

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO
AUDIZIONE****5.****SEDUTA DI MERCOLEDÌ 26 GIUGNO 2013****PRESIDENZA DEL PRESIDENTE PIERPAOLO VARGIU****INDICE**

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	3
Seguito dell'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, sulle linee programmatiche del suo dicastero (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):	
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	3, 6
Amato Maria (PD)	3
Piazzoni Ileana Cathia (SEL)	5

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; Movimento 5 Stelle: M5S; Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: PdL; Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Lega Nord e Autonomie: LNA; Fratelli d'Italia: FdI; Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PIERPAOLO VARGIU

La seduta comincia alle 14,30.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Seguito dell'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione del ministro della salute, Beatrice Lorenzin, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

Il primo iscritto a parlare è l'onorevole Maria Amato.

MARIA AMATO. Grazie, signor presidente. Rispetto alla relazione del ministro, registro in maniera estremamente positiva la fierezza espressa nel parlare del sistema sanitario nazionale pubblico.

Tuttavia, rispetto alla visione globale della sanità, mi manca un percorso relativo all'*health technology assessment*. È necessario pianificare un intervento omogeneo sul territorio nazionale delle tecnologie, rivedendole anche alla luce delle innovazioni e dei processi di modernizzazione della medicina: una per tutte, la distribuzione delle emodinamiche, che non può lasciare fette così ampie di territorio scoperte, quando tutti sappiamo che il

tessuto del miocardio muore a livello cellulare in maniera proporzionalmente diretta al tempo che si impiega ad attivare la procedura di rivascolarizzazione.

Io vengo dall'Abruzzo e posso dire che la mia regione è coperta per l'emergenza solo per la metà del nord, perché la scelta, in base alla *spending review*, di ridefinire la rete ospedaliera sugli ospedali provinciali taglia fuori – laddove la distribuzione geografica non è omogenea sui capoluoghi di provincia – ampie fette di territorio. Dalle mie parti, per arrivare a un'emodinamica si impiegano due ore e a volte non si arriva in tempo.

Inoltre, avevo registrato positivamente tre principi su cui si muove la relazione: l'equità, la prevenzione e la dignità, l'attenzione verso questi elementi.

Rispetto all'equità, probabilmente è vero che ci sono venti sistemi sanitari, uno per regione, e che forse occorrerebbe un ripensamento. Non intendo dire che si debba tornare indietro sul sistema sanitario governato dalle regioni, ma semplicemente che si debbano individuare dei campi in cui a livello nazionale forse si può intervenire per ottenere una maggiore equità e una maggiore omogeneità dei servizi.

Un campo in cui intervenire, ad esempio, è l'attuazione e la realizzazione della medicina di urgenza-emergenza. Il 118, prevalentemente nell'area centro-sud, dove la dorsale appenninica segna il confine tra le regioni, lascia fuori, come ambiti di intervento, larghe fette di territorio: il territorio montuoso, il territorio dei piccoli comuni, il territorio dove più alto è l'indice di invecchiamento e di vecchiaia e dove, con l'introduzione dei parametri di proporzionalità rispetto alla popolazione del servizio di continuità assistenziale,

sono state tagliate le guardie mediche. Queste aree, dunque, sono quelle meno tranquille e dove è più a rischio la popolazione anziana; si tratta di aree dove la demografia è condizionata dai servizi che sono stati progressivamente tolti. È difficile, per una famiglia con bambini piccoli, vivere in paesi montani dove non è garantita la guardia medica, dove il 118 arriva tardi e dove per raggiungere un pediatra serve molto tempo.

È vero che non tutti possiamo essere tutelati allo stesso modo e che le risorse vanno utilizzate con criterio, ma è vero anche che è possibile fare una distinzione, come parametro di riferimento, tra le metropoli e le aree montane, utilizzando per le metropoli i « mila » abitanti e per le aree montane il tempo di raggiungimento, cioè una sorta di isocrona, per cui si individua un punto centrale di sede della guardia medica raggiungibile in maniera corretta e coerente da tutto il territorio circostante, andando oltre le guerre di campanile che ancora investono le nostre regioni quando si tratta di ridimensionamenti.

Per quello che riguarda la prevenzione — io sono medico radiologo — lo *screening* per il cancro alla mammella vede una sovrapposizione, cioè una doppia spesa: quella legata alla legge finanziaria del 2000, che consente alle donne di poter effettuare la mammografia gratuitamente dai 45 anni, ogni due anni, e gli *screening* regionali, per chiamata, sempre ogni due anni.

Le donne hanno preso la sana abitudine — sana solo nella loro testa — di stringere i tempi di controllo, facendo un anno la mammografia utilizzando la finanziaria del 2000 e un anno lo *screening* regionale, quando la FONCaM (Forza operativa nazionale sul carcinoma mammario) consiglia per le donne non a rischio — quindi senza familiarità, senza trattamento ormonale, senza rischio di patologia — la mammografia ogni due anni. Questa pratica potrebbe essere rivista e ricondotta a un'uniformità rispondente ai parametri scientifici e di indirizzo delle società scientifiche, con un discreto rispar-

mio economico e con un bell'impatto comunicativo, dato che la comunicazione costituisce una grande percentuale di riuscita degli *screening*.

È difficile che andiamo oltre il 30-40 per cento di risposta di adesione allo *screening* quando le donne fanno la mammografia per fatti loro. E in questo hanno delle ragioni, perché la mammografia fatta ambulatorialmente comprende la visita del medico, la restituzione del materiale iconografico e l'analisi dell'intera patologia, invece lo *screening* risponde solo alla domanda sulla presenza o meno di cancro. Probabilmente questa situazione va rivista per capire se è possibile apportare qualche miglioramento.

Per quello che riguarda, ancora, la prevenzione, le buone abitudini e il benessere legato alla salute, si deve cercare di prevenire le patologie, e tra queste l'obesità. Gli Stati Uniti hanno da poco dichiarato che l'obesità è una malattia; da noi l'obesità è uno stato d'essere che non presuppone il condizionamento, per esempio, del mercato delle apparecchiature. Se uno è un grande obeso ed ha un'embolia polmonare, per fare un'angiogramma non si sa quanti chilometri deve fare, perché sul nostro mercato le macchine per la Tac portano fino ad un massimo di 120-130 chili mentre le risonanze magnetiche hanno volumi piccoli.

Se si deve fare una politica legata alla prevenzione dell'obesità, in prima battuta questa va integrata con la politica della cura dell'obesità. Dunque, l'idea di avviare, anche noi, un percorso che porti a considerare l'obesità una patologia potrebbe essere interessante.

Sulla dignità, lei ha parlato alla fine della sua relazione del dolore, delle cure palliative e delle dipendenze. Per quanto a livello di legislazione il nostro sia uno Stato avanzato, la traduzione è una non percezione del dolore come malattia e una non percezione delle cure palliative come accompagnamento alla terminalità e come *conditio sine qua non* per affrontare il discorso del fine vita. Sono due argomenti che necessariamente dovrebbero entrare — lo dico al ministro della salute, ma dovrei

dirlo al ministro dell'istruzione - nel processo formativo dei medici i quali vengono a contatto con la morte se hanno la fortuna di vedere una sala settoria e conoscono la morte perché conoscono le macchie cadaveriche e il certificato di morte. Il fine vita, però, presenta tutt'altre problematiche, comporta la necessità di seguire e di accompagnare pazienti e famiglie.

La tensione che si coglie intorno agli argomenti di bioetica e del fine vita si abbassa se si lavora sulle cure palliative in maniera seria.

Quanto al dolore, l'ospedale senza dolore non è ancora un risultato omogeneo in Italia. Non si partorisce senza dolore; l'epidurale, nonostante le normative, resta ancora una tecnica utilizzata in pochi ospedali. L'ONDA (Osservatorio nazionale sulla salute della donna) può testimoniare, attraverso le sue indagini, che quanto affermo è vero.

Infine, faccio una considerazione sulle dipendenze. La politica per le dipendenze, dopo che queste si sono instaurate, è una politica del correre dietro. Se vogliamo correre avanti, anche per quello che riguarda le dipendenze, i medici, i pediatri devono essere in grado, a livello di preparazione, di cogliere i segni prodromici della fragilità rispetto alla dipendenza. Se non tutti diventiamo dipendenti, forse qualche elemento da individuare a monte può esserci.

ILEANA CATHIA PIAZZONI. Signor presidente, le questioni che riguardano le modalità per riuscire a rendere il nostro sistema sanitario efficace, efficiente e utile sono talmente tante che rischieremmo di parlare per ore. Quindi, io preferirei focalizzarmi solo ed esclusivamente sulla questione, che molti colleghi hanno già richiamato nei loro interventi, e che io stessa ritengo sia preliminare e fondamentale per poter affrontare qualsiasi altro discorso: il precariato.

Lo sottolineo soltanto perché vorrei che fosse più chiaro quello di cui parliamo quando citiamo il blocco del *turnover* nella sanità: è qualcosa che sta rendendo pra-

ticamente impossibile lo svolgimento dei servizi essenziali. Quando noi tocchiamo la questione dei piani di rientro delle regioni, in realtà consideriamo quello che è scritto nei piani di rientro e già in quell'ambito in larghissima parte i numeri dei posti letto e dei servizi non sono assolutamente adeguati rispetto ai livelli essenziali. In realtà, i reparti, i numeri dei posti letto effettivi sono assai inferiori; magari fossero quelli inseriti nei già drammatici piani di rientro. La carenza di personale, l'impossibilità di assunzione e così via fanno sì che molti reparti, che pure sono previsti nei piani, in realtà non esistano.

Si potrebbe pensare che il problema del precariato consista nel fatto che il medico o gli infermieri sono nella condizione di non essere certi del proprio futuro. In realtà, non è soltanto questo, ma si tratta di una serie di questioni che riguardano le condizioni di lavoro, i turni massacranti, le ferie non godute, l'anzianità negata (ogni volta che riparte il contratto si ricomincia daccapo), l'assoluta assenza della tutela della maternità, la quasi impossibile prospettiva di carriera. Un altro elemento che viene spesso sottovalutato è il fatto che questo continuo cambiamento e spostamento di personale riduce la possibilità di trasmissione del *know how*, dei saperi, danneggiando profondamente la possibilità della qualificazione professionale e mettendo molto a rischio i pazienti.

Cito l'esempio del Policlinico Umberto I di Roma, laddove esiste un comitato di precari che si è organizzato ed è riuscito a mettere in luce, prima che altrove, le problematiche che riguardano i precari. Quando è scaduto il contratto - il grosso dei contratti scadeva il 31 dicembre del 2012 - si è riusciti ad arrivare finalmente alla proroga il giorno stesso, e parliamo dell'ultimo dell'anno. Quindi, siamo venuti a trovarci in una situazione in cui l'intero Policlinico, una delle strutture più grandi d'Italia, era nella condizione di non sapere se il giorno dopo il primo dell'anno sarebbe stato in grado di erogare tutti i servizi necessari, compreso il pronto soccorso.

Credo che noi possiamo considerare questa una priorità e inviterei il ministro ad attivarsi in questo senso. Se non è possibile eliminare immediatamente il problema del precariato in generale, tuttavia alcune azioni possono essere avviate, ad esempio cercando di diminuire la parcellizzazione delle varie tipologie di contratto. Parliamo di *stage*, tirocini, borsisti, co.co.pro., lavoratori a tempo determinato, lavoratori a partita IVA, dottorandi, assegnisti di ricerca: tutte tipologie diverse che non si riesce ad affrontare in maniera unitaria, e questo è già un primo grande problema. Si dovrebbe, quindi, arrivare ad avere una o a poche tipologie di contratto.

L'altra grande questione è legata al fatto che, anche nella incertezza data dalla temporaneità del contratto, ci debba essere un diverso approccio per i rinnovi e le proroghe. È impossibile che sia le amministrazioni sia i lavoratori si trovino nella condizione di non sapere se il giorno dopo sono in carica o meno. Lo dico perché molto spesso accade che il rinnovo del contratto non avviene il giorno dopo rispetto alla scadenza, ma questo non significa che per alcuni giorni il posto è vacante. Di fatto, i medici sono costretti a lavorare senza contratto. Questo mette a rischio i pazienti ma anche gli stessi operatori, che vivono una situazione che

sembrerebbe impossibile per un Paese civile, e invece è quello che effettivamente succede.

Come sappiamo, non si tratta di una questione di costi. L'utilizzo di questi contratti precari in realtà non fa risparmiare allo Stato alcunché. Allora, come diceva Leopardi, a chi piace e a chi giova questa situazione di precariato, che non porta nessun beneficio per lo Stato, per le sue casse, per i lavoratori e per i pazienti? Credo che questa sia la priorità.

PRESIDENTE. L'audizione purtroppo deve essere interrotta in quanto il ministro ha un impegno inderogabile in Assemblea, dovendo rispondere ad alcune interrogazioni a risposta immediata (*question time*).

Il seguito dell'audizione, con la relativa conclusione, è rinviato, pertanto, ad altra seduta.

La seduta termina alle 14,50.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 12 settembre 2013.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

€ 1,00



17STC0000280