oltre che un miglioramento del rapporto tra costi e benefici per il complesso di tali spese.

La spesa sanitaria desta preoccupazione non solo per il presente, ma soprattutto per le tendenze che sono state variamente analizzate e considerate: nel corso del 2007 il *deficit* del Servizio sanitario nazionale, che tocca i 3,2 miliardi a fronte dei 102 miliardi di spesa, si colloca in una dimensione apparentemente controllata, ma in realtà nel 2007 non scontiamo alcune variabili, come ad esempio l'imputazione degli oneri contrattuali per il biennio 2006-2007. Ancor più, però, ci preoccupa la tendenza

di medio-lungo termine della spesa, che tutti gli osservatori ipotizzano possa più che raddoppiare al 2050, in assenza di politiche correttive, di politiche di riequilibrio che agiscano, ad esempio, sull'andamento demografico (di cui però conosciamo i tempi lunghi, anche nelle ipotesi migliori).

La spesa sanitaria è influenzata da fattori negativi come lo squilibrio demografico, ma anche da fattori tendenzialmente positivi, come l'innovazione prodotta dalla ricerca, anche se in questo caso si ripropone un profilo di appropriatezza che appare ancora largamente irrisolto.

C'è però un aspetto che desidero segnalare con molta forza nelle caratteristiche di questa spesa e soprattutto nel rapporto costi-benefici: la profonda lacerazione esistente fra Nord e Sud del Paese; in seno alle nostre pratiche troviamo il meglio e il peggio (tenendoci nell'ambito dei Paesi industrializzati). Troviamo probabilmente le esperienze migliori: mi riferisco non soltanto alle eccellenze, ma alla qualità sistemica che riscontriamo in alcuni territori; e troviamo probabilmente il peggio, anche in questo caso con riferimento non alle eccellenze specialistiche, ma alla qualità complessiva dei sistemi.

Quindi, vi è una profonda lacerazione. È interessante notare, a tale riguardo, che le tabelle che considerano la spesa articolata per Regioni, sotto diversi parametri, ci dicono (ma lo sappiamo) che il problema non risiede in una carenza di mezzi; anzi, spesso a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti. Lo testimonia, del resto, la mobilità dal Sud verso il Nord alla ricerca di quei servizi che nel territorio di provenienza non sono disponibili, con l'effetto che gli stessi possono essere pagati anche il triplo, considerando gli erogatori privati.

In primo luogo, quindi, credo che si ponga un problema di rigoroso controllo della spesa, in funzione di obiettivi non solo quantitativi ma anche qualitativi. Sotto questo profilo, il punto di partenza è rappresentato, ovviamente, dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e, se vogliamo, dal connesso tema delle liste di attesa.

Per quanto riguarda i LEA, personalmente li definirei un *benchmark*, un termine di riferimento, per comprendere i livelli qualitativi dei servizi in tutte le aree territoriali, nell'ambito di tutte le aziende. Su queste basi, credo che dovremmo affrontare (e subito, anche per una scadenza di cui poi vi dirò) il tema di una più robusta cabina di pilotaggio, una «cabina di regia» che non può non essere nazionale e che non può non vedere la più stretta collaborazione tra il Governo e le Regioni. L'esperienza dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ASSR), che è via via diventata strumento di autogoverno delle Regioni, non corrisponde in questo senso allo scopo, per come oggi è organizzata. Abbiamo bisogno, invece, di una cabina di regia il più possibile condivisa. Conto, quindi, nei prossimi giorni di avviare sul tema uno stretto confronto con le Regioni, a partire, se me lo consentite, da quelle più forti, più robuste, nelle quali si riscontrano le buone pratiche, perché questa odiosa frattura tra le migliori e le peggiori pratiche non può non sollecitare una maggiore capacità di

esportazione e contaminazione di quelle migliori verso le situazioni che appaiono intrappolate, invece, in pratiche viziose.

La cabina di regia (che per ora voglio definire non tanto in termini formalistici quanto, soprattutto, in termini sostanziali) dovrebbe avvalersi di un *benchmark* rappresentato, da un lato, dai LEA e dal loro continuo aggiornamento in tutti i loro contenuti, corrispondenti sempre più a quel modello sociale cui prima facevo riferimento; dall'altro, da due elementi (qualitativo e quantitativo) attinenti al monitoraggio. Sul piano qualitativo, infatti, il controllo deve essere continuo, professionale, esperto e deve consentirci, in un tempo il più possibile reale, di verificare lo scostamento, rispetto ai LEA, dell'effettiva condizione dei servizi sociali e sanitari nelle diverse aziende. Sul piano quantitativo (è uno strumento di cui già disponiamo, o meglio ne dispone il Ministero dell'economia, ma deve essere parte integrante di questa operazione, attraverso gli *advisor* contabili che sono stati impiegati), il riferimento è a un controllo il più possibile reale sulle dinamiche della spesa.

Avere a disposizione un *benchmark* di riferimento e due strumenti che tra loro devono essere letti, ovviamente, in modo integrato (da un lato, il controllo finanziario, di gestione contabile; dall'altro, la possibilità di verificare continuamente quello che ho definito lo scostamento rispetto al *benchmark* che ci siamo dati) può consentire a mio avviso un pilotaggio molto più stretto, condiviso, tale da non viziare il nostro assetto istituzionale, ma assolutamente importante se si vuole allo stesso tempo predisporre una capacità delle Regioni rispetto all'appuntamento che già entro l'anno, credo, il Parlamento dovrà affrontare: mi riferisco all'attuazione del federalismo fiscale, che, come è noto, interessa largamente la spesa sanitaria. Anzi, la spesa sanitaria e la relativa politica sono il metro su cui costruire il federalismo fiscale.

L'idea su cui poggia il federalismo fiscale (la richiamo in questo momento in maniera assolutamente semplificata) è in sostanza la seguente: qualunque sia la capacità impositiva di una Regione, fatta pari a 100 la dotazione di servizi corrispondenti da un lato ai LEA e dall'altro ai costi *standard*, devono essere garantite entrate proprie o derivate dal fondo perequativo pari a 100. Qualunque Regione deve avere garantite queste entrate. Ovviamente, a questo parametro dei costi *standard* si arriverà in modo graduale e non all'improvviso, il giorno dopo il varo del nuovo regime; ma il superamento della spesa storica non solo è fondamentale per la coesione nazionale (un paradigma che vorrei sottolineare, quale parte della coesione sociale: credo che avvertiamo tutti, al Nord come al Sud, a destra come a sinistra, questo tema), ma soprattutto serve alle popolazioni delle aree più debolmente servite per innescare meccanismi virtuosi di responsabilità. Diversamente, si manterrà un circolo vizioso di cui conosciamo bene i risultati.

Ragionevolmente il federalismo fiscale si sosterrà, nel solco delle misure con cui stiamo cercando di sostenere il «Patto per la salute», attraverso alcune deterrenze. La prima di esse è l'innalzamento della pressione fiscale a livello locale. Immaginiamo, sempre riferendoci a quel parametro

di base pari a 100, che fino a 120, o comunque fino a una certa soglia di scostamento, scatti un inasprimento della pressione fiscale locale come prima deterrenza, quale forma di federalismo fiscale. Ovviamente, oltre quella determinata soglia, il federalismo diventa odioso, diventa una forma assurda di punizione nei confronti di cittadini che, magari, non hanno neppure votato quegli amministratori. Laddove si vada oltre quella soglia di scostamento si dovrà lavorare, credo, a un'ipotesi che possiamo definire di fallimento politico, cioè di commissariamento dell'intero istituto regionale e quindi di consegna dei libri non al tribunale, come nel fallimento civilistico, ma agli elettori e alle elettrici, e – a parte alcuni profili di costituzionalità a questo riguardo – penso che politicamente gli amministratori falliti non siano ricandidabili. Dobbiamo pensare a meccanismi di deterrenza di questo tipo.

In fondo, il «Patto per la salute» ha già prefigurato, così come i patti che lo hanno preceduto a partire dal 2001, l'inasprimento della pressione fiscale fino ad una certa soglia e poi, in termini che non sono assoluti ma relativi, i piani di rientro. È ovvio che se un'amministrazione eredita una determinata situazione della quale non porta tutta la responsabilità, ciò che è lecito chiederle è di rientrare, di seguire un percorso virtuoso. In fondo, i nuovi amministratori sono stati eletti proprio per quello, per sostituire coloro che avevano fatto male prima, e quindi devono intraprendere un percorso virtuoso, non caricandosi di tutto ciò che si è sedimentato nel tempo. Come sapete, ci troviamo già di fronte ad alcune situazioni che mostrano queste caratteristiche e devo dirvi, in tutta franchezza, che commetteremmo un errore se, di fronte a tali situazioni, rispetto ai patti liberamente sottoscritti dal Governo e dalle Regioni in via generale, ma anche in via specifica con i piani di rientro, dessimo l'idea che le deterrenze poi non funzionano.

Credo che commetteremmo un errore – ripeto – in quella specifica situazione e commetteremmo un errore per l'intera tenuta di quella che ho chiamato coesione nazionale attraverso il Piano stesso.

Come sapete, per quanto riguarda alcune situazioni, abbiamo ereditato, oltretutto, l'innescio del procedimento da parte del presidente del Consiglio Prodi e del ministro dell'economia Padoa-Schioppa. Stiamo verificando i conti; oggi non vi sottopongo conclusioni relative a tali situazioni, che sono oggetto di osservazione e di confronto in sede tecnica. Dico soltanto: guai se si facesse finta di nulla nel momento in cui un piano, liberamente e responsabilmente negoziato, non viene poi osservato nel percorso che è stato ipotizzato.

Allora, mi permetto di considerare inevitabile proprio la prospettiva del federalismo fiscale, e al riguardo vedo – per fortuna – esercitarsi tutti, maggioranza e opposizione. D'altronde ricordo che nella scorsa legislatura il Governo Prodi arrivò alla soglia della presentazione di un disegno di legge; c'era già un'ipotesi concordata con tutte le Regioni a questo proposito. Quindi non partiamo dal nulla; ciò che ho sommariamente descritto corrisponde all'ipotesi d'intesa sul federalismo fiscale vero e proprio che il ministro Lanzillotta aveva lodevolmente condotto quasi al punto

d'arrivo. Partiamo, quindi, da qualcosa che già è stato predisposto ampiamente, e oggi sento maggioranza e opposizione condividere l'esigenza di maggiore responsabilizzazione della spesa degli enti regionali e locali.

Quindi, a maggior ragione – e torno al concetto che esprimevo poc'anzi – abbiamo bisogno di innescare subito una gestione molto più robusta, centrale, condivisa da Stato e Regioni, della riorganizzazione dei servizi, della spesa, della resa che i servizi stessi dovrebbero garantire corrispondentemente ai LEA. Una forte razionalizzazione della spesa e una sua maggiore resa dovrebbero consentirci non solo all'interno delle singole aziende sanitarie di operare per risultati migliori, e come tali percepiti, ma, anche all'interno della complessiva spesa per la salute, di effettuare un riorientamento verso gli obiettivi del *Welfare* delle opportunità, dell'*empowerment* della persona, del *Welfare* volto a prevenire il formarsi del bisogno.

Segnalo due grandi priorità nella riqualificazione della spesa, che corrispondono a quel modello di *Welfare*: la prevenzione e la ricerca (ricerca e innovazione). Per quanto riguarda la prevenzione, la necessità di operare per stili di vita adeguando il Piano nazionale a ciò dedicato e che viene a scadenza con l'anno in corso, questa Amministrazione vuole ricollegarsi all'attività del ministro Sirchia che aveva dato molto rilievo alla politica della prevenzione. Una politica che mantiene ferma la libertà delle persone di avere stili di vita che ragionevolmente conducono a una situazione di bisogno, ma che, pur mantenendo ferma tale libertà, adotta regole che cerchino di scoraggiare e di disincentivare quanto più possibile scelte di quel tipo. Credo sia stata sacrosanta la politica contro il fumo e la regolazione che ne è derivata e che sia stato meraviglioso il grado di recepimento da parte della nostra società (lo ricordo ai molti che esprimevano scetticismo ovunque per questi interventi).

Non entro nel dettaglio dei contenuti della prevenzione, ma faccio presente che occorrerà un significativo incremento di questi interventi. Segnalo i cinque obiettivi principali: prevenzione delle malattie croniche; prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro, di vita e di cura; prevenzione del disturbo mentale; prevenzione del rischio infettivo; salute orale. Credo che queste possano essere considerate le linee guida di un nuovo piano per la prevenzione.

Chi come me si occupa da tempo della salute e della sicurezza nel lavoro, quando guarda le statistiche constata che quasi il 60 per cento degli infortuni nel lavoro avviene su strada, tra quelli cosiddetti *in itinere* e quelli per svolgimento di attività lavorativa sulla strada (sommando i due dati). Ciò non attenua la gravità del problema, ma consente di ricordarci le caratteristiche che esso presenta e quindi la rilevanza, che d'altronde le statistiche ci segnalano, della prevenzione degli incidenti stradali. Anche a questo riguardo, si tratta di riprendere politiche già avviate.

Per quanto concerne la ricerca (il professor Fazio sta lavorando molto a questo proposito, e non solo), la nostra intenzione è soprattutto quella di riunire e razionalizzare, quanto più possibile, le risorse che diverse Amministrazioni, in modo particolare la nostra e quella del Ministero dell'istru-

zione, università e ricerca, dedicano alla ricerca biomedica. Stiamo indagando anche la possibilità di utilizzare strumenti nuovi, se riusciamo a identificarli, tali da garantire una migliore efficienza.

Si ripropone, anche in questo caso, il problema di una migliore concentrazione della spesa verso obiettivi che, in quanto più concentrati, dovrebbero garantire esiti maggiori della dispersione (dico una banalità che si riproduce in tutte le caratteristiche della nostra ricerca). A questo proposito, avizzeremo proposte, mi auguro, efficaci.

Voglio fare una considerazione molto breve per quanto attiene agli altri enti di cui disponiamo. Ho già fatto prima un accenno all'Agenzia nazionale; come ho detto, vorremmo ripensarla in modo assolutamente concordato con le Regioni. Vedremo se e in che misura occorre toccare aspetti istituzionali o se è sufficiente la comune volontà politica e l'azione attraverso la leva amministrativa.

Per quanto riguarda l'Agenzia italiana del farmaco, come sapete ho incaricato subito, su proposta del professor Fazio e dell'onorevole Martini, una commissione d'indagine ministeriale che ha avuto il compito di garantire immediatamente un'informazione certa con riferimento all'ipotesi che potessero circolare farmaci imperfetti, e quindi con potenziale danno per la salute. A questo proposito, la Commissione ha dato risposte alle nostre richieste nel giro di una settimana, ma in realtà ci ha dato risposte anche giorno per giorno, perché con insistenza abbiamo chiesto e ottenuto le prime garanzie che non esistono in circolazione farmaci che possano definirsi «imperfetti», nel senso di recare danno alla salute.

Abbiamo però dato un'altra disposizione immediata affinché l'Agenzia, anche attraverso una opportuna riallocazione di risorse, garantisca una tempestiva evasione di tutte le pratiche in essere relative all'adeguamento delle schede informative sull'uso dei farmaci, essendo oltretutto la sua stessa operatività oggetto privilegiato d'indagine da parte della stessa magistratura per reati di carattere colposo. Opero tale distinzione perché lo fa esplicitamente la stessa magistratura rispetto a profili di carattere doloso che tutt'al più ci interessano come sintomi di eventuale inefficienza. La commissione d'indagine ministeriale sull'AIFA, in tempi più ristretti rispetto ai tre mesi inizialmente previsti, già tra la fine di giugno e l'inizio di luglio ci darà gli elementi per valutare quale eventuale riorganizzazione attuare nel rapporto tra l'Agenzia e il Ministero (l'amministrazione diretta) e nei suoi modi di organizzazione interna, affinché la catena di comando, un' agile autonomia e responsabilità nell'ambito delle sue diverse branche di attività, la sua dotazione di personale possano essere opportunamente razionalizzati.

È poi ovviamente mia intenzione dare quanto più valore possibile all'Istituto superiore di sanità. Non sono ancora in grado di dirvi se occorranno interventi di carattere strutturale, anche se al momento non sembrano necessari; si tratta di calibrare bene la *mission* dell'Istituto riconducendola, rispetto a qualche dispersione, alla funzione che è più tipica e rispondente alle finalità istitutive dell'ente stesso.

Credo poi che sia doverosa una rivisitazione del rapporto fra pubblico e privato, sia dal lato dell'offerta, sia da quello della domanda. Per quanto riguarda l'offerta, dovremo cercare di individuare, sempre d'intesa con le Regioni, criteri di tariffazione che sappiano premiare il più possibile la qualità negli stessi erogatori privati ed evitare che i meccanismi adottati determinino, anche nel caso dell'erogatore privato, il protrarsi di condizioni di inefficienza: l'erogatore privato dovrebbe, per definizione, più flessibilmente e rapidamente adattarsi ai criteri di efficienza richiesti dalla dorsale pubblica, ma si ha la percezione che in alcuni casi questo non accada. Si tratta quindi di un problema reale, e lo strumento della tariffazione appare quello più idoneo per premiare l'efficienza, per disincentivare l'inefficienza e per orientare verso caratteristiche dimensionali e qualitative utili a fare di tali erogatori quel complemento della essenziale funzione pubblica che devono essere.

Dal punto di vista della domanda, credo che dovremmo guardare con attenzione alla crescita quotidiana di forme di autoorganizzazione della domanda che concorrono anche a stimolare un «mercato» competitivo dal lato dell'offerta. Ho osservato, ad esempio, con molta attenzione un contratto che per un lavorista come me rappresenta sempre un riferimento fondamentale, quello dei metalmeccanici, nell'ambito del quale si è assistito al determinarsi di una forma mutualistica; quindi non vi è solo la più robusta tradizione di contratti come quelli dei chimici e dei farmaceutici, con lo strumento di cui da tempo si sono dotati, ma è significativo che vi sia una diffusione positiva di forme di autoorganizzazione della domanda che si aggiungono alle forme assicurative più individuali e più tradizionali.

A mio parere, dovremo quanto più possibile incoraggiare, forse anche attraverso un migliore impiego della leva fiscale, la crescita di strumenti della bilateralità tra le parti sociali a ciò dedicati, parti sociali che già si esercitano nella bilateralità con un analogo strumento: quello della previdenza complementare. Come sapete, la bilateralità è una strumentazione libera e responsabile delle parti, che non si può in alcun modo ricondurre nell'area pubblica, perché è una strumentazione che le parti liberamente e responsabilmente decidono di adottare, cui possiamo guardare con favore perché attiene anche a una cultura collaborativa delle relazioni industriali.

Faccio infine un'osservazione per quanto riguarda la medicina generale e le farmacie, due realtà che hanno caratteristiche per molti aspetti diverse, ma che concorrono, o almeno dovrebbero, a irrobustire il presidio dei servizi socio-sanitari sul territorio. Sono in corso di riesame le relative convenzioni: mi auguro che si determini una condizione di incremento qualitativo del contenuto della convenzione, e mi sembra che ve ne siano tutte le condizioni da entrambi i lati della negoziazione. Sul versante della medicina generale, credo che se vogliamo ridurre la pressione sulla ospedalità occorra realizzare servizi più compiuti; ad esempio, ritengo vi siano oggi tutte le condizioni per pensare a un'anamnesi gestita attraverso un agevole supporto informatico che accompagni la persona dal momento del ricovero a quello del *follow up*, con la garanzia per il paziente di es-

sere seguito dallo stesso medico nelle fasi successive al ricovero. Occorre poi affrontare il problema dell'assistenza nel fine settimana, perché la malattia non si ferma nel *week-end*.

Ho letto un documento molto interessante da parte della categoria; credo che ci siano tutte le condizioni per implementare in modo molto più evoluto la relativa convenzione.

Le stesse considerazioni valgono per le farmacie. Personalmente, non credo nella deregolazione delle modalità di distribuzione: probabilmente tali modalità debbono essere in alcuni casi semplificate e rese più efficienti, ma il concetto di appropriatezza, voi mi insegnate, implica l'esigenza di una distribuzione professionale. Penso che si possa riflettere sui modi di distribuire farmaci *Over-the-counter* (OTC), ma allo stesso tempo ritengo che la rete delle farmacie possa e debba diventare ancor più una rete di presidi di carattere socio-sanitario sul territorio.

Recentemente ho avuto la fortuna di partecipare alla conferenza stampa di presentazione della «Giornata nazionale del sollievo», e quindi di tornare a ragionare sulle terapie del dolore relative, in particolare, alla fase finale del ciclo vitale, ove questo risulta poi essere il problema principale. Per inciso, ho avuto occasione di occuparmene anche dal punto di vista lavoristico, almeno per le persone affette da patologie oncologiche, per quanto riguarda la loro possibilità di continuare un rapporto di lavoro, avendo il diritto di passare ad un rapporto di lavoro a tempo parziale: sono infatti le uniche alle quali riconosciamo il diritto unilaterale di passare ad un rapporto di lavoro a tempo parziale, pur di rimanere nell'ambito del mercato del lavoro.

Tornando alle farmacie, penso sia opportuno irrobustire il contenuto della convenzione, in modo da rafforzarle come presidi parasanitari nel territorio.

Vorrei esporvi, infine, (anche se vi sarebbero altre sollecitazioni ma, per non dilungarmi troppo, mi riservo di rispondere in conclusione alle questioni e alle richieste che vorrete pormi) una ulteriore valutazione del Governo. Siamo in una fase nella quale non posso dire di più della manovra economica che pure, lo sapete, stiamo anticipando alla conclusione del mese di giugno. La manovra economica incorporerà il DPEF: le condizioni della crescita ci impongono questo gioco di anticipo, che però avrà l'ambizione di una proiezione triennale, tale poi da ridurre i documenti di bilancio ad una, pur importante, rimodulazione dei capitoli e delle grandezze finanziarie. Ma le norme sostanziali viaggeranno con provvedimenti ordinari che saranno sottoposti all'esame del Parlamento nel mese di luglio. Di più in questo momento – ripeto – non posso dire. Ovviamente, il Parlamento verrà non solo tempestivamente informato, ma ad esso verranno sottoposte le proposte che riterremo di presentare, rispetto alle quali oggi ho solo indicato quelle premesse da cui muoviamo per interventi che, come ho detto, già con i provvedimenti di giugno non saranno di breve periodo, ma vogliono essere pluriennali, anche se evidentemente il controllo dalla spesa si impone, e richiederà interventi anche nel breve termine.

Un'ultima comunicazione. Sono tre i Sottosegretari impegnati ai quali ho già assegnato le deleghe, che ho firmato già da alcuni giorni e che diventeranno operanti subito dopo la registrazione da parte della Corte dei Conti. In sintesi, il professor Fazio ha la delega per la programmazione sanitaria, la ricerca, le politiche della salute, con l'eccezione del Fondo sanitario nazionale, e quindi del rapporto con le Regioni, tema su cui mi sono dilungato, che è affidato invece all'onorevole Francesca Martini, già assessore della Regione Veneto. L'onorevole Eugenia Roccella, invece, cura i temi che potremmo definire eticamente sensibili (un'espressione molto opinata e opinabile, ma che uso per intenderci), in particolare i profili della procreazione.

Ovviamente, mi auguro che il Parlamento vorrà esprimere le sue valutazioni anche in riferimento a questi ultimi temi. Su di essi, mi limito a fare due considerazioni molto rapide.

Per quanto riguarda la legge n. 194 del 1978, sull'interruzione volontaria di gravidanza, la nostra intenzione è quella, attraverso un rafforzamento dello strumento di monitoraggio di cui disponiamo, di sollecitare la piena applicazione di una legge che ci sembra non essere stata compiutamente applicata. Prima di ipotizzare modifiche della stessa, credo sia doveroso adoperarci per la sua compiuta attuazione. Non entro in questo momento nel dettaglio; lo farò, eventualmente, nella replica. Mi limito a ricordare alcune problematiche specifiche in questo ambito, come quella delle donne immigrate, nelle quali il tasso di abortività si rivela tre volte più alto di quello tra le italiane, come pure il ricorso a pratiche clandestine.

Ho detto dell'esigenza generale di monitorare e regolare più efficientemente l'applicazione della legge in tutte le sue parti, quindi dagli articoli 1, 2, 3, 4 e 5, che paiono quelli meno implementati, all'articolo 6, per il quale non raccogliamo sufficienti informazioni. A tale riguardo (mi riferisco sempre all'articolo 6), sarebbe a mio avviso opportuna l'acquisizione di tutto ciò che può concorrere a verificare l'interruzione di gravidanza in relazione alle rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro quando queste determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della madre: si tratta di verificare gli esiti anche *a posteriori*, per valutare la corretta applicazione dell'articolo 6.

Per quanto riguarda la legge n. 40 del 2004, in materia di procreazione medicalmente assistita, vi è un problema di carattere giuridico-formale che ovviamente ha dietro di sé un profilo sostanziale. Io devo guardare anche al profilo giuridico-formale: lo ritengo un atto di rispetto nei confronti del Parlamento. Mi riferisco ovviamente alla *vexata quaestio* degli interventi diagnostici preimpianto a cui possono attribuirsi finalità eugenetiche. A tale riguardo, vorrei ricordare che l'interpretazione della legge nel senso di non consentire ciò fu alla base dell'iniziativa referendaria, e che fu unanime la lettura della legge, per ragioni opposte, di quelli che la dividevano e di coloro che non la dividevano in quel senso.

È paradossale che oggi si ritenga da parte di alcuni, anzi da parte del Ministro predicente, che ha varato le linee guida, che la legge consenta ciò

che i referendari chiedevano invece di permettere, non ritenendo che la legge lo consentisse.

Credo, più in generale, che debbano essere rafforzate le politiche sanitarie di prevenzione dell'infertilità e della sterilità e promossa la ricerca sulla crioconservazione dei gameti. Quindi, per quanto riguarda le linee guida, stiamo facendo una rigorosa verifica a tale proposito che ritengo non potrà che condurre a un intervento correttivo.

PRESIDENTE. Ringraziamo il Ministro per la sua ampia ed esauriente esposizione sul programma di Governo, in relazione ai temi di competenza della Commissione.

Onorevoli colleghi, prima di passare ai vostri interventi, per l'economia dei nostri lavori, vi do alcune informazioni. I tempi e gli argomenti non sono assolutamente contingentati, se non a termini di Regolamento, però il Ministro ha la inderogabile necessità di lasciare i nostri lavori alle ore 15,45.

Molti sono i colleghi che hanno chiesto di parlare; chi non ha la possibilità di farlo ora, potrà intervenire nella prossima seduta cui rinverò la prosecuzione del dibattito. Ovviamente, sarà cura di chi deve ancora prendere la parola essere presente in quella circostanza, altrimenti si intenderà che vi abbia rinunciato. Al Ministro sarà data, in conclusione del dibattito, ampia possibilità di chiarire e replicare.

GHIGO (*PdL*). Vorrei ringraziare il ministro Sacconi e il sottosegretario Fazio per la loro presenza in Commissione e constatare, con un segno particolare di apprezzamento, che il Ministro ha voluto rappresentarci, in relazione al fatto che questa sarà una legislatura, presumibilmente, di lunga durata – come ha giustamente sottolineato – una prospettiva, un'analisi e una proposta strategica concernenti il sistema salute del nostro Paese.

I temi toccati sono molti. Mi soffermerò su alcuni che riguardano in modo più specifico il meccanismo di sostenibilità finanziaria del sistema sanitario nel nostro Paese, perché è un tema, a mio modesto parere, di importanza strategica, come testimoniano anche i dati che il Ministro ci ha fornito in relazione agli indici di invecchiamento della popolazione, all'andamento della spesa nel nostro Paese, al rapporto con le Regioni. Il Ministro, infatti, ha sottolineato che sullo stanziamento per l'anno 2007 si registra un disavanzo di 3,2 miliardi di euro, a fronte di uno stanziamento di 102 miliardi. Oltretutto, il nostro Paese, in questi ultimi sette-otto anni, ha fatto uno sforzo ciclopico per adeguare la spesa a sostegno del Fondo sanitario agli indici europei. Oggi siamo al 6,7 per cento del Prodotto interno lordo (è un dato disaggregato rispetto a quello fornito dal Ministro, che comprende la previdenza e l'istruzione, però mediamente, per l'anno 2007, si è speso – ripeto – il 6,7 per cento del PIL).

È pur vero che nel corso di questi anni ci siamo adeguati a una percentuale di Prodotto interno lordo equivalente a quella dei principali Paesi della Comunità europea; d'altro canto, bisogna constatare che proprio in

questi ultimi anni sia la Francia sia la Germania hanno fatto un ulteriore salto in avanti e spendono mediamente l'uno per cento in più del Prodotto interno lordo.

Inoltre – questo è un dato di macroeconomia che il Ministro può insegnare a tutti noi – abbiamo un altro elemento contingente di negatività congiunturale, ossia che il nostro Paese non cresce dal punto di vista del Prodotto interno lordo. Il *deficit* di stanziamento nei confronti del Fondo sanitario si aggrava ulteriormente rispetto agli altri Paesi europei, in relazione, invece, a una crescita che è incrementale. Nel corso degli ultimi dieci-quindici anni abbiamo avuto un incremento di circa 15-16 miliardi di euro.

A questo elemento – ed è l'aspetto che giudico maggiormente positivo nella relazione del signor Ministro – devono far fronte scelte di tipo strategico, di prospettiva, di riforma del sistema, perché se il sistema rimane quello che tutti noi pratichiamo quotidianamente, nell'arco di qualche anno sicuramente non saremo più in grado di finanziarlo.

Ci sarà la legge finanziaria; abbiamo già percepito lo sfioramento di 3,2 miliardi di euro, ma non dimentichiamoci che ci sono gli anni 2006 e 2005. È vero che in parte abbiamo coperto i disavanzi con il famoso «decreto salvadebiti» (il decreto-legge n. 23 del 2007) nei confronti delle Regioni inadempienti, ma è una goccia nell'oceano dei disavanzi. Stimo, attraverso una superficiale conoscenza del mondo delle Regioni, che ad oggi il disavanzo reale sul Fondo sanitario superi tranquillamente i 10 miliardi di euro, perché c'è anche un andamento sommerso di disavanzo che nelle trattative con il Ministero non emerge, però esiste. A forza di nascondere i disavanzi sotto il tappeto, prima o poi, nelle alchimie della gestione dei fondi sanitari nelle singole Regioni, la criticità emergerà. Soprattutto non mi sembra che ci siano segnali concreti di inversione di tendenza in questo meccanismo di incremento della spesa (ora non posso toccare tutti gli argomenti, ma sono tutti estremamente interessanti, a partire dai LEA), per cui abbiamo questo elemento di fortissima criticità.

Oltretutto vi è una cesura netta tra le pratiche positive e quelle negative: il Ministro lo ha ricordato. Come Governo, dovete assumere una decisione importantissima su cosa fare nei confronti della Regione Lazio e della Regione Abruzzo. Delle posizioni di mediazione per certi versi sarebbero anche comprensibili: non possiamo immaginare – abbiamo dei colleghi laziali – che un cittadino laziale si veda aumentata di dieci punti l'IRPEF sulla sua dichiarazione dei redditi per sanare il disavanzo. Il meccanismo perverso porta a quelle cifre, non porta ad un incremento marginale dell'aliquota IRPEF; si deve aumentare l'IRPEF e l'IRAP a copertura complessiva del disavanzo. Potete immaginare cosa questo rappresenti: metteremmo i cittadini laziali nella condizione di venirci a cercare in giro per l'Italia, e non possiamo certo arrivare a una situazione del genere.

Questa criticità si interseca in maniera ineludibile con il discorso del federalismo fiscale, perché tutti gli aspetti prodromici della discussione sul federalismo fiscale – tra modello lombardo, modello veneto, modello del Sud, fondo perequativo – fanno riferimento a modelli teorici sui quali le

Regioni hanno anche trovato dei punti d'incontro (questo è un elemento molto positivo), ma devono essere esplicitati. Bisogna cominciare a mettere le mani (lo dico ad una persona che fa del pragmatismo una delle sue caratteristiche principali: è una nota a piè di pagina nei confronti del signor Ministro, non è una *captatio benevolentiae*, ma è quello che penso veramente) anche nello sviluppo del federalismo fiscale che si interseca – come ho detto – in maniera ineludibile con il finanziamento del Fondo sanitario. Per ora stiamo parlando di modelli teorici, stiamo affermando che dovremmo essere tutti più bravi, che le Regioni del Sud dovrebbero comportarsi come le Regioni del Nord, magari dimenticando che le Regioni del Sud hanno un 30 o 40 per cento in più di dipendenti. Cosa facciamo: li mandiamo a casa? Come li stipendiamo, a quali funzioni li destiniamo?

Sono tutte domande alle quali prima o poi, facendo i conti, si dovrà dare delle risposte, perché il fondo perequativo o il meccanismo che sembra oggi emergere nell'attuazione del federalismo fiscale, quello di valutare i livelli essenziali non sulla spesa storica, ma sul valore reale del servizio, è sicuramente un buon meccanismo. C'è anche il meccanismo di immaginare che, una volta pagati i livelli essenziali, le risorse che rimangono vengono distribuite secondo l'efficienza e le prospettive di crescita delle Regioni, o anche il modello a geometria variabile (prima parte una Regione, poi le altre, secondo un meccanismo di rincorsa positiva). Sono tutti aspetti che indubbiamente, nella discussione sul federalismo fiscale, dovremo approfondire con dei modelli attuativi. Resta però il fatto che, da questo punto di vista, il sistema del finanziamento – oltre a tutti gli aspetti di tipo sanitario, etico e quant'altro – è uno degli elementi.

Come ricerchiamo l'efficienza nel sistema sanitario? Riteniamo veramente che sia sufficiente dire che bisogna chiudere i piccoli ospedali, che bisogna razionalizzare i reparti (sono argomentazioni che abbiamo disquisito in questi anni in un'infinità di circostanze) o riteniamo invece che si debba cambiare (cosa che ho intravisto nelle considerazioni che lei, signor Ministro, ha fatto, e per questo esprimo un giudizio molto positivo sulla sua relazione) la strategia d'impostazione del nostro sistema del *Welfare*?

Diversamente, se non ci poniamo un obiettivo così ambizioso, non faremo altro che rincorrere di nuovo per i prossimi anni il confronto con quelle Regioni che hanno disavanzi per cercare il modo di limitarli, istituendo meccanismi vessatori nei confronti di quei Presidenti di Regione che ereditano situazioni di disavanzo che sotto la loro amministrazione non solo non migliorano, ma a volte addirittura aumentano. Si tratta di considerazioni soggettive che occorre valutare con molta cautela, di concerto con il Ministero delle finanze, che nella gestione del rapporto con le Regioni ha indubbiamente un ruolo fondamentale.

Tralasciando un'infinità di altri argomenti, considero molto positivo l'approccio nei confronti del settore privato che lei ci ha rappresentato; altrettanto innovativa e significativa è la questione che lei ha posto dei medici di base e delle farmacie. Certamente, uno dei temi che dovremo mettere sul tavolo è quello dell'appropriatezza non solo dal punto di vista

delle prestazioni sanitarie, ma nel senso di mettere il personale medico nelle condizioni di esercitare tale appropriatezza: anche questo è un problema di cui rincorriamo e sollecitiamo la soluzione, tentando di imporla con determinati protocolli ma poi, quando al medico di base si presenta il cittadino che chiede, invece del generico, il farmaco di marca, oppure dieci prescrizioni diagnostiche invece di due (che sarebbero, obiettivamente, come tanti protocolli dimostrano, sufficienti) il sistema entra in crisi, perché va in sovrapproduzione, alla rincorsa di una domanda che nel mondo sanitario sappiamo essere anelastica, nel senso che più si offre, più si consuma.

Ho voluto porre in evidenza questi aspetti che sono a me particolarmente cari, ma che ritengo essere centrali, altrimenti si rischia di affrontare la questione con molte variabili, senza mettere a fuoco il cuore del problema. Il nostro è un sistema universale che dà risultati eccellenti, che ci vengono riconosciuti in tutto il mondo. Il problema del nostro sistema oggi è che non siamo più in grado di sostenerlo; di conseguenza dovremo tentare, nei cinque anni di legislatura che abbiamo davanti (e credo nelle sue parole di aver constatato tale intenzione), di operare alcune modifiche al sistema per renderlo sostenibile.

SACCONI, *ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Vorrei completare la mia esposizione con un concetto che avevo tralasciato, al quale però tengo: preoccupato degli aspetti strutturali, ho trascurato il fattore umano, che è determinante ai fini del buon funzionamento del sistema. A tale proposito, se ho citato la medicina di base, ho dimenticato la dirigenza medica: vorrei soltanto dire che ho provveduto a integrare il Comitato di settore con il sottosegretario Francesca Martini al fine di accelerare quanto più possibile la stipula del contratto collettivo il cui negoziato, come molti di voi sanno, si sta molto esercitando su uno scambio anche attinente agli orari di lavoro. Non entro nel merito, che è di competenza dei negoziatori, ma siamo fortemente interessati a che esso si concluda rapidamente. In generale – lo dico anche alla luce della mia formazione lavoristica – penso sia sempre un errore definire i contratti successivamente alla loro scadenza; quindi la stessa riforma del modello contrattuale dovrà servire a evitare questa situazione. Stiamo comunque guardando con attenzione a questo negoziato, che è un tassello della più generale attività di riqualificazione della dirigenza medico-ospedaliera alla quale vogliamo dedicarci.

MARINO Ignazio Roberto Maria (PD). Vorrei innanzitutto ringraziare il Ministro per la sua relazione. Desidero poi formulare una serie di osservazioni, iniziando da quella di maggiore attualità, visto che ne abbiamo discusso questa mattina anche in Assemblea. Ho letto con attenzione e ho compreso la risposta del Ministro in relazione alla questione del Ministero della salute: dal suo punto di vista, ha spiegato razionalmente per quale motivo ritiene che non sia in questo momento necessario un Ministero della salute; lo ha spiegato per iscritto e lo ha spiegato oggi

qui a noi, però personalmente ne esco confuso, in quanto lo stesso Governo questa mattina in Assemblea ha preso l'impegno, con l'accoglimento di un ordine del giorno, a ripristinare un autonomo Ministero della salute. Poiché lei, Ministro, evidentemente è membro del Governo, rimango piuttosto confuso rispetto a queste due visioni che sono diverse. Da un lato, c'è l'affermazione che vada ripristinato il Ministero della salute, impegno preso solennemente dal Governo in Commissione affari costituzionali e in Assemblea con l'accoglimento di un ordine del giorno; dall'altro, c'è la posizione – assolutamente legittima – che lei ci ha spiegato qui oggi, per la quale invece in questo momento non esiste questa necessità. È evidente che una posizione esclude l'altra, e per questo rimango abbastanza confuso.

Ripeto, avendo l'opportunità – che ritengo importante – di dirlo personalmente a lei, che tutti i Paesi del mondo hanno un Ministero per la salute. Il nostro è il primo Paese al mondo che fa questo esperimento in Europa e nel resto del pianeta; anche Paesi che hanno un orientamento del tutto privatistico, come gli Stati Uniti, ritengono che una figura di coordinamento centrale sia necessaria ed opportuna sia a livello nazionale, sia a livello internazionale, perché evidentemente la persona del Ministro è rappresentativa negli incontri internazionali che riguardano la sanità.

Ho ascoltato poi con attenzione la sua descrizione di un *Welfare* che offra continuamente opportunità, ma con responsabilità proprie della persona. In linea di principio sono sicuramente d'accordo, però è chiaro che bisogna comprendere in quale modo queste enunciazioni vengono tradotte in pratica, se in un modo che tenga conto dell'equità e della distribuzione delle risorse sul piano nazionale, soprattutto nei confronti delle persone più svantaggiate. Su questo aspetto, per ora, non mi sento di esprimere un giudizio. Ripeto: il modello di *Welfare* che lei ha descritto può essere condivisibile, ma occorre prima comprendere come sarà attuato.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria, è certamente vero che essa cresce; tuttavia, onorevole Ministro, sottosegretario Fazio, voi sapete molto bene che la sanità è uno dei pochi settori in cui il miglioramento della qualità e della tecnologia non fa diminuire i costi. Se costruiamo automobili, con il perfezionarsi della tecnologia, il costo di produzione della singola unità potrebbe anche diminuire; se inventiamo, ad esempio, l'emodinamica, che nel 1975 non esisteva, sicuramente il costo di trattamento di un paziente infartuato aumenta. Evidentemente, si tratta di un dato di fatto di cui dobbiamo tenere conto e che certamente giustifica la prospettiva, che lei ha indicato, di un raddoppio dei costi per l'anno 2050.

D'altra parte, è anche vero che dal 1978, anno in cui è stato istituito il Servizio sanitario nazionale, il disavanzo medio annuo per la spesa sanitaria è stato sempre dello 0,5 per cento. Quindi, delle due l'una: o si è sempre investito un po' meno di quanto era necessario, oppure si è speso male quello che si è investito.

Pertanto, credo – e molti di noi lo sostengono da diverso tempo – che sia necessario portare il nostro Paese verso una situazione in cui la programmazione avvenga attraverso meccanismi di valutazione che non pos-

sono che essere *super partes*. Tale valutazione, dunque, dovrebbe essere fatta da un'agenzia autonoma, unica, snella, con un ruolo e una autorevolezza tali che la portino ad entrare in una struttura nel momento in cui essa deve iniziare la sua attività (si pensi, ad esempio, ad una sala parto, ad una sala operatoria) e a controllare che tutto sia in regola, secondo le norme, non solo dal punto di vista tecnologico ma anche sul piano procedurale, verificando in sostanza l'esistenza di quei *clinical pathways* che danno sicurezza al paziente.

Non solo: ma quella stessa autorità (la si potrà chiamare in molti modi diversi) dovrebbe valutare la qualità dei risultati ed i costi, e tornare presso le varie strutture con visite non annunciate, in modo da avere una serie di indicatori tali da poter effettivamente comparare i risultati clinici nella cura dei pazienti. Secondo me, uno strumento del genere potrebbe mettere realmente in competizione il pubblico con il privato: sappiamo che in questo momento il controllo viene effettuato soltanto in alcune circostanze, nei confronti del privato, mentre nei confronti del pubblico non credo che ci siano dei controlli così rigorosi: probabilmente esistono sulla carta, ma non nella pratica. Nell'immaginare tale strumento, evidentemente, per la mia formazione, penso a modelli nordamericani, come la *Joint Commission* che esiste dal 1951, ma anche europei, come il NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) in Inghilterra, che funzionano in questo modo. Strumenti del genere sono stati introdotti anche nel nostro Paese: nella Regione Toscana esiste un modello, creato dalla Scuola superiore di Sant'Anna, con alcune centinaia di indicatori che forniscono in ogni particolare momento dell'anno una valutazione precisa dei risultati clinici ed amministrativi di ciascuna delle strutture di quella Regione. Sulla base di quei parametri (che sono numeri e dunque hanno la testardaggine, la serietà e il rigore dei numeri) si possono confrontare i risultati delle strutture e ottenere una competizione reale che in questo momento secondo me non esiste.

Quest'ultima considerazione mi porta a ragionare su un altro aspetto che lei ha sottolineato. Lei ha accennato alla differenza tra Nord e Sud, affermando che il rigoroso controllo della spesa e dei risultati deve portare anche a logiche conseguenze che lei ha riassunto nei meccanismi di federalismo fiscale e federalismo sanitario. Ha anche detto che bisognerà, in alcune circostanze, arrivare al commissariamento e addirittura a soluzioni molto severe, quali la non ricandidabilità degli amministratori che hanno fallito nei loro compiti. Ebbene, in questo momento siamo piuttosto lontani da questo tipo di scenario. Faccio un esempio che conosco, dal momento che ho avuto un confronto pubblico al riguardo poco tempo fa. Mi riferisco alla Regione Sicilia (certo, ci sono state le elezioni ed è cambiato l'assessore, ma le decisioni sono ancora quelle) dove, in un confronto pubblico, l'assessore alla sanità ha affermato che tutti gli amministratori delle ASL della Regione avevano fallito i loro obiettivi. E a fronte di tale situazione (per dirle quanto è lontana la soluzione che è stata adottata in quella circostanza rispetto a quella della non eleggibilità degli amministratori che lei ha indicato), quell'assessore ha pubblicamente affermato che il provve-

dimento che vedeva più a portata di mano era una rotazione degli stessi amministratori: quelli che avevano fallito ad Agrigento li spostava a Palermo, quelli che avevano fallito a Catania li spostava a Caltanissetta, e così via dicendo. È un po' come se io, quale responsabile di un dipartimento di chirurgia, rispetto a un chirurgo che uccide tutti i pazienti in chirurgia addominale, dicessi: da domani gli facciamo provare la toracica e vediamo se va un po' meglio. Un simile modo di procedere sicuramente non sarebbe molto apprezzato dai pazienti, come credo non sia apprezzata dai cittadini la decisione che ho richiamato. Quindi, ben vengano decisioni forti.

Tra l'altro, nella passata legislatura in questa Commissione abbiamo fornito a chi ha la responsabilità del Dicastero della salute in questo momento un altro strumento che va nella stessa direzione: mi riferisco al commissariamento, che si può già operare, nei confronti delle strutture e delle Regioni che entro il 31 gennaio 2009 risultino inadempienti nei confronti dell'attuazione della legge n. 120 del 2007, relativa all'esercizio della libera professione dei medici all'interno delle strutture pubbliche. Nel marzo 2008 abbiamo fatto una ricognizione sulle strutture che si sono messe a norma in questi mesi: ebbene, sono pochissime. Posso assicurare (il presidente Tomassini lo sa, perché ho chiesto aiuto anche a lui) che abbiamo cercato disperatamente delle strutture a Sud di Firenze, e non ne abbiamo trovata neanche una. Ripeto: neanche una! Quindi, il lavoro in questo settore è sicuramente molto vasto e in questo momento vi è già un forte ritardo, perché la scadenza fissata dalla legge, lo ricordo ancora, è il 31 gennaio 2009.

Un altro aspetto che secondo me è importantissimo e che lei, signor Ministro, ha citato è quello della prevenzione. Concordo sui cinque punti da lei enunciati: non vorrei commettere un errore, ma mi sembra che lei non abbia parlato né di alcol né di fumo.

Per quanto riguarda la ricerca, credo che sia davvero un aspetto importantissimo. Personalmente, ho riflettuto molto, e abbiamo riflettuto molto anche all'interno del Partito Democratico negli ultimi mesi sulla questione della ricerca e della spesa sanitaria. Credo che non le giunga nuova la cifra di 15,8 miliardi di euro che rappresenta, più o meno, l'ammontare degli sprechi che in questo momento esistono nella nostra sanità pubblica. A tale riguardo, da un lato dobbiamo sicuramente recuperare gli sprechi, il che può avvenire solo con una valutazione e una programmazione che tengano conto dei risultati clinici che otteniamo nelle nostre strutture; dall'altro, lei lo ha detto, dobbiamo razionalizzare le risorse per la ricerca biomedica. Ma c'è un punto che secondo me è fondamentale, addirittura centrale, ed è il modo in cui noi investiamo queste risorse, a chi diamo questi danari pubblici, questi soldi del contribuente, che debbono essere utilizzati per la ricerca. A tale riguardo noi siamo ancora in una situazione medievale, dove i fondi vengono attribuiti sulla base del cosiddetto *top-down*, cioè della negoziazione diretta tra le strutture ministeriali e gli istituti di ricerca. Questo meccanismo non esiste in nessun Paese europeo.

Il meccanismo del *top-down* non esiste in nessun Paese europeo o nordamericano perché tutti utilizzano la *peer review*, cioè il meccanismo del giudizio tra pari, che non sarà perfetto, ma è il massimo di concretezza e di trasparenza che il mondo scientifico sino a oggi sia riuscito a organizzare.

In questo momento, abbiamo soltanto una piccola somma che viene attribuita con la *peer review*, quella per i giovani ricercatori sotto i quarant'anni, che viene dal Fondo della ricerca del Ministero della salute. Si tratta in totale del 10 per cento del Fondo, quindi poco più di 40 milioni di euro; tutto il resto viene ancora attribuito con il meccanismo del *top-down*. Poco prima che lei si insediasse, gli amministrativi del Ministero della salute hanno interrotto, con una circolare, un timido tentativo di andare verso la direzione della *peer review* anche per gli altri 340 milioni di euro, e lo hanno fatto per rispetto alla subentrante autorità politica. Quindi, è evidente che anche al riguardo una decisione va presa. Come lei saprà, riviste come «*Nature*» hanno parlato fino alla settimana scorsa della situazione dell'attribuzione dei fondi del Ministero della salute nel nostro Paese e sono sicuro che sarà necessario un intervento nella direzione che tutti auspichiamo.

Ci sarebbero molti altri argomenti sui quali vorrei intervenire, ma è evidente che devo rispettare il tempo a mia disposizione. Ne cito soltanto due che reputo importanti e che sono ritenuti tali da tutta la comunità sanitaria italiana e anche dal Paese. Il primo è il meccanismo di nomina delle cariche apicali. Credo che una revisione di tale meccanismo, perché un cittadino sappia che quando entra in una struttura chi ha la posizione di primario non è l'amico del segretario del partito (e parlo di tutti i partiti), ma è la persona più competente in quella materia e in quel luogo, per cui ci si può affidare con tranquillità alle sue mani e alle sue cure, sia qualcosa che dobbiamo ai nostri cittadini. I meccanismi si possono studiare; non dico che quelli che ho descritto siano migliori degli altri, però il meccanismo della selezione che non tiene conto di nessun altro criterio che non siano le pressioni politiche non è certamente il migliore.

Infine, una questione importante – è una delle tante, però la voglio citare – è quella del rischio clinico, che dobbiamo assolutamente affrontare. Il nostro è l'unico Paese, assieme al Messico, che considera la colpa medica come una questione che deve essere di interesse penale. Questo è un argomento sul quale dobbiamo assolutamente intervenire, perché è vero che chi sbaglia deve essere punito, ma sono personalmente convinto che la maggior parte dei nostri infermieri e dei nostri medici la mattina si alza e va in ospedale non per passare la giornata con sciatteria, ma per curare le persone e intervenire. Penso siano necessari dei meccanismi diversi per i quali chi subisce un danno venga giustamente compensato e chi si dimostra incapace di fare quel lavoro sia giustamente punito, ma che occorra abbandonare il clima che si sta creando, molto simile a quello di altri Paesi, di grave conflittualità tra chi, in un momento di sofferenza, deve ricevere delle cure e chi invece quelle cure deve somministrare con competenza e con dedizione.

BOLDI (*LNP*). Ascolto sempre molto volentieri i colleghi quando intervengono. Mi rendo conto che tutti hanno molto da dire ed è giusto che la presenza del Ministro porti tutti a parlare a lungo, ma non credo che sarà l'unica occasione nella quale il Ministro sarà presente. Se tutti utilizzano mezz'ora di tempo, non finiremo più. Pregherei quindi i colleghi, d'ora in avanti, pur avendo ascoltato con molta attenzione il senatore Marino e trovando interessantissimo quello che ha detto, di fare anche queste considerazioni. Penso che in dieci minuti le questioni veramente importanti si possano affrontare.

PRESIDENTE. Senatrice Boldi, la ringrazio: la raccomandazione a contenere i tempi degli interventi ha grande valore e la rivolgo a tutti i colleghi.

PORETTI (*PD*). Ringrazio il ministro Sacconi per essere venuto in Commissione e per aver svolto una relazione davvero non scontata, con un suo fascino, che verificheremo alla prova dei fatti.

In riferimento alla parte iniziale delle sue comunicazioni, credo che la razionalizzazione e il controllo della spesa rappresentino davvero nel nostro sistema sanitario nazionale l'intervento prioritario per offrire ai cittadini e agli utenti un servizio che possa davvero definirsi di qualità; non dovrebbe più accadere che si entri in una struttura sanitaria da sani e ci si ammali o addirittura si muoia. Saranno anche questi i temi di cui dovremo occuparci visto quello che succede negli ospedali.

Intervengo, per così dire, con il cuore in mano sulla legge n. 40 del 2004, in materia di fecondazione medicalmente assistita. Lei ha affermato che si pone un problema dal punto di vista giuridico e formale. Lo dico come radicale iscritta al Gruppo del Partito Democratico: l'intervento che ha fatto con gravissimo ritardo il ministro Turco sulle linee guida era doveroso. Le linee guida andavano aggiornate ogni tre anni; purtroppo il ministro Turco lo ha fatto con un grave ritardo che porta ora anche a queste conseguenze e a questo dibattito. Quell'intervento il Ministro lo ha fatto seguendo le indicazioni e i pareri dell'Istituto superiore di sanità e del Consiglio superiore di sanità; lo ha fatto tenendo presente le sentenze dei tribunali di Firenze e di Cagliari, ancor più dando seguito alla decisione del TAR del Lazio che aveva cancellato la norma nelle linee guida laddove si vietava la diagnosi preimpianto, perché una norma secondaria non può stabilire un divieto che non è previsto in una norma primaria. La legge n. 40 non autorizza la diagnosi preimpianto, ma non la vieta.

Al di là dei tecnicismi, le ricordo che l'intervento del ministro Turco sulle linee guida ha da un lato autorizzato l'analisi preimpianto, ma dall'altro non ha autorizzato ad accedere alle tecniche di fecondazione assistita le coppie che sono portatrici di malattie genetiche. Di fatto, quindi, l'intervento riguarda soltanto coppie sterili o infertili che dovrebbero perfino essere portatrici di malattie genetiche per accedere alla diagnosi preimpianto. Credo invece che ci sia davvero bisogno di parlare di questo argomento ed eventualmente di reintervenire sulla legge. Signor Ministro,

non mandi all'estero quelle coppie che vogliono un figlio: tutti i genitori vogliono che il proprio figlio stia bene, e se oggi le tecniche consentono di avere un bambino che possa crescere sano, non credo sia un peccato ricorrere ad esse.

Il divieto non risolve il problema, ma ha il solo effetto che quelle coppie rinunciano ad avere un figlio o vanno all'estero per averlo. Applicare questo divieto – lo ribadisco – non risolve il problema. Non si sta parlando di politiche eugenetiche: queste lasciamole alle dittature come quella hitleriana. Qui si parla solo di utilizzare la medicina e la ricerca.

Convengo sul fatto che la legge n. 194 del 1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza vada applicata integralmente, ma occorre parlare anche della prevenzione, che include i metodi di contraccezione, come la pillola del giorno dopo, per la quale sarebbe auspicabile abolire la ricetta e consentire di accedervi limitatamente ai casi di emergenza.

Applicare *in toto* la legge n. 194 del 1978 vuol dire operare una verifica sul fenomeno dell'obiezione di coscienza: sono davvero tutti obiettori di coscienza i medici e gli infermieri che decidono di non eseguire gli aborti? Vi sono dei casi, come nella Regione Basilicata, dove quasi il 90 per cento dei medici non esegue questo tipo di interventi. Alle donne è davvero garantito l'accesso alla legge n. 194 in una situazione in cui due medici su dieci riescono a garantire questo servizio?

Come ha giustamente ricordato il senatore Marino, poi, occorre riflettere sul meccanismo dei finanziamenti alla ricerca scientifica (in particolare il senatore ha richiamato il meccanismo della *peer review*, della valutazione tra pari) ed evitare, ad esempio, che siano gli stessi componenti della commissione a stanziare le risorse e a spartirselo, come ci insegna la vicenda terribile del 2001, relativa alla Commissione sulle staminali presieduta allora da Enrico Garaci, purtroppo confermato anche dal ministro Turco alla presidenza dell'Istituto superiore di sanità, che davvero non ha dato un buon esempio di come debba essere impiegato il denaro pubblico.

In merito alla liberalizzazione dei farmaci, non credo che la possibilità che farmaci da banco senza obbligo di ricetta medica vengano venduti in parafarmacie confligga con la funzione delle farmacie come presidi socio-sanitari sul territorio. La prego quindi di prestare attenzione anche a questo tema.

Si troverà poi di fronte ad una misura ereditata dal primo Governo Berlusconi del 2001 relativa all'istituzione di nuovi ordini professionali in campo sanitario. Poiché lei, signor Ministro, ha un approccio lavoristico, la prego anche su questo aspetto di prestare attenzione. Il Governo Prodi ha semplicemente sospeso il termine e rinviato il problema a chi sarebbe venuto dopo; l'*Antitrust* segnalò fin dal 2001 al Governo Berlusconi che non aveva senso istituire in Italia nuovi ordini professionali, che non garantivano l'utente e sarebbero stati soltanto dei blocchi per l'accesso al mercato del lavoro. Ebbene, fu approvata ugualmente la legge, fra l'altro in maniera *bipartisan*, così come in maniera *bipartisan* nella scorsa legislatura si è deciso non di abrogare quella legge, ma di rinviare il problema. Problema che si troverà ad affrontare lei, signor Ministro.

Chiesi con un ordine del giorno di prendere per lo meno in considerazione quel parere dell'*Antitrust* che sconsigliò all'epoca il Governo Berlusconi di istituire nuovi ordini professionali. Lo riprenda in mano: non credo siano cambiate le situazioni, ritengo anzi che si debba andare sempre più verso una liberalizzazione, con l'abolizione degli ordini professionali, e non verso la creazione di nuovi ordini.

Infine, vorrei fare un ultimo appello sulle politiche anti-droga. Con la creazione di questo nuovo Ministero, e quindi accorpendo le competenze su lavoro, politiche sociali e sanità, paradossalmente si è andati in direzione opposta per le politiche anti-droga, che sono state così scorporate. Credo che l'approccio alle problematiche legate alla droga debba essere di tipo socio-sanitario. Vorrei da lei una rassicurazione che, anche se le politiche anti-droga sono state escluse dal Ministero della salute, comunque rimangono di competenza sanitaria. Le chiedo quindi che tipo di intervento d'ora in poi si prevede.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro e i senatori intervenuti nel dibattito. Gli ulteriori interventi e la replica potranno svolgersi nella seduta che sarà convocata per le ore 14 di giovedì 12 giugno.

Rinvio pertanto il seguito delle comunicazioni del Governo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,50.*





