

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

1.

SEDUTA DI MARTEDÌ 4 GIUGNO 2013

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Binetti Paola (SCpI)	13
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	3	Fucci Benedetto Francesco (PDL)	18
		Grillo Giulia (M5S)	19
		Lorenzin Beatrice, <i>Ministro della salute</i> ..	3
Audizione del ministro della salute, Beatrice Lorenzin, sulle linee programmatiche del suo dicastero:		Miotto Anna Margherita (PD)	15
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .	3, 13, 17, 22, 23, 24	Monchiero Giovanni (SCpI)	23
		Murer Delia (PD)	22
		Nicchi Marisa (SEL)	20

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.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PIERPAOLO VARGIU

La seduta comincia alle 12,10.

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).

Audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

Ringrazio il Ministro Lorenzin per la sua presenza e vi fornisco alcune informazioni su come abbiamo pensato di organizzare la seduta odierna.

Dopo l'intervento del Ministro Lorenzin ci sarà un primo intervento per ciascun gruppo, che abbiamo convenuto informalmente di contingentare nel limite massimo di cinque minuti, in modo da consentire a tutti i rappresentanti dei vari gruppi di intervenire.

Dopodiché, potranno svolgersi gli ulteriori interventi. Raccogliamo subito le iscrizioni, in maniera tale da avere un'idea di quanti sono i deputati che desiderano parlare.

Ho chiesto al ministro, sulla base delle indicazioni ricevute dai colleghi di mag-

giore esperienza che fanno parte della Commissione, se ha la possibilità di svolgere la sua replica in un'altra seduta della Commissione, anche per ragionare su eventuali quesiti e questioni che le venissero posti durante il dibattito dai commissari.

Do, quindi, la parola al Ministro Lorenzin.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Grazie, presidente. Grazie a tutti voi. Farò una cosa inusitata per me, ossia leggerò una relazione. Ritengo, infatti, che sia importante non perdere nessun punto di questa prima relazione programmatica.

Ci terrei seriamente, per quello che abbiamo fatto finora e per come è cominciato il nostro percorso, ad instaurare con la Commissione un rapporto di effettiva partecipazione e di scambio. Vorrei poter, quindi, tornare, oltre che per raccogliere i suggerimenti di oggi, anche per poter svolgere interventi più approfonditi sui singoli temi che possiamo inserire all'interno del mio programma.

Vorrei cominciare con alcune considerazioni di carattere preliminare, che ci servono anche per dare la giusta cornice alla nostra azione.

Come è noto, la centralità del diritto alla salute è riconosciuta con speciale forza dall'articolo 32 della Costituzione, in attuazione del quale è stato realizzato il sistema sanitario nazionale, di cui va riconosciuta - lo voglio ribadire in modo particolare - la bontà e l'assoluta unicità rispetto agli altri sistemi sanitari presenti nel contesto europeo.

A questo proposito, vorrei precisare che il Servizio sanitario nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dall'Organizzazione mondiale della sanità

uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione; la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini; l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Oggi il Servizio sanitario nazionale si confronta con altre grandi sfide assistenziali, quali i problemi di assistenza socio-sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapia, le diagnosi ad alto costo. L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema affinché sia in grado di mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti.

Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto a un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini senza distinzione, abbia subito nel tempo dei correttivi. Si è, infatti, passati da un concetto di universalità forte e incondizionata, rispondente al modello del « tutto a tutti », a un concetto di universalità mitigata, finalizzata a garantire prestazioni necessarie e appropriate a chi ne abbia effettivamente bisogno.

La riforma del Titolo V della Costituzione, i cambiamenti sociali e demografici, l'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, l'invecchiamento della popolazione, con l'aumento delle patologie croniche, l'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria rendono non più procrastinabile ripensare al modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario nazionale.

Questo quadro serve a inquadrare la nostra azione, che richiede alcune scelte, in una fase di crisi economica, ma anche di grandi cambiamenti demografici. Tali cambiamenti sono già in essere da almeno qualche decennio e devono incentrare la nostra azione non solo sul presente, ma anche sul futuro che noi vogliamo determinare per le prossime generazioni e per una popolazione che tende a invecchiare, a essere più anziana. Ciò comporta, anche per le sfide della medicina e del Servizio

sanitario, nuove frontiere, non solo tecnologiche, ma anche di organizzazione del sistema.

Entriamo nel merito della politica sanitaria e delle priorità che ci siamo dati.

Tra le priorità che il dicastero intende sviluppare vi è la valorizzazione delle *policies* relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata. Le ragioni di tale scelta consistono nella convinzione che investimenti su interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituiscano una scelta vincente, capace di contribuire a garantire nel medio-lungo periodo la sostenibilità del sistema sanitario nazionale.

Se una volta si diceva che è meglio prevenire che curare, oggi probabilmente la sfida è proprio quella di andare a prendere le persone quando sono ancora sane e di intervenire anche sulla popolazione sana, per allontanare nel tempo e, se del caso, eliminare la possibilità di ammalarsi.

Intendiamo, pertanto, organizzare un sistema di azioni di promozione della salute, di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, collettiva e individuale, universale e per categorie a rischio, che possa accompagnare il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.

In particolare, mi riferisco ad azioni volte a garantire lo sviluppo di condizioni che permettano di: mantenere il livello di salute il più alto possibile, ossia di promozione della salute; prevenire l'insorgenza delle patologie trasmissibili e non (prevenzione primaria), ma anche di giungere a diagnosi più precoci attraverso *screening*, anticipazione diagnostica e prevenzione secondaria, così da favorire il pieno recupero dell'ammalato riconosciuto come tale in una fase di malattia più facilmente aggredibile; infine, realizzare una risposta assistenziale capace di gestire, rallentandone il decorso e impedendo l'insorgenza di complicanze, le patologie croniche e la profilassi terziaria.

Tali obiettivi vanno perseguiti attraverso la predisposizione di un nuovo Piano

nazionale di prevenzione che modifichi e aggiorni lo strumento vigente inizialmente adottato per il periodo 2010-2012 e poi prorogato a tutto il 2013.

Il Piano nazionale di prevenzione ha rappresentato in questi anni un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese, legato alla scelta strategica di investire ulteriormente nell'area della prevenzione per raggiungere migliori risultati di salute. Il modello si basa su una linea di *governance* compartecipata che il ministero intende continuare a perseguire, valorizzando al meglio le potenzialità degli strumenti di pianificazione e di coordinamento.

Nell'anno in corso sarà, perciò, adottato il nuovo Piano, sul quale saranno basate le strategie di prevenzione per il quinquennio 2014-2018. Il prossimo Piano prediligerà l'approccio trasversale per determinare strategie complessive rispetto a quello verticale per singola patologia.

Ritengo fondamentale, infatti, in linea con le indicazioni dei principali organismi internazionali del settore salute, *in primis* l'OMS, adottare nelle scelte di sanità pubblica un approccio strategico il più possibile intersettoriale, basato sul principio della salute in tutte le politiche (*Health in All Policies*), promuovendo la salute come bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alle istituzioni e alla società.

Porrò, quindi, attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai fattori ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano i comportamenti del singolo.

Dedicherò particolare attenzione a far sì che le azioni messe in campo mirino ad agire sui principali fattori di rischio nel nostro Paese attraverso un forte investimento in salute e interventi il più possibile trasversali e multisettoriali, anche con il coinvolgimento di altri soggetti istituzionali e della società civile, ove ciò sarà non solo necessario, ma anche opportuno.

Sollevo adesso l'attenzione su alcuni aspetti specifici di significativa rilevanza per le linee programmatiche del dicastero

attribuito alla mia responsabilità. Mi riferisco, in particolare, alle azioni di contrasto al fumo e alla dipendenza da gioco patologico.

È noto a tutti, e statistiche recenti lo confermano, che il fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio dello sviluppo di patologie gravissime e spesso mortali, come le patologie cardiovascolari e le neoplasie. Personalmente, mi preoccupano i dati allarmanti relativi ai minori che presentano l'abitudine al fumo già da piccolissimi. Pertanto, l'azione di contrasto alla dipendenza da fumo sarà netta e riguarderà, in particolare, il mondo giovanile.

Colgo l'occasione per anticipare che continueremo l'azione già intrapresa dai miei predecessori volta a promuovere azioni di contrasto e di recupero delle forme di dipendenza da gioco patologico.

Inoltre, l'impegno del ministero sarà rivolto a tutti i comportamenti a rischio lontani dalla tradizione nazionale. Mi riferisco a tutte le forme nuove di dipendenza, quali i consumi fuori pasto e in quantità non moderate, le ubriacature e il *binge drinking*, soprattutto tra i giovani.

Non possiamo dimenticarci che abbiamo registrato in questi anni un sensibile aumento del consumo da parte dei giovanissimi di sostanze alcoliche e di abuso di superalcolici. Per tale questione intendiamo intervenire sia a livello culturale, continuando a diffondere informazioni precise e univoche sul rischio connesso e adottando politiche e azioni di prevenzione con specifico riguardo all'identificazione precoce del problema, sia per accrescere la disponibilità e l'accessibilità di trattamento per i soggetti con comportamenti di grave abuso.

Sempre con riguardo ai comportamenti a rischio un'altra area problematica che merita uno specifico impegno è rappresentata dai disturbi del comportamento alimentare, bulimia e anoressia. In merito continuerò a promuovere progetti nell'ambito della prevenzione sociale e della promozione di percorsi di cura in età evolutiva e in età adulta.

A tale riguardo rendiamo noto che a breve sarà pubblicato uno dei Quaderni del ministero della salute dedicato ai disturbi alimentari, con specifica attenzione all'epidemiologia, alla prevenzione, al trattamento e ai percorsi di riabilitazione.

Tra le linee programmatiche non può mancare un'indicazione al grave fenomeno delle tossicodipendenze, fenomeno che è sempre in mutamento anche rispetto al cambiamento delle sostanze a disposizione, purtroppo, del mercato.

Per tale specifica problematica intendiamo continuare a uniformarci alla Strategia europea che si confronta con il Piano di azione dell'UE in materia di lotta contro la droga. Il Piano si basa su un apporto integrato, multidisciplinare ed equilibrato tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta di droga. In tale settore l'attività di prevenzione dovrà essere specialmente misurata sulle nuove droghe sintetiche e sull'uso di cocaina sempre più diffuso, verso i quali si stanno orientando i consumi della popolazione giovanile.

Nella relazione — che metterò a disposizione dei componenti della Commissione — è riportata una panoramica sulle attività svolte dal Ministero della salute e sui programmi con cui stiamo intervenendo in materia di lotta alle tossicodipendenze.

Ho inteso attribuire un particolare rilievo al tema delle dipendenze nell'ambito dell'azione di prevenzione perché ritengo che si tratti di una questione fondamentale, che coinvolge sia le politiche sociali che la sanità, e che bisogna prestare un'attenzione maggiore e più forte nei confronti dei giovani e delle loro famiglie, con un supporto attivo anche di comunicazione in questo settore.

Con riguardo alle tematiche alle quali sarà prestata prioritaria attenzione e verso le quali saranno dedicate le principali iniziative di prevenzione, è assolutamente fondamentale proseguire e rafforzare l'impegno per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, considerando in quest'ambito innanzitutto le patologie cardiovascolari, quelle del sistema respiratorio e del sistema nervoso centrale, le neoplasie, le gravi insufficienze d'organo e

il diabete. Svolgeremo un'attività molto forte di prevenzione col ministero anche sul diabete di tipo 2.

Ritengo, altresì, imprescindibile rinforzare interventi dedicati alla salute della donna nelle diverse fasi della vita e del bambino, anche in linea con i *Millennium Development Goals* delle Nazioni Unite per il periodo 2000-2015 e con tutte le convenzioni internazionali miranti alla tutela di queste categorie.

Da ultimo, la settimana scorsa la Camera dei deputati ha votato la legge di ratifica della Convenzione di Istanbul a tutela della donna. Ieri ho partecipato al dibattito e so che oggi si vota la mozione volta al contrasto di ogni forma di violenza sulle donne.

Da questo punto di vista io mi sono attivata fin da subito per promuovere un Piano nazionale che potremmo definire Codice rosa, già presente in molti pronto soccorso in Italia con forme di attuazione diversa, ma con un medesimo principio: il pronto soccorso è un vero e proprio *front office* in cui questo tipo di violenza, non solo sulle donne, ma anche sui bambini e sulle persone anziane, così come viene rilevato. Un approccio multidisciplinare nel pronto soccorso può non solo far aumentare le denunce, ma anche aiutare persone sottoposte a violenza a trovare percorsi di aiuto fuori della struttura sanitaria.

Sulla prevenzione e sulla donna noi offriremo particolare attenzione perché, quando si cura una donna, si cura un intero nucleo familiare. Stiamo lavorando anche a un progetto innovativo su questo settore, su cui avremo modo di confrontarci in Parlamento.

A proposito dello *screening* sulla salute e sulla prevenzione, su cui avrete capito che batteremo molto nell'ambito dell'azione ministeriale — non è scritto nel programma, ma ve la pongo come anteprima — stiamo anche studiando un monitoraggio sempre più attento sulla popolazione maschile giovanile.

Dopo la venuta meno dei famosi « tre giorni », che rappresentavano un'occasione di *screening* sulla popolazione maschile

giovane, c'è stato un vero e proprio vuoto negli ultimi decenni. Ciò ha comportato un insorgere forte di malattie nei maschi, che sono state registrate verso i 30-35 anni.

Su questo tema stiamo mettendo a punto una campagna di prevenzione sui giovani maschi. Come sappiamo, le donne si curano molto di più e hanno una particolare attenzione alla prevenzione. Sulla popolazione maschile questa esiste un po' meno e su questo fronte stiamo, dunque, lavorando.

Andiamo a un altro punto a cui io tengo molto, quello della salute mentale e del benessere psicologico e psicofisico, che costituisce un prezioso patrimonio della popolazione, a cominciare dalle fasce d'età più giovani, che va salvaguardato attraverso la prevenzione.

In tale contesto vanno inclusi sia gli interventi di prevenzione delle forme psichiatriche, sia quelli rivolti alla prevenzione e al riconoscimento precoce dei disturbi dell'evoluzione e della comunicazione, nonché la prevenzione delle dipendenze da alcol e droga e delle ludopatie, su cui ho già riferito.

Occorre, inoltre, rafforzare il contrasto agli incidenti domestici e stradali e proseguire nello sforzo, in coordinamento con le altre amministrazioni competenti in materia, di conseguire una drastica riduzione del numero e della gravità degli incidenti sul lavoro.

Nel contesto ambientale che caratterizza il nostro Paese ritengo di prioritaria importanza proseguire e rafforzare il dialogo e la collaborazione con il Ministero dell'ambiente e con gli organismi tecnici operanti nel settore per sviluppare il monitoraggio dell'impatto sanitario delle matrici ambientali — acque, suolo, aria — ivi inclusa l'attenzione alle conseguenze sanitarie dell'esposizione alle radiazioni di diversa natura.

Pur nel mutato quadro epidemiologico, non si può abbassare la guardia nei confronti delle malattie infettive, con speciale attenzione per quelle più gravi, per quelle riemergenti, per le forme ad alta resistenza, per le malattie trasmissibili che compaiono per la prima volta nel nostro

Paese a seguito dei mutamenti climatici e per quelle di nuova insorgenza. Le reti di sorveglianza e le pianificazioni per gli interventi in tale ambito vanno mantenute attive, rafforzando, tra l'altro, la capacità operativa degli uffici periferici di sanità marittima, aerea e di frontiera.

Infine, lo scenario internazionale non consente di ridurre l'attenzione per le iniziative da assumere, in coerenza e in collegamento con altri organismi coinvolti, a partire dalle strutture di difesa civile, finalizzate a garantire un adeguato livello di azioni quali misure precauzionali nei confronti di minacce di tipo terroristico, siano esse di natura biologica, chimica o radiologico-nucleare.

Su molti dei temi sopra sintetizzati ritengo utile realizzare anche campagne di comunicazione, nella convinzione che esse possano significativamente contribuire a rafforzare la conoscenza e l'educazione sanitaria nel pubblico e generare e favorire l'adozione di stili di vita e comportamenti salutari.

Passiamo ora alla fase della programmazione sanitaria. Come vedete, la relazione si divide in due parti, una sulla prevenzione e una sulla programmazione.

Procedo a illustrare un altro obiettivo di rilevanza strategica, ossia la riorganizzazione dell'assistenza territoriale per rafforzare i legami tra ospedale e territorio. Non vi è dubbio, infatti, che su questo tema, su cui hanno posto particolare attenzione i miei predecessori, che hanno già avviato parte del lavoro, si gioca, e lo sappiamo tutti, la stessa sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale.

Su questo fronte occorre, dunque, collaborare con le regioni per accelerare il percorso di attivazione delle aggregazioni funzionali territoriali e delle unità complesse di cura primaria deputate ad adeguare l'assistenza primaria in un'ottica di complementarità con le strutture ospedaliere e di accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito dal Servizio sanitario.

Nella medesima ottica occorre continuare a completare il percorso di potenziamento del ruolo delle farmacie conven-

zionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio. La farmacia dei servizi, tenuto conto della presenza capillare delle farmacie sull'intero territorio nazionale, può garantire, con ridotti oneri per il Servizio sanitario nazionale, una prima assistenza e un'efficace missione di orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari.

Tale nuovo ruolo delle farmacie potrà comportare effetti virtuosi per la finanza pubblica, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere del pronto soccorso in relazione all'effettiva necessità dell'assistenza sanitaria, anche preventiva, con esclusione dei casi di domanda di servizi suscettibili di adeguata soddisfazione da parte delle farmacie.

Aggiungo che, come è ben noto a questa Commissione, è all'esame della Conferenza Stato-regioni lo schema di regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera previsto dal decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge n. 135 del 2012, che contiene, tra le altre, indicazioni utili ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del Servizio sanitario nazionale in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale.

Questa sarà la vera sfida da portare avanti, con una realizzazione degli *hub*, con la deospedalizzazione, per quanto è possibile, con una maggiore attenzione all'assistenza domiciliare e con un ruolo diverso della medicina di iniziativa, questioni sulle quali avremo poi modo di entrare nel dettaglio mano a mano che procediamo con il lavoro.

Quanto ai livelli essenziali di assistenza, è noto che i LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. I LEA rispondono all'esigenza di garantire quel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana.

Ciò comporta che gli stessi LEA, benché non abbiano la pretesa di essere esaustivi rispetto ai bisogni assistenziali riconducibili al singolo e alla collettività, debbano prevedere comunque una soglia minima di interventi, al fine di non vulnerare la sfera giuridica soggettiva che l'articolo 32 della Costituzione ha voluto tutelare e garantire in modo assolutamente pieno ed esclusivo.

Vi comunico che lo schema di decreto volto ad aggiornare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, in attuazione dell'articolo 5, commi 1 e 2, della legge n. 189 del 2012, è stato predisposto e trasmesso al Ministero dell'economia e delle finanze per acquisire il previsto concerto tecnico. Dopo la formulazione di una specifica valutazione economica da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, tale schema è stato trasmesso il 12 marzo 2013 alla Conferenza Stato-regioni, per l'avvio dell'istruttoria ai fini dell'intesa.

Un breve cenno merita il Patto per la salute, che io definirei il « nuovo » Patto per la salute. Come noto, si tratta di un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le regioni di valenza triennale in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio sanitario nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Va, a questo punto, ricordato che le disposizioni di cui al decreto-legge n. 195 del 2012, stabiliscono che, in mancanza della definizione in sede Stato-regioni entro il 15 novembre 2012 del nuovo Patto per la salute 2013-2015, sarebbero divenute operative le misure fissate dal medesimo decreto in campo sanitario, misure che, diversamente, con il Patto avrebbero potuto essere rimodulate, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali.

Nonostante, dunque, il nuovo Patto non sia stato ancora perfezionato, tale obiettivo riveste significativa rilevanza, visto che lo stesso presenta sia finalità sia di carattere programmatico, sia di definizione di

convergenze tra Stato e regioni nel governo del sistema sanitario nazionale.

Colgo l'occasione per rappresentare la mia volontà di istituire in tempi brevi, anzi brevissimi, un tavolo di concertazione con i rappresentanti delle regioni per addiventare rapidamente a soluzioni condivise, necessarie per il perfezionamento del nuovo Patto. Ritengo, infatti, che la stipula del nuovo Patto possa rappresentare il vero punto di partenza per mettere insieme le esigenze dei cittadini e quelle imposte dal mutato quadro delle esigenze avvertite dal livello governativo centrale e regionale.

Io credo che il nuovo Patto della salute, che a me piace definire il piano regolatore della sanità, costituisca veramente un'occasione che non dobbiamo perdere e che insieme alle regioni ci permetterà di registrare le criticità che sono state avvertite anche nei processi di trasformazione nei territori. Penso alle regioni in Piano di rientro, a tante difficoltà sui livelli essenziali di assistenza, nonché alla necessità di valutare alcuni percorsi che sono già attuati in alcune regioni e che possono rappresentare *best practices* attuabili anche in altre.

Accanto a questo tema, vi è la necessità di coniugare rigore e contenimento della spesa pubblica e di introdurre le azioni riformatrici di cui abbiamo già parlato, che assicurino nel nostro territorio nazionale una garanzia di assistenza a tutti.

Passiamo al Fondo sanitario nazionale. A causa delle manovre correttive di finanza pubblica, che tutti conosciamo, dal 2010 il livello di finanziamento del Fondo sanitario nazionale è stato ridotto in misura veramente straordinaria, fino a determinare nel 2013 per la prima volta un decremento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a un meno 0,88 per cento rispetto all'anno precedente.

Confermo che ulteriori riduzioni di risorse non appaiono compatibili con la sostenibilità del sistema sanitario, già messo a dura prova dai recenti provvedimenti legislativi. Anche le regioni virtuose potrebbero avere seri problemi, se non si

correggesse l'impostazione del recupero di risorse, senza entrare nei livelli di complessità che caratterizzano il settore.

Come ha sottolineato il Presidente del Consiglio, occorre abbandonare la logica dei tagli lineari, auspicando un ripensamento della *spending review* sulla base dei costi e dei fabbisogni *standard*, così come, peraltro, suggerito anche dal comitato dei saggi istituito presso la Presidenza della Repubblica.

È necessario individuare, assieme alle regioni, una mappatura ulteriore degli sprechi, specialmente in alcuni contesti del nostro Paese, in cui ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi resi ai cittadini.

Analogamente, è necessario far sì che le regioni in Piano di rientro possano documentare, oltre che un miglioramento dei conti, anche una concreta riqualificazione dei servizi a favore dei cittadini.

A questo proposito, voglio sottolineare che la legge prevede già gli strumenti. Dobbiamo solo renderli maggiormente attuativi. In tal senso il ministero della salute deve accompagnare gli sforzi che si stanno facendo dal punto di vista economico con un'attenta valutazione delle misurazioni delle *performance* e anche, laddove è possibile nel rispetto delle autonomie, con suggerimenti che possano coadiuvare e aiutare il mantenimento di livelli di eccellenza.

Per quanto attiene alla sanità transfrontaliera, non è più concepibile pensare a un modello di assistenza orientato a rendere competitivi tra loro i singoli sistemi regionali. I tempi sono maturi e la parola d'ordine deve essere « rendere competitivo il modello italiano in Europa ».

Questo è ancora più vero se si pensa alla direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio recante l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, già in fase di attuazione.

L'impegno che occorre assumere è quello di proporre anche in Europa un modello innovativo di assistenza in grado di intercettare, di attrarre e di accogliere

i cittadini europei che sceglieranno di curarsi presso gli ospedali italiani. Noi disponiamo di elevatissima professionalità, di centri ospedalieri universitari di alta specializzazione, di istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico già oggi assolutamente competitivi rispetto ad analoghe realtà europee.

Questa è anche l'occasione per rilanciare le nostre eccellenze all'estero. Entro agosto sarà operativo presso il Ministero della salute un punto di contatto nazionale previsto dalla suddetta direttiva, che coordinerà le complesse attività che ruotano intorno all'applicazione dei contenuti della direttiva, anche relativamente all'istituzione dei *contact point* regionali in grado di intercettare la domanda proveniente da cittadini di altri Paesi europei.

È previsto, poi, uno spazio specifico sul portale del ministero dedicato a ospitare, anche in lingua inglese, tutte le informazioni relative ai nostri servizi sanitari e agli ospedali e alle strutture di eccellenza presenti sul territorio nazionale. Di tale sito si sta occupando Agenas su delega del ministero. Desidero, infatti, migliorare la trasparenza delle nostre attività e consentire ai cittadini di scegliere dove curarsi, oltre che sulla base delle proprie conoscenze personali, anche verificando direttamente su Internet i livelli di qualità delle cure e dei servizi che si è in grado di offrire.

È molto importante questo aspetto, che sembra quasi rivoluzionario per il nostro sistema sanitario. L'Italia deve, grazie alla citata direttiva europea, competere non solo tra le proprie regioni, ma, a questo punto, anche con gli altri sistemi internazionali e con gli altri Paesi. Sarà possibile spostarsi ed è evidente che per noi è molto importante non far emigrare pazienti, ma attrarli nel nostro territorio.

L'Italia ha un sistema sanitario diffuso e capillare, con realtà di eccellenza assoluta. È, pertanto, chiaro che, per essere un Paese attrattivo di risorse, deve essere capace di raggiungere o colmare velocemente i *gap* che ci possono essere tra diverse regioni e sollecitare anche luoghi

che siano veramente di specificità e che possano avere una valenza internazionale.

Ce ne sono già molti, per fortuna. Diciamolo, altrimenti parliamo sempre delle questioni negative del nostro sistema. Dovremmo, invece, valorizzare anche le tante che funzionano.

Vorrei entrare ora in materia di personale del servizio e di responsabilità professionale; quest'ultimo è un altro tema sul quale mi impegnerò nei prossimi mesi.

Ho consapevolezza del fatto che su questo specifico tema questa Commissione, già nella passata legislatura, ha dedicato adeguati approfondimenti. Inoltre, ho ben chiaro che importanti novità introdotte a livello normativo dal decreto-legge n. 158, convertito nella legge n. 189 del 2012, non risolvono completamente il problema. Tuttavia, attuarle rapidamente, con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa, significa fornire risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri ulteriori interventi.

Per quanto riguarda l'attività libero-professionale intramuraria, comunico che le regioni, nel mese di febbraio 2013, hanno sollevato la necessità di attuare gradualmente, nell'arco di sei mesi, il progetto sperimentale di messa in rete delle strutture presso le quali si svolgerà l'attività libero-professionale. Per tale esigenza ho avviato l'azione di monitoraggio, convocando già per la prossima settimana l'osservatorio a tal fine predisposto.

Passo ora ad affrontare una tematica che mi sta particolarmente a cuore, perché riguarda i giovani medici. Mi riferisco al tema del precariato, del blocco del *turnover* e della formazione specialistica in medicina generale.

Per quanto attiene al precariato, gli ultimi dati disponibili offrono un quadro non incoraggiante. Intendo, pertanto, affiancare l'attività degli altri ministri di settore (lavoro, economia e funzione pubblica), per individuare le soluzioni idonee al fine di superare il problema.

Ritengo che il precariato, fenomeno già di per sé negativo in tutti i settori, per il Servizio sanitario nazionale assuma ulteriori connotazioni particolarmente nega-

tive, in considerazione del fatto che le risorse umane dedicate all'assistenza sanitaria devono riporre fiducia nella struttura sanitaria e sentirsi parte integrante della medesima. La stessa struttura deve poter contare senza soluzione di continuità sulle medesime risorse umane, garantendo loro il giusto spazio, anche in termini di formazione professionale.

Quanto al blocco del *turnover* nelle regioni in Piano di rientro, la questione assume profili più complessi. La normativa, tuttavia, prevede la possibilità di derogare al blocco nei casi di effettiva necessità e a determinate condizioni.

Il ministero della salute giocherà fino in fondo il suo ruolo per supportare un percorso virtuoso di politica delle assunzioni. Questo ovviamente ci sta a cuore per il fatto che rischiamo che un'intera generazione di medici sia tagliata fuori dal servizio.

Si tratta di una situazione che non può non riguardare il funzionamento stesso del sistema sanitario. Ogni età ha le sue caratteristiche e, pertanto, porta il proprio valore e il proprio contributo nel mondo del lavoro. Questa è una questione che non potremo risolvere con un battere di ciglia, ma che deve essere analizzata bene e affrontata.

Passo all'attività di formazione prope-deutica all'assunzione. I giovani medici devono essere formati. Il possesso del titolo di specializzazione e dell'attestato di formazione in medicina generale è un requisito indispensabile per l'ingresso nel sistema sanitario nazionale.

Quest'anno, come saprete, il numero di contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dallo Stato è sceso da 5.000 a 4.500 per il primo anno di corso. Si tratta di una conseguenza dell'innalzamento da quattro a cinque anni della durata dei corsi di specializzazione, previsto dalla riforma della scuola di specializzazione di area sanitaria del 2005. Il tutto ha comportato un anno aggiuntivo di permanenza di tutti gli specializzandi e, conseguentemente, un maggior numero di contratti da finanziare con il medesimo stanziamento annuale.

È mia intenzione avviare da subito un costruttivo confronto su questo tema con il Ministro dell'istruzione, università e ricerca e con il Ministro dell'economia e delle finanze, nonché con le regioni, per trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già a partire dal prossimo anno accademico.

Per quanto attiene alla formazione in medicina generale comunico che in sede di Conferenza Stato-regioni discuteremo presto dell'adozione di obiettivi formativi definiti a livello nazionale. È un tema che mi sta particolarmente a cuore quello della valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale, un ruolo che dobbiamo prendere in considerazione, perché sarà uno dei perni su cui si baserà il futuro del sistema. Dobbiamo, quindi, pensarci bene.

Affronto ora le iniziative in materia di sanità veterinaria e di sicurezza alimentare. Come sapete, questo ministero si occupa anche di questo tema e lo fa attribuendogli una grande rilevanza.

Ricordo che il programma mondiale *One Health*, concordato tra l'OMS e l'Organizzazione mondiale della salute animale per la realizzazione di una sola sanità, indica con chiarezza il collegamento imprescindibile tra salute umana e salute degli animali. Basti considerare che il 75 per cento delle malattie umane è di derivazione animale. Si conferma, pertanto, la scelta strategica dell'Italia di mantenere una direzione politica unitaria delle professioni sanitarie.

Questa impostazione, oltre a essere una scelta di carattere culturale, si è dimostrata anche un valore aggiunto in termini di sviluppo economico, che si è concretizzato in 33 miliardi di euro di esportazioni agroalimentari nell'ultimo anno realizzati grazie alla qualità delle produzioni italiane, ai controlli sanitari veterinari e ai certificati sanitari negoziati con i maggiori *partner* mondiali.

Il *made in Italy* alimentare ha superato per la prima volta il settore manifatturiero in termini di esportazioni e rappresenta la seconda voce di ricchezza prodotta in Italia dopo il metalmeccanico.

Per rispondere alle opportunità che si stanno sviluppando e alle elevate aspettative dei nostri cittadini consumatori, intendiamo realizzare nel corso del mio mandato un programma incisivo di valorizzazione e di potenziamento del nostro sistema sanitario veterinario, soprattutto in materia di sicurezza alimentare.

Riteniamo che un'occasione unica e irripetibile sia rappresentata da Expo Milano 2015, destinato al tema « Nutrire il pianeta ». Bisogna cogliere l'occasione sia per la valorizzazione dei prodotti *made in Italy*, sia soprattutto per la promozione del modello italiano in termini di sviluppo sostenibile.

A tal fine, vi do una notizia: se la Farnesina ci darà il via libera e se ci saranno le condizioni per poterlo fare - sul punto abbiamo già avviato un confronto - nel periodo di Expo Milano terremo una riunione o del G8 o del G20 dedicata alla sicurezza alimentare e agli stili di vita. Collegheremo, dunque, alla questione degli stili di vita l'azione del Governo durante il semestre europeo, per provare a vedere se ci sarà la possibilità di attuare questo intervento con Expo.

Non è una notizia, finché non sapremo se esiste la possibilità di realizzarlo. Tuttavia, ci stiamo lavorando fortemente, perché può essere una grande possibilità per considerare i tempi della prevenzione e degli stili di vita legati anche al tema della nutrizione e della sicurezza alimentare, ciò che fa dell'Italia, peraltro, un Paese sicuramente all'avanguardia. Dobbiamo, infatti, sostenere una politica di sicurezza alimentare che offra la disponibilità di alimenti sicuri provenienti da Paesi produttori di materie prime con accordi professionali, economici e politici.

D'intesa con il ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e con i due rettori delle Università di Milano, Statale e Cattolica, proporremo l'istituzione di una Scuola superiore di alta formazione internazionale in materia di sicurezza alimentare.

È, inoltre, indispensabile completare la realizzazione di un sistema informativo nazionale per la sicurezza alimentare che

riunisca e coordini le banche dati già operative e le anagrafi animali, integrandole con gli anelli mancanti, per assicurare un totale controllo del percorso dal campo alla tavola.

Tutti i settori nei quali si declina l'attività del ministero della salute hanno risvolti e collegamenti a livello europeo e internazionale. Pertanto, non si può prescindere dalla considerazione di tale prospettiva nella definizione delle linee programmatiche per il prossimo futuro.

In primo luogo, in considerazione del rilievo che ha assunto nel corso degli anni l'analisi a livello comunitario delle tematiche più rilevanti di sanità pubblica, finalizzata a una pianificazione strategica e condivisa e tenendo conto della prossima presidenza italiana dell'Unione europea, il ministero intende rafforzare i rapporti con gli organismi comunitari e con i Paesi che si avvicenderanno immediatamente prima e dopo l'Italia nella presidenza, al fine di concordare gli aspetti prioritari che guideranno le attività comunitarie nel settore salute.

In tal senso, è mia intenzione avviare ogni confronto utile con i partner comunitari su alcuni temi particolarmente significativi, tra i quali la promozione dei corretti stili di vita, la tutela della salute delle donne, le cure palliative, la terapia del dolore e la salute mentale.

Personalmente, considero di grande rilevanza la valorizzazione, anche nello scenario internazionale, del sistema sanitario italiano, con le sue eccellenze organizzative e tecnico-scientifiche. Conseguentemente, nell'ambito delle relazioni e degli accordi bilaterali ritengo significativo sviluppare la diffusione della conoscenza del modello del sistema sanitario nazionale italiano presso i Paesi che stanno effettuando riforme dei propri sistemi sanitari in senso universalistico. Intendo, quindi, proseguire le collaborazioni già consolidate e partecipare alla realizzazione di nuovi progetti di gemellaggio e di assistenza tecnica finanziati dall'Unione europea.

Nel rinnovare il mio ringraziamento alla Commissione e al Presidente, con-

cludo il mio intervento affermando che lo Stato e, per esso, il ministero della salute, deve sostenere il suo ruolo di garanzia dell'unità del sistema sanitario nazionale per assicurare uguaglianza di trattamento e rispetto del diritto alla salute nei confronti di tutti i cittadini. Vi chiedo, quindi, di collaborare con me per costruire insieme una *governance* del sistema forte e autorevole.

Il mio auspicio, pertanto, è di potermi avvalere di un ampio confronto per l'individuazione di risposte condivise e condivisibili anche fuori da questo Parlamento sulle questioni da affrontare.

(Applausi).

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per la disponibilità e per la cortesia, nonché per il modo in cui ha trattato gli argomenti che interessano la nostra Commissione.

Abbiamo già i primi tre iscritti a parlare, secondo il meccanismo che ci eravamo proposti, ossia di iniziare un primo giro di interventi con un deputato che intervenga per ciascun gruppo.

Chiedo a tutti gli altri colleghi che volessero intervenire di iscriversi subito, in maniera che possiamo avere un'idea della tempistica relativa allo svolgimento degli interventi alla presenza del ministro.

Do la parola ai deputati che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

PAOLA BINETTI. Innanzitutto rivolgo un ringraziamento al ministro per questa relazione così dettagliata. Penso che il ministro, elaborando un progetto tanto articolato, abbia avuto in mente una legislatura che durerà cinque anni, il che è di buon auspicio. Questa è la prima osservazione che vorrei fare, dopo scenderò nel dettaglio, nei cinque minuti che mi sono concessi, soffermandomi su questioni particolari.

Voglio ribadire un punto.

Il tema è questo: si dice che questa è una legislatura a tempo, di non meno di diciotto mesi. Io mi auguro con tutto il

cuore di no, ma sembra che la minaccia sia che non durerà più di diciotto mesi.

La prima domanda che vorrei che il ministro potesse prendere nella dovuta attenzione è questa: *de facto* in questi diciotto mesi cosa vogliamo fare? A nessuno di noi sfugge l'idea che non è possibile compiere tutte le azioni descritte e che non è nemmeno possibile materialmente mantenere un livello di attenzione su tutto il campo della sanità.

Vorrei sapere, dunque, quali sono davvero i livelli essenziali di intervento politico, una sorta di LEA « politici », ovvero gli obiettivi che il ministro considera irrinunciabili. Su questi tre, cinque od otto punti vorrei davvero che questi diciotto mesi non trascorressero invano e che siano raggiunti risultati concreti attraverso l'attività del ministero e della Commissione.

Questa è una richiesta che io pongo certamente al ministro, e che abbiamo già posto anche al presidente della Commissione, ossia di mantenere quest'ottica di concretezza, che veramente presuppone una mentalità di *problem solving*. Si tratta, cioè, di risolvere problemi e non soltanto di enunciare promesse.

Dopo questa preghiera concreta, vorrei soffermarmi su alcune considerazioni svolte.

Lei ha utilizzato, anche molto correttamente, tutto lo spettro della terminologia della prevenzione – prevenzione primaria, secondaria e terziaria – e si è soffermata con dettaglio su questo punto anche successivamente, a proposito di alcune eccellenze. È tornato molte volte in evidenza il tema che la prevenzione costituisce soprattutto una condizione di promozione della salute: da una parte, esiste la dimensione della cura e, dall'altra, l'intervento positivo a supporto della salute.

Io ricordo il dibattito di alcuni anni fa, che fu alla base del cambiamento di nome tra Ministero della sanità e Ministero della salute. Il punto di vista era proprio quello della promozione sostanziale della salute.

In tutte le considerazioni del ministro – non sembri questo un allargamento del

tema, perché non lo è, vuole semplicemente essere una pista di confronto — è stata citata la collaborazione con il ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, soprattutto a proposito dei giovani medici e in relazione alla diretta possibilità di tornare a ridurre la durata degli anni della scuola di specializzazione da cinque a quattro per recuperare un maggior numero di borse e, quindi, per estendere il diritto alla formazione.

Non c'è dubbio che, se si vuole fare promozione della salute, la prima collaborazione va effettuata con il Ministero dell'istruzione, perché l'altro nome della salute è quello di educazione. Quando si parla di interventi che incidono in senso positivo sugli stili di vita, stiamo parlando di azioni che il Ministero della salute può compiere solo in quanto svolge un'azione di formazione e di intervento, sia con le famiglie, sia con la scuola. Questo potrebbe essere un buon modo per estrapolare una parte dei problemi, delegandone in un accordo programmatico la responsabilità.

Lei ha affrontato anche il tema dei determinanti di salute. Sappiamo che i determinanti di salute sono la nutrizione e il movimento, che sono le due dimensioni positive. Si aggiunge, però, soprattutto la lotta contro le dipendenze, il fumo e l'alcol. Lei stessa ha sottolineato tutte, anche le nuove, forme di tossicodipendenza, ma è intervenuta in modo particolarmente chiaro sulla dipendenza dal gioco d'azzardo, che ha visto questa Commissione impegnata l'anno scorso.

È di oggi la notizia che sono stati bruciati sul tavolo del gioco d'azzardo circa 2 miliardi di euro, di cui 1,7 nella sola città di Roma. Questo significa che anche l'attenzione alla prevenzione, a parte tutta la collaborazione con le regioni, va molto contestualizzata. Questo Piano di prevenzione va letto anche rispetto ai contesti concreti e alla specificità dei problemi emergenti che possono davvero richiedere un lavoro di adattamento che non può sfuggire.

Mi ha colpito molto questo Piano. Come si dice a Roma, «c'è di tutto e di più». C'è di tutto e, quindi, sarà necessario poi fare alcune scelte.

Mi ha colpito molto anche il lavoro che è stato fatto rispetto ai modelli. Lei ha immaginato il modello della prevenzione su larga scala, il modello della medicina territoriale con compiti specifici anche di sorveglianza e di filtro, il compito dei medici di famiglia, il compito degli ospedali, ai quali si demanda un intervento di media e di alta specializzazione, evitandone l'intasamento, con problematiche che possono essere risolte in seguito.

Non ho capito bene, però, come si dovrebbe collocare il tema delle farmacie e dei medici di medicina generale. Per vocazione professionale specifica è ovvio che la mia attenzione maggiore vada ai medici di medicina generale. Io sono una di coloro che ritengono che il ruolo dei medici di medicina generale non sia sufficientemente valorizzato, ma neanche sufficientemente riempito di responsabilità concrete che non siano quelle burocratiche.

Quello che lamentano i medici di medicina generale è, infatti, l'eccesso della burocratizzazione nel loro ruolo, che ruba tempo all'ascolto del paziente e all'intervento, che, in questo caso, potrebbe essere anche un intervento multidimensionale: da un lato, ci sarebbe un intervento precoce e, quindi, la possibilità di intervenire con una diagnosi veloce sui primi segni della malattia, dall'altro si svolgerebbe anche un ruolo di educazione alla salute. Il medico di medicina generale potrebbe essere una delle persone che prima, più e meglio spieghi alle famiglie e ai pazienti come intervenire.

Sul ruolo della farmacia non sono sicura. Mi piacerebbe che ce lo spiegasse meglio. Prima di allargare in questo senso, preferirei valorizzare tutta l'area del medico di medicina generale.

D'altra parte, mi sembra che in questa catena virtuosa, in cui sono collegate insieme queste realtà, il filtro dei servizi territoriali, l'intervento dei medici di medicina generale, l'ospedale e, successivamente, tutti i luoghi che si fanno carico del

malato - penso alle RSA, agli *hospice* e a molte altre strutture - quello che manca, in realtà, sia proprio il concetto di rete di integrazione di servizi. Ciò implica anche il concetto di un grosso risparmio e di economia, perché comporta la riduzione di un duplicato di analisi, delle richieste, nonché la restituzione del tempo di qualità all'assistenza del medico.

Mi ha lasciato un po' sconcertata - essendo lei stata in un'altra Commissione, forse ne ha una conoscenza indiretta, ma noi ne abbiamo una conoscenza molto diretta - tutto il tema del lavoro dell'attività libero-professionale dei medici, che è stato uno dei grandi temi all'attenzione di questa Commissione nel corso della passata legislatura.

Io ho ascoltato, ma non ho capito, e in merito le chiedo una specificazione, se questo significa che il prolungamento è l'ennesimo, lungo, eterno prolungamento dell'attività libero-professionale dei medici perché le strutture ospedaliere non sono ancora arrivate alla capacità di organizzarsi per l'accoglienza.

Il tema vero dell'attività libero-professionale è quando si convenziona lo studio privato diretto del medico. Come sappiamo, ma non voglio ora intervenire su questo, questa diventa una strada piuttosto facile non solo per l'evasione fiscale, ma anche per una sorta di «condizionamento», stando a quanto riferiscono i malati.

Voglio tornare, e chiudo, su un tema che rappresenta un'ingiustizia del sistema, sulla quale la prego di prestare attenzione.

Noi iscriviamo - i numeri non sono esatti, ma abbastanza vicini alla realtà - alle facoltà di medicina 10.000 studenti l'anno. Abbiamo, pertanto, il diritto di chiedere 10.000 borse, da suddividere tra le diverse specializzazioni e le scuole di medicina generale.

Non si può considerare completato l'*iter* di formazione di uno studente in medicina in sei anni. Il fabbisogno di formazione di uno studente di medicina, qualunque sia l'*iter* che sceglierà, è di dieci anni.

Gli anni di attesa tra la laurea e l'ingresso nella scuola di specializzazione, che sono due o tre, sono anni sostanzialmente persi per lo studente, perché non c'è un numero sufficiente di borse, che invece dovrebbe essere corrispondente. Probabilmente lo studente non riuscirà a frequentare proprio la scuola di specializzazione che vuole, dovrà frequentarne un'altra, ma il sistema deve garantire l'accesso, oltre a garantire un percorso percorribile in dieci anni.

Lei sa meglio di me che la facoltà di medicina è quella in cui gli studenti maggiormente si laureano in tempo. Gli indicatori di progressiva capacità di mantenere gli obiettivi raggiungono quasi il 90 per cento nelle università migliori e sono buoni anche nelle università più «accondiscendenti». Non si può più permettere che migliaia di studenti laureati in medicina restino in attesa della scuola di specializzazione. Riduca pure gli anni, oppure aumenti le borse, ma in ogni caso questa è un'ingiustizia strutturale nei confronti degli studenti di medicina.

ANNA MARGHERITA MIOTTO. Grazie, presidente. Ringrazio anch'io il ministro per questo confronto con la Commissione all'inizio della legislatura.

La legislatura era iniziata con una certa preoccupazione, perché nel discorso programmatico del Presidente del Consiglio i temi della sanità e dell'assistenza erano stati un po' silenziati. Forse si è trattato, o almeno così io l'avevo interpretato, di un dato quasi scontato, in quanto credo che nel nostro Paese nessuno si sognerebbe di mettere in discussione il sistema sanitario pubblico.

A questo noi teniamo tantissimo. È un segmento essenziale del sistema di *welfare* e, quindi, occorre non solo svolgere un'onesta ordinaria manutenzione, ma anche affrontare alcune criticità, che in parte lei ha già descritto nella sua relazione.

Io voglio concentrarmi maggiormente sulle questioni di sistema. È chiaro che alcune scelte compiute in questi anni, soprattutto quelle che hanno riguardato i tagli, hanno davvero compromesso la so-

stenibilità sociale del sistema e non solo la sostenibilità finanziaria, che è stata risolta semplicemente togliendo 8,6 miliardi negli ultimi quattro anni. Su questo vorrei soffermarmi.

Condivido molto quando lei dice che le politiche della salute fanno parte di una concezione per cui la salute, in verità, è presente in tutte le politiche, come ci raccomanda l'Europa. Se fossimo disattenti, basterebbero le cronache di queste ore a ricordarci che la salute è in tutte le politiche.

Basti pensare all'Ilva, all'Eternit, ai danneggiati da vaccinazioni, agli emofilici. Prendiamo solo questi quattro ambiti, nei quali la disattenzione, l'assenza di prevenzione e colpevoli negligenze hanno comportato e comportano danni irreparabili per le persone e anche danni economici, in alcuni casi insostenibili. Cerchiamo, quindi, di dedicare grande attenzione alla salute in tutte le politiche.

In secondo luogo, occorre prestare grande attenzione ai cambiamenti in atto. I cambiamenti che lei ha descritto implicano un ripensamento dei sistemi, sia dal lato della domanda che dell'offerta, sapendo bene che dobbiamo tenerci alla larga dalle logiche del mercato. Educare la domanda e programmare l'offerta è una funzione politica che compete, in concorso, a Stato e regioni, ma in un concorso virtuoso, non animato da ostilità. Altrimenti, il sistema non regge.

Vorrei, inoltre, sollecitare la sua attenzione su almeno sei questioni, che mi limito a elencare.

Il sistema si regge perché poggia su un architrave, rappresentato dai professionisti. Certo, servono anche i soldi, ma, anche se ci sono i soldi, con professionisti scendenti non si fa buona sanità. I professionisti sono, dunque, l'architrave del sistema.

In merito bisogna risolvere alcune questioni. Del precariato lei ha già detto. La formazione è stata in parte citata dalla collega Binetti, ragion per cui non la sottolineo ulteriormente.

In terzo luogo, si esaurisce la gobba che aveva fatto parlare di pletora dei medici.

Dobbiamo affrontare anche questa questione. C'è la possibilità di farlo senza spendere tanti soldi, ma affrontare il tema della gobba in esaurimento crea un grosso problema per il sistema sanitario, se non lo si fa rapidamente.

Ancora, dal 2009 al 2014 i contratti sono bloccati. È impensabile che ci possa essere, per un comparto così importante della pubblica amministrazione, un blocco, che peraltro continua, perché adesso un decreto del Governo lo estende al 2014. È un problema.

Presterei attenzione, su questo punto, alle scorciatoie che sono assolutamente da evitare in quanto già attuate nel passato, laddove si è compiuta un'operazione bruttissima, quando il Governo, parlando con le organizzazioni sindacali, ha più o meno affermato di non avere i soldi per i contratti e ha consentito ai medici di lavorare all'esterno in privato. Questo intervento ci ha fatto ereditare una situazione gravissima di conflitto di interessi dentro il sistema sanitario, che ora facciamo fatica a risolvere e che è stato appena ricordato dalla collega, riferendosi alla questione dell'*intramoenia*.

Facciamo attenzione su questo punto: non si trovi una via facile, una scorciatoia, che è destinata a far schiantare il sistema. C'è poco da fare.

Occorre poi dare attuazione alle norme già approvate: governo clinico, rischio clinico e riordino degli ordini. La riforma dell'ordine dei medici era stata approvata da questo ramo del Parlamento e si è bloccato al Senato. Occorre affrontare rapidamente questo tema, accanto alla normativa per tutte le professioni sanitarie che attendono riconoscimenti, sia chiaro, non economici. Questo è un tema che attende, perché ha maturato ritardi intollerabili.

Questo è il quadro sul versante dei professionisti. Poi c'è il versante dei cittadini malati. I LEA non sono garantiti a tutti, non sono garantiti in modo omogeneo sul territorio nazionale. Spesso dipendono dalla carta di identità.

Bisogna affrontare il tema delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi. I nuovi

LEA, che lei riferisce essere fermi al ministero dell'economia, attendono da troppo tempo. Il decreto sui nuovi LEA, varato recentemente, in verità ha un progenitore nel decreto predisposto, circa dieci anni fa ormai, dal Ministro Livia Turco. Anch'esso si è bloccato al ministero dell'economia. Occorre che su questo punto ci sia un'azione del Governo molto pressante e incisiva.

Inoltre, si deve procedere alla riorganizzazione del sistema per garantirne la sostenibilità: non si riorganizza un sistema con zero euro di investimenti. Noi siamo di fronte all'azzeramento dei trasferimenti alle regioni per gli investimenti.

Qual è stata la via per acquisire nuovi investimenti? È stata quella di ricorrere al privato attraverso operazioni di progetto di finanza. Tuttavia, il progetto di finanza, come è stato dimostrato, lo pagano i cittadini di un certo territorio in termini di minori servizi e, quindi, di minore opportunità di accesso ai LEA.

Il progetto di finanza non è fatto da opere di carità, né da istituzioni di beneficenza. È fatto da imprenditori, che naturalmente esigono di essere remunerati per i capitali che mettono sul mercato. Io penso che il progetto di finanza sia scarsamente conciliabile con gli obiettivi della sanità pubblica, a meno che per i costi dell'investimento non intervenga la regione con fondi separati. Poiché finora questo non è avvenuto, devo dirle che su questo punto occorrono interventi pubblici.

Sul versante degli investimenti lei sa che sfonda una porta aperta, perché gli investimenti fatti dal pubblico erano atti a contrastare la crisi, come manovra anticiclica. Per la verità, sono investimenti reclamati anche dagli enti locali e dalle regioni, ragion per cui credo che troverà grandi alleati innanzitutto nelle regioni su questo fronte.

Penso che questo corrisponda a una delle strategie che il Governo ha predisposto per uscire dalla crisi. Gli investimenti in questo campo sono, dunque, necessari e indispensabili per riorganizzare il sistema e per attuare la *spending review* in maniera intelligente.

Finisco su questo punto. La *spending review* era affidata a un tavolo con le regioni. È stata concepita bene, ma applicata malissimo. È stata applicata, infatti, secondo le modalità del taglio lineare. Questo non va bene.

Bisogna cambiare, signor ministro. Non si può, da un lato, rideterminare il fondo riducendolo e poi dire che la spesa farmaceutica territoriale, la spesa farmaceutica ospedaliera, i dispositivi medici hanno un tetto più basso della spesa precedente, parametrato sul fondo sanitario, che nel frattempo è diminuito. In questo modo si sommano due diminuzioni e davvero, a quel punto, non si garantiscono più i livelli essenziali.

La *spending review* non fa i conti, quando riduce l'importo dei contratti, con i prezzi di riferimento dell'Autorità di vigilanza dei contratti, ma ha, invece, applicato un criterio di taglio lineare, del meno 5 o del meno 10 per cento. Questo non va bene.

Con le regioni c'era, dunque, un tavolo aperto, secondo quanto era stato rilevato da questa Commissione all'unanimità in sede di esame, per le parti di competenza, del decreto-legge sulla *spending review*. Occorre trovare le giuste modalità per ritornare a un rapporto virtuoso anche su questo punto. La riduzione della spesa per l'acquisto di beni e servizi è possibile, ma nelle aziende in cui i contratti sono al di sopra del prezzo di riferimento, non al di sotto. In quest'ultimo caso si peggiora la qualità.

PRESIDENTE. Colleghi, abbiamo ancora sedici iscritti a parlare. Non ho interrotto le due colleghe che hanno impiegato un po' più tempo del previsto, perché mi sembra che gli argomenti che hanno posto alla discussione siano quelli che possiamo considerare già sul tappeto e all'attenzione del Ministro Lorenzin. Immagino che la maggior parte dei temi posti sia dalla collega Binetti, sia dalla collega Miotto siano quelli che abbiamo tutti nella testa.

Pregherei coloro che interverranno successivamente di concentrarsi proprio sulle

sollecitazioni, sugli stimoli e sulle domande da porre eventualmente al Governo, in modo da far sì che gli ultimi non siano i meno ascoltati.

Si può anche rinviare il seguito del dibattito ad altra seduta, ma gli ultimi, coloro che parleranno alla fine, saranno comunque penalizzati rispetto agli altri.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Grazie, presidente. Cercherò di stare nei limiti temporali concessi.

Ringrazio il ministro per l'esauriente relazione. Mi si consentirà anche di ringraziarla per il suo contributo positivo e decisivo in occasione dell'esame del cosiddetto decreto Stamina. Pur essendosi insediata da poco presso il suo ministero, le rendo atto di aver saputo interloquire con competenza con la Commissione, collaborando in modo fattivo perché la Commissione stessa potesse, in maniera unanime, apportare le modifiche migliorative approvate poi in Aula e da questa approvate. Ancora grazie.

Non c'è dubbio, quindi, che proprio quelle aperte dall'avanzare delle conoscenze mediche, che nel decreto Stamina hanno trovato una concretizzazione, saranno le sfide più importanti che dovremo affrontare nei prossimi anni. È in tal senso che il ruolo dello Stato in questa materia dovrà diventare sempre più centrale e delicato, proprio perché dovrà contribuire in maniera corposa a definire e tutelare il sempre delicato e sottile confine tra metodi scientifici la cui validità è acclarata e quelli che, invece, presentano motivi di dubbio e di perplessità.

Mi piace ritornare, dopo aver ascoltato la sua esauriente relazione, a quanto affermato all'inizio della scorsa legislatura dal Ministro Sacconi, per osservare che, specialmente su due problemi che mi stanno fondamentalmente a cuore, sono stati compiuti passi notevoli in avanti, ma che ancora molto, signor ministro, resta da fare.

Mi riferisco, nello specifico, al contrasto del fenomeno molto grave dei disavanzi sanitari di alcune regioni italiane — naturalmente non mi riferisco solo alle

regioni meridionali — a proposito dei quali sono stati varati, è vero, provvedimenti piuttosto importanti, ma che, restando la difficile situazione contabile, necessitano comunque di ulteriori attenzioni. Diversamente, restiamo inchiodati a queste problematiche, che ci impediscono di risolvere e di affrontare in maniera risolutiva altri problemi.

Inoltre, vi è la necessità forte di ripensare da un punto di vista concettuale la rete ospedaliera italiana, nel senso di favorire il nascere di grandi poli tecnologicamente avanzati in grado di servire i pazienti, anche col ricorso a cure domiciliari, ferma restando l'esigenza di garantire una presenza capillare dei servizi di emergenza in grado di servire i territori al posto di tante piccole, inefficienti e spesso insicure strutture ospedaliere.

Nell'ambito di questo discorso, voglio fare riferimento in maniera prioritaria a un argomento che mi sta molto a cuore, quello dei punti nascita, che continuano ancora a essere sotto i riflettori, non sempre in termini positivi.

Poiché questa è una legislatura nata in un contesto politico difficile, con lo scopo di portare a termine riforme tanto attese nell'ambito dell'economia, del lavoro e delle istituzioni, per quanto riguarda la materia di competenza della Commissione affari sociali e del ministero da lei presieduto c'è molto da lavorare. Anche sui grandi temi dei disavanzi sanitari e su quello cui ho accennato si può in sinergia contribuire, guardando a spazi temporali limitati. Diversamente, come diceva la collega Paola Binetti, possiamo disperdere la nostra attenzione.

Vi è un tema, infine, signor ministro, che mi permetto di richiamare alla sua attenzione, quello, che già altri colleghi hanno ricordato, della professionalità del personale medico. Si fa riferimento alla questione, di cui tanto parliamo anche in Parlamento, ma senza avere al momento una credibile soluzione da attuare, del fiorire del fenomeno delle cause giudiziarie nei confronti dei medici.

Nella scorsa legislatura, da un lato, il Parlamento ha avviato, ma senza portarlo

a conclusione, l'esame di alcune proposte di legge, volte in particolare ad affermare alcuni principi essenziali, *in primis* l'assicurazione a carico delle strutture sanitarie e l'obbligo di conciliazione stragiudiziale. Dall'altro lato, nella sua fase finale il Governo Monti ha emanato il cosiddetto decreto Balduzzi, che nella versione finale ha affrontato, secondo il mio parere in maniera assai riduttiva e deludente, alcuni temi, come quello della colpa grave della gestione del rischio clinico.

Signor ministro, colleghi, non si tratta qui di difendere in termini lobbistici alcuni interessi della classe medica. Si rappresentano, piuttosto, alcune questioni da risolvere al fine di garantire, da un lato, la professionalità dei medici e, dall'altro, di favorire in definitiva quello che deve essere l'obiettivo di tutti noi, ovvero che tra medico e paziente vi sia un rapporto basato sulla fiducia e sulla serenità, in modo tale che il primo possa compiere il proprio lavoro avendo tutti gli strumenti disponibili e che il secondo, il paziente, unico oggetto del nostro dire e soggetto fondamentale di tutta l'azione sanitaria, possa contare su una sanità davvero a misura dei propri bisogni clinici e umani.

Signor ministro, in breve, le ho sottoposto alcune questioni che ritengo essere piuttosto importanti. Come si intende affrontare, tenendo conto anche degli sforzi legislativi, il tema dei disavanzi regionali sanitari? Come si intende affrontare, o completare, visto che in alcune regioni è stato ben affrontato, il tema della riorganizzazione della rete ospedaliera, sempre prestando massima attenzione alla questione dei punti nascita?

Infine, chiedo se, anche alla luce degli sforzi, comunque insufficienti, compiuti dal precedente Governo, il Governo attuale e lei stessa, attraverso il suo dicastero, intendiate portare un contributo alla riflessione in merito al tema della professionalità dei medici e agli altri argomenti che ho precedentemente esposto.

Di vero cuore le auguro buon lavoro.

GIULIA GRILLO. Ministro, grazie della sua relazione. Ci sono alcuni punti che

sono sicuramente interessanti, ma il mio intervento sarà un po' critico, soprattutto in riferimento ad alcuni punti che fanno parte del suo programma.

In particolare, noi sottolineiamo e teniamo a un punto, quello relativo alle dipendenze. Su questo ci saremmo aspettati un approccio interministeriale, ministro, in quanto la prevenzione delle dipendenze richiede per sua stessa natura un approccio multidisciplinare, che deve prevedere un concerto con tutti gli altri ministri.

Per esempio, se io voglio combattere le dipendenze da gioco d'azzardo, non posso prescindere dalla legislazione che porta avanti il gioco d'azzardo stesso. Non posso prescindere dal fatto che ci sono imprese che hanno versato contributi a soggetti e partiti politici oggi presenti in Parlamento. Si è chiesta come potrà superare questo conflitto di interessi per risolvere veramente le dipendenze?

Naturalmente, tra le dipendenze da gioco d'azzardo io mi aspetto anche una lotta alla dipendenza da «gratta e vinci», da *slot machine* e da gioco d'azzardo *online*.

La stessa questione vale per il tabacco. Quale dovrebbe essere l'azione di prevenzione del ministro della salute per quanto riguarda la dipendenza dal tabacco? Lanciamo i soliti messaggi in televisione, le solite campagne informative che non servono a nulla? Sarebbero prevedibili altri tipi di intervento.

Lo stesso discorso vale per quanto riguarda la droga e le tossicodipendenze, ministro. Esiste una seria politica che combatta lo spaccio e il traffico delle sostanze stupefacenti? Si è confrontata con il ministro della giustizia?

Per quanto concerne il cancro, mi scusi, ministro Lorenzin, ma purtroppo ne ho sentito parlare troppo poco, mentre si tratta di un tema che mi sta particolarmente a cuore. Rilevo come allo stato abbiamo un Registro nazionale tumori a macchia di leopardo, che non ci fornisce la stima esatta del tipo e del numero di patologie; a tal proposito consiglio, per esempio, di utilizzare la banca dati del-

l'INPS, dalla quale sarebbero estraibili numerosi elementi statistici sui tumori.

La lotta ai tumori, ministro, è, a sua volta, una lotta interministeriale, che deve riguardare prima di tutto l'inquinamento ambientale. Dovrebbe confrontarsi con il ministro dei trasporti Lupi su quale tipo di politica vogliamo attuare. Dobbiamo combattere l'emissione di CO₂, di PM₁₀ e delle polveri sottili.

Lo stesso vale anche per il concerto col ministro dell'agricoltura. Che tipo di alimentazione vogliamo portare avanti? Ormai sappiamo benissimo che nella prevenzione delle patologie l'alimentazione è fondamentale. Dovremmo combattere un determinato tipo di alimentazione: no agli OGM, no agli allevamenti intensivi, no all'uso di antibiotici nelle carni.

Potrei andare avanti ancora per molto. Voglio solo sottolineare questo aspetto che noi riteniamo fondamentale, soprattutto nell'approccio di prevenzione, su cui lei ha speso moltissimo tempo. Non mi soffermerò sugli altri punti.

Aggiungo solo due ultime considerazioni. Che cosa intende lei per « linea di *governance* compartecipata »? In particolare, è il significato della parola « compartecipata » che vorrei chiarire.

Un'altra domanda che mi viene suggerita dai colleghi della Commissione affari sociali — nello specifico, dalla collega che è ingegnere gestionale — è se lei ha preso in considerazione la possibilità di lavorare anche con le università per individuare i *vulnera* del Servizio sanitario, offrendo così anche occasioni di sviluppo di collaborazioni con tutti i tipi di università.

MARISA NICCHI. Grazie, ministro. Ci saranno molte occasioni su cui potremo discutere del programma che ha presentato. La ringraziamo perché, come è stato già detto, eravamo un po' preoccupati visto che, al momento della nascita del Governo, nel programma illustrato dal Presidente Letta non avevamo intravisto questa priorità, cioè il tema del diritto alla salute e delle politiche in merito alla salute. Era un vuoto che ci preoccupava, trattandosi di un vuoto di impostazione e,

quindi, in questa sede vorremmo prendere in considerazione proprio il profilo dell'impostazione. Nel merito delle politiche avremo poi modo di discutere successivamente.

Noi vorremmo, infatti, parole chiare sul taglio, sulla linea che il suo ministero intende seguire. In tal senso ci premono due aspetti molto importanti, molto concreti. Possono sembrare di principio, ma sono in realtà molto pratici, perché segnano il taglio con cui si portano avanti le politiche.

Ricordiamo che per noi quello alla salute è un diritto costituzionale, per il quale ribadiamo il ruolo del sistema sanitario pubblico nazionale pagato dalla contribuzione fiscale generale. Per noi questo punto è importante, perché una serie di politiche degli ultimi tempi mettono a rischio questo principio, questa scelta. Penso, per esempio, alla continua politica dei tagli, cui poi arriverò. Chiedo se il prossimo taglio previsto, di un miliardo nel prossimo anno, viene ribadito dal suo ministero.

Penso poi al ricorso ai *ticket*, cui noi siamo contrari. Chiediamo, pertanto, una moratoria e un'eventuale rimodulazione, su principi di vera equità, basati sulla gravità delle malattie. Di questo avremo modo di parlare, perché domani c'è il *question time* ed entreremo nel merito. Non è di poco conto sul piano dell'impostazione della politica.

Noi ribadiamo che vogliamo un sistema pubblico nazionale che sia allettante sia per i ricchi sia per i poveri. È molto semplice, è una questione di giustizia.

Inoltre, e questo è l'altro tema, c'è una presunta insostenibilità del sistema. Dico « presunta » perché molti dati dimostrano che questa insostenibilità può essere discussa, considerato anche il rapporto con l'Europa. Avremo modo di approfondire il tema, ma ci tenevo molto a dire che, proprio in materia di impostazione, noi teniamo molto a mettere insieme la sostenibilità dell'universalismo con la questione economica.

Il sistema sanitario pubblico e la sua filiera sono una buona occasione per l'eco-

nomia del nostro Paese e anche per l'occupazione. La salute è un diritto, quindi, ma, ci teniamo a sottolineare che in tempi di crisi economica questo settore, questa branca tanto importante, è anche un'occasione per l'economia. Suggestivo anche questo come tema di impostazione, che è mancato nel discorso programmatico del Governo e che, secondo me, questa Commissione dovrebbe riaffermare.

Rispetto alle politiche passate abbiamo sentito nella sua introduzione alcuni accenni di discontinuità, che noi vogliamo approfondire al fine di renderli espliciti in modo più forte.

Lei ha fatto un accenno critico ai tagli lineari. Noi siamo fortemente contrari ai tagli lineari con cui si è intervenuti in questo settore, in quanto hanno solo prodotto poca efficienza, poca efficacia, e tagliato i servizi ai cittadini.

Oggi ci sono tante fasce della popolazione che escono dalle cure garantite dal sistema sanitario pubblico. Per noi il tema dell'accesso in eguale misura di tutti i cittadini alle cure è una questione di fondo. Per esempio, si dice che per il 50 per cento delle visite ambulatoriali si ricorre al privato, anche perché, attraverso il pagamento dei *ticket*, il sistema pubblico risulta poco competitivo rispetto al privato.

I punti di fondo su cui noi vogliamo continuare la nostra iniziativa di confronto necessitano, però, di parole sufficientemente chiare su alcuni temi. Noi vogliamo stabilizzare la spesa, non tagliarla. Basta con i tagli. Si tratta di stabilizzarla e razionalizzarla, per renderla più capace di assicurare la salute.

Una serie di proposte che lei avanza ci suggeriranno gli spunti per un confronto, ma noi pensiamo che si debba lavorare su tre livelli. Il primo, come già detto, è l'impostazione: ci deve essere più salute in tutte le politiche. Il secondo è che si deve riproporre la centralità del territorio, dei servizi territoriali e del loro sostegno, affermando la centralità dei comuni come soggetti che riescano a integrare tutto il

sistema territoriale. Il terzo è la questione della riorganizzazione della rete ospedaliera.

Oggi siamo all'indomani di una sentenza importante. Ieri è stata ribadita la condanna sulla questione dell'amianto. Questo ci ricorda una delle priorità della nostra politica, cui noi teniamo moltissimo: quella della prevenzione. Si tratta di fare innanzitutto una politica di perequazione delle situazioni. Ci sono già alcune risorse, che magari si potrebbero anche incrementare, ma soprattutto dobbiamo trovare un modo perché ci sia un utilizzo equilibrato in tutto il nostro Paese di tali risorse sui temi della prevenzione, con un coordinamento maggiore e più forte tra salute e ambiente.

Naturalmente, all'interno di questo ambito, una priorità va posta sulla questione della sicurezza all'interno dei luoghi di lavoro, su cui non riteniamo che sia posta la necessaria attenzione, rispetto al quale il nostro Paese ha un triste primato. Lo ribadisco proprio all'indomani dell'importante riconferma delle condanne sulla questione dell'amianto.

Noi siamo molto favorevoli a un potenziamento dei servizi sul territorio, coordinando il lavoro dei medici di famiglia con quello dei medici specialistici ospedalieri. Siamo favorevoli a discutere e ribadire la proposta di una sorta di Casa della salute, che proponiamo di realizzare in ogni distretto, rafforzando i servizi di salute mentale e anche i servizi sulla salute delle donne.

Lei ci ha promesso interventi che ci stupiranno. Saremo molto attenti alle sue proposte. Intanto le ricordo che, per esempio, su temi quale l'applicazione della legge n. 194 noi abbiamo sottolineato alcune carenze molto allarmanti, tanto che abbiamo sollecitato una mozione parlamentare per una buona applicazione dell'articolo 9 della stessa legge n. 194. Questo punto sarebbe già molto importante.

Noi vorremmo essere stupiti dalle sue iniziative su questi temi. Pensiamo altresì a una riorganizzazione della rete ospedaliera, che più volte viene riproposta, rilevando che essa non può avvenire solo

attraverso la riduzione dei posti letto. In ogni caso questa riorganizzazione va sempre compensata con l'implementazione dei servizi territoriali e la riduzione dei posti letto non può andare oltre la dotazione di 3,5 posti ogni 1.000 abitanti. Preciso questo aspetto per mettere le mani avanti, perché si parla di andare al di sotto di questi parametri.

Inoltre, auspichiamo di ripensare e di concentrare le strutture ad alta specializzazione, in modo da poter incrementare tutti gli investimenti necessari a moltiplicare le possibilità di diagnostica e di terapia domiciliare.

Noi sosteniamo, ancora, il superamento della logica aziendalistica delle ASL. Questa logica, poco efficace, visti i risultati ancora aperti sulla spesa, attribuisce prevalenza ai temi economici rispetto a quelli della salute, e questa è per noi una criticità.

L'altro tema su cui concentreremo il confronto è la separazione netta tra spesa pubblica e privata in sanità, al quale sono stati rivolti alcuni accenni. Si pone un problema di riorganizzazione e di regolamentazione delle famose attività di *intra-moenia* e delle incompatibilità nel rapporto di lavoro tra strutture pubbliche e private. Questo è un tema per noi molto importante.

Un altro tema è la questione dei criteri di nomina dei direttori generali delle ASL e dei primari. Vogliamo criteri ancora più trasparenti e non sottoposti ad alcuna influenza politica.

Ancora, c'è il contrasto al lavoro precario. Ne abbiamo parlato. Il lavoro precario nel sistema sanitario è un pessimo consigliere, perché demotiva gli operatori e toglie qualità alle prestazioni. Anche questo è un punto critico su cui incalzeremo il Governo e sentiremo proposte, perché per noi questi sono temi fondamentali.

PRESIDENTE. Grazie. Abbiamo così terminato lo svolgimento dei primi cinque interventi, uno per ciascun gruppo parlamentare, che avevamo previsto nella parte iniziale del dibattito. Proseguiremo ora con gli altri interventi.

DELIA MURER. Grazie, presidente. Cara ministra, sono molto contenta di aver trovato molti spunti nella sua relazione. Credo anch'io, però, che noi abbiamo bisogno di capire quali saranno le priorità per riuscire poi a concretizzare, anche in un tempo medio, gli obiettivi molto ampi e diversificati presenti nella sua relazione. Vorrei concentrarmi su alcune questioni.

La prima è quella dell'accesso alle cure nel sistema sanitario, in merito alla quale esprimo preoccupazione. Vengo da una regione, il Veneto, che ha un sistema sanitario di qualità, ma vorrei riferire che da tante realtà sto ricevendo indicazioni di persone, soprattutto anziane, che rinunciano alle cure. Questo avviene perché già attualmente i *ticket*, non quelli che avremmo dovuto avere, ma quelli che ci sono, stanno diventando un elemento che disincentiva alla cura.

La pregherei di fare molta attenzione, anche negli obiettivi che noi ci diamo, a capire bene la concretezza degli obiettivi stessi, la loro praticabilità. Mi interessa molto la possibilità di garantire la tenuta del sistema sanitario in un momento in cui c'è stato un definanziamento del sistema stesso.

Dobbiamo capire come questa accessibilità si trasformi in un intervento concreto, non in qualcosa che noi diciamo, ma che poi non vediamo realizzato. So bene che il sistema è gestito sia a livello centrale, sia dalle singole regioni, ma non possiamo avere troppe differenze sul territorio nazionale nella esigibilità dei LEA.

Sui LEA io vorrei sottolineare la necessità di avere certezze, che non ci sono state per anni. Auspico che sia attraverso il Patto per la salute con le regioni sia nella definizione dei LEA si possa arrivare a un punto concreto, che permetta un migliore e non un minore accesso delle persone al sistema, che noi vogliamo sia universalistico.

Vorrei anche sottolineare un altro aspetto che, secondo me, è critico, quello della presa in carico della persona tra medico di base, ospedale e sistema territoriale. Oggi assistiamo a fratture, non a prese in carico, soprattutto quando ci

troviamo di fronte a persone, magari anziane, che vengono dimesse dagli ospedali e che poi non trovano un percorso di sostegno nel rientro in una dimensione di cura territoriale che noi abbiamo decantato, ma che nella realtà non esiste.

Ricordo che su questi aspetti il gruppo al quale appartengo aveva criticato anche, nella passata legislatura, il cosiddetto decreto Balduzzi. Fare una riforma che investa sul territorio ci vede consenzienti, ma, se poi non ci sono le risorse perché queste strutture territoriali lavorino davvero H24 e ci siano sistemi intermedi tra l'ospedale e il medico di base, arriviamo all'abbandono della persona, non al suo sostegno.

Volevo poi porre alcune questioni più specifiche. La Camera, nella passata legislatura, aveva votato una mozione sulla medicina di genere. Io vorrei che lei ci dicesse qualcosa sugli impegni che il Governo può assumere su questi temi, in particolare per quanto attiene alla ricerca e alla formazione dei medici.

Un altro punto che veniva ricordato prima, senz'altro importante, è il tema della legge n. 194. Io credo che dobbiamo, da un lato, investire molto sulla prevenzione, rimettendo risorse sui consultori e verificando qual è il loro stato di presenza su tutto il territorio nazionale e, dall'altro, garantire l'applicazione della legge n. 194 e affrontare in termini seri il tema dell'obiezione di coscienza, che non può impedire in tante realtà l'applicazione di questa legge.

Un altro tema che mi vede particolarmente sensibile è il tema della violenza. Prendo atto del suo impegno sui Codici rosa nelle strutture di pronto soccorso. Credo che sia un punto molto importante, ma credo sia altrettanto importante un'azione di formazione, insieme con i Centri antiviolenza, di tutto il personale sanitario, nonché uno sforzo dei medici di base. Molto spesso noi sappiamo che la violenza non è denunciata nemmeno dalla donna. Servono, pertanto, sentinelle capaci di capire una situazione di difficoltà.

Io ci terrei molto che ci fosse una rete tra i servizi, sia tra i servizi specifici, che

devono esistere e che devono essere potenziati - ciò non riguarda il suo ministero - sia con tutto il sistema sanitario, che deve lavorare in rete sul problema da ultimo ricordato.

PRESIDENTE. Grazie. L'ultimo intervento della seduta odierna è quello del deputato Monchiero. Poiché vi sono ancora numerosi colleghi iscritti a parlare, il dibattito proseguirà in un'altra seduta che avrà luogo in una data da stabilirsi, anche sulla base della disponibilità del ministro.

GIOVANNI MONCHIERO. Sarò brevissimo, signor ministro. Voglio conquistare almeno il *record* dell'intervento più breve.

Non riprendo nessuno degli argomenti già trattati. Vorrei solo evidenziare una serie di questioni logiche che ho colto nell'intervento del ministro, rispetto alle quali avverto, però, qualche rischio di coerenza complessiva.

Sono stato molto lieto di ascoltare il ministro che parla bene del sistema nazionale, cosa che negli ultimi anni non accadeva sempre. Spesso tutti noi eravamo portati a evidenziare più gli aspetti negativi che non quelli positivi.

Il secondo punto sul quale vorrei soffermarmi è la centralità della funzione del suo ministero, che in tempi non lontanissimi era stato addirittura soppresso e accorpato nel ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del quale, invece, noi avvertiamo l'assoluta necessità, proprio nel momento in cui tutti costantemente affermiamo la presenza di disparità nell'esigibilità della tutela del diritto alla salute.

Le disparità attuali, a cui il sistema è giunto per una serie di cause, alle quali certamente non è estranea la modifica del Titolo V, richiedono forse un ripensamento, ma certamente un potenziamento delle attività del suo ministero.

Lei si è diffusa molto su questioni sulle quali condivido moltissime sue considerazioni, ragion per cui non sto a evidenziare nulla, soffermandomi piuttosto su un tema che è sempre ignorato, ma che rappresenta invece uno degli elementi centrali

della sostenibilità del sistema. Mi riferisco alle logiche di governo del sistema.

Tutti noi ci lamentiamo dei tagli lineari. Tutti noi, dai diversi punti di vista, li abbiamo contrastati. Vorrei ricordare, però, ai colleghi e a lei, signor ministro, che i tagli lineari sono la conseguenza di un'incapacità gestionale di agire in modo diverso. Se avessimo gli strumenti per agire in modo diverso, probabilmente Governo e regioni non opererebbero con i tagli lineari. Invece, il Governo e le regioni operano sistematicamente con i tagli lineari perché non sanno fare di meglio.

Per poter fare di meglio noi, ogni volta che affrontiamo il tema sanitario, non dobbiamo mai ignorare la logica complessiva del governo di questo sistema, che è coinvolta anche da un argomento che lei ha sottolineato e sul quale vorrei tornare con un po' di preoccupazione: si tratta della competizione internazionale.

Io non sono del tutto convinto che l'Italia sia pronta a questa competizione internazionale, temo che avremo una mobilità passiva superiore a quella attiva e soprattutto vorrei evidenziare che la competizione internazionale avvenga esclusivamente sul tema delle cure ospedaliere, mentre noi stiamo lavorando molto per l'integrazione del sistema tra ospedale e territorio.

Corriamo, quindi, un duplice rischio, quello di non essere sufficientemente competitivi, ma anche quello, laddove fossimo competitivi, che i nostri ospedali siano

motivati ad assistere prima gli stranieri « paganti » e poi i cittadini italiani. Ci sono situazioni nelle quali dovremmo davvero entrare, le quali necessitano anche sotto questo profilo, che l'aspetto delle logiche di governo sia al centro di tutte le nostre azioni.

Sulle logiche di governo vorrei sottolineare un elemento troppo spesso dimenticato, poi chiudo davvero e resto nei tre minuti che mi ero prefisso. Occorre fornire alcune motivazioni affinché i diversi livelli di responsabilità siano incentivati a essere virtuosi. Se noi predichiamo solo la virtù, probabilmente otterremo anche ascolto, ma, se, accanto alla predicazione, aggiungiamo un incentivo, è più probabile che l'ascolto cresca.

Grazie, signor ministro.

PRESIDENTE. Grazie, collega Monchiero.

Come già comunicato, il seguito dello svolgimento dell'audizione del ministro Lorenzin è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 13,55.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 2 luglio 2013.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

