

COMMISSIONE V
BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE
Comitato permanente per il monitoraggio degli interventi
di controllo e contenimento della spesa pubblica

Resoconto stenografico

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ANDAMENTO DEI SALDI DI FINANZA PUBBLICA

Seduta di mercoledì 6 aprile 2005

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DANIELA GARNERO SANTANCHÈ

La seduta comincia alle 14,35.

(Il Comitato approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata, oltre che attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso, anche mediante la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati.
(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della salute, Girolamo Sirchia.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'andamento dei saldi di finanza pubblica, l'audizione del ministro della salute Girolamo Sirchia.

Vorrei ringraziare il ministro per la disponibilità manifestata nei confronti della Commissione, che non vuole essere un atto formale. Credo che la sua presenza nella seduta odierna faccia seguito ad un precedente intervento in Commissione, in occasione dell'esame di un provvedimento d'urgenza vertente specificatamente sulla spesa farmaceutica.

Mi pare che l'intervento del ministro costituisca la più evidente dimostrazione dell'attenzione del Governo, oltre che della Commissione bilancio, anche per il tramite del Comitato che ho l'onore di presiedere, nei confronti dell'esigenza di assicurare un efficace monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria, anche per evitare in futuro il ricorso a nuovi provvedimenti d'urgenza destinati a ripianare i maggiori oneri che dovessero evidenziarsi.

Tali provvedimenti determinano infatti strascichi polemici e proteste in quanto generalmente finiscono per addebitare i maggiori oneri, con particolare riferimento a quelli connessi alla spesa farmaceutica, in larga parte a carico delle imprese nel settore, con inevitabili ricadute negative per quanto concerne la disponibilità da parte delle stesse delle risorse necessarie per l'effettuazione di nuovi investimenti e per il finanziamento della ricerca.

Ricordo brevemente che la legge finanziaria per il 2005, oltre a fissare il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale per il triennio 2005-2007, attribuisce importanti compiti all'Agenzia italiana del farmaco per quanto concerne l'individuazione del confezionamento ottimale dei farmaci e subordina l'erogazione dei finanziamenti integrativi a carico dello Stato alla stipula di una specifica intesa con le regioni che tra le altre cose preveda il miglioramento del monitoraggio

della spesa nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario, l'effettiva attuazione del processo di razionalizzazione dell'offerta e della domanda ospedaliera, il rispetto dei vincoli relativi alla crescita dei costi di produzione.

Da ultimo, si è attribuito ai presidenti delle regioni, a tal fine qualificandoli come commissari *ad acta*, la responsabilità di assumere i necessari provvedimenti per il ripiano nel caso in cui si evidenzino disavanzi di gestione, a tal fine esplicitamente prospettando anche la possibilità del ricorso alla leva tributaria.

A questo specifico riguardo, occorre acquisire la valutazione del ministro della salute sulle soluzioni che possono essere adottate, al fine di assicurare alle regioni le risorse necessarie a sostituire il gettito attualmente assicurato dall'IRAP, la cui eliminazione è divenuta ineludibile anche in ragione di una recente pronuncia comunitaria.

In sostanza, la legge finanziaria ha inteso rafforzare ulteriormente i presìdi già in essere per il controllo del contenimento della spesa sanitaria.

Si tratta allora di capire in che misura quelle disposizioni abbiano trovato concreta attuazione, sia per quanto concerne l'operatività dell'Agenzia italiana del farmaco sia per quanto riguarda i compiti affidati alle regioni, e quali ulteriori iniziative il ministero intenda assumere allo scopo, in aggiunta alla campagna di sensibilizzazione che è stata realizzata al fine di indurre i cittadini ad un più oculato utilizzo dei farmaci.

Infine, mi pare opportuno acquisire informazioni dal ministro sullo stato di realizzazione della tessera sanitaria.

Do la parola al ministro Sirchia per il suo intervento.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. È a disposizione della Commissione una copia degli atti che mi accingo a presentare, divisa in due capitoli, uno relativo alla spesa sanitaria e l'altro relativo alla spesa farmaceutica.

Per gli anni 2001-2004, periodo di riferimento dell'accordo Stato-regioni del 2001, nella tabella A1 troverete alcuni dati. Nell'anno 2004 i costi globali sono stati pari a 88.934 milioni di euro e i ricavi sono stati pari a 85.484 milioni di euro, per cui il totale dei disavanzi, facilmente ricavabile, è pari a 3.535 milioni di euro.

I costi di cui parliamo, riportati nella tabella A1, nell'ultima colonna, comprendono anche i costi relativi al contratto del comparto per il relativo biennio, ma non comprendono il rinnovo del contratto della dirigenza e il secondo biennio del comparto.

Guardando la tabella A2, i dati sono stati scomposti in tre comparti: costi e ricavi relativi alle funzioni sanitarie; costi e ricavi della gestione straordinaria, comprese le variazioni delle rimanenze; costi e ricavi dell'attività *intra moenia*.

Mi fermo soprattutto su questo punto per richiamare la vostra attenzione sul fatto che nella colonna della citata tabella figura un attivo di 114.094 milioni di euro, per mettervi subito sull'avviso che questo risultato attivo è soltanto apparente, in quanto, per motivi di tecnica contabile, il dato relativo ai costi sostenuti dalle aziende sanitarie per l'indennità di esclusività - pari a 1500 milioni di euro - è incluso tra i costi della colonna delle funzioni assistenziali; infatti, se questo venisse portato a confronto con l'utile di cui dicevo poc'anzi apparirebbe in tutta la sua interezza il reale livello di passività. Credo, quindi, che si debba riflettere sul fatto che questa attività libero professionale, *l'intra moenia*, non ha prodotto i risultati sperati; infatti, non ha abbattuto i tempi di attesa, ha comportato una spesa aggiuntiva per i cittadini e un costo assai rilevante per le aziende sanitarie.

La tabella A3 illustra l'incremento straordinario di risorse successivo all'accordo dell'8 agosto 2001 fino ad oggi. Nel 2000 c'era un fondo che ammontava a meno di 66 mila milioni di euro; nel 2004 si è arrivati a 82.400 milioni di euro e tuttavia, malgrado questo notevole incremento, i disavanzi sono continuati. Queste perdite trovano una ragione nel fatto che nonostante il Fondo sanitario nazionale è passato dal 5,6 per cento del PIL del 2000 al 6,2 per cento del PIL del 2004. Si sono verificati contestualmente dei cambiamenti epocali soprattutto legati all'evoluzione tecnica e scientifica della

medicina e all'invecchiamento della popolazione con aumento delle patologie croniche che ovviamente ha accresciuto la necessità di servizi sanitari. Per di più da parte della popolazione è aumentata la percezione del bene salute (cosa ovviamente di grande valore), associata al fatto che non era stato mai impostato un piano nazionale di prevenzione che permettesse di avere su tutto il territorio nazionale un'efficace rete di prevenzione delle malattie croniche. Questo è dimostrato dal fatto che il 45 per cento della popolazione italiana ancora non si assoggetta a *screening* oncologici; tutto ciò, quindi, significa che si perde il grande beneficio di effettuare gli *screening* per i tumori che rappresentano, come è noto, l'investimento a più alto ritorno in termini economici e di salute. Questo incremento ha continuato a produrre sprechi e cattive gestioni in alcune ASL; infatti, malgrado tutte le regioni si siano impegnate nel migliorare l'organizzazione dei propri servizi sanitari, in alcune regioni il risultato è stato migliore che in altre. Tutto ciò comporta la mancata erogazione di una quantità di servizi legati alle risorse ricevute o comunque generate.

Peraltro, va detto che l'accordo dell'8 agosto 2001, non avendo fissato gli *standard* di quantità e di qualità dei servizi che venivano elencati, ha consentito questo fenomeno; quindi, è stato importante inserire nella legge finanziaria 2005 i nuovi *standard* per il rinnovo dell'accordo dell'8 agosto 2001. In conclusione, quindi, possiamo dire che non tutte le regioni hanno ottemperato al principio di responsabilità finanziaria sottoscritto nell'accordo del 2001 anche per un difetto insito nell'accordo stesso che, in quel momento, non ebbe la capacità di prevedere questo fenomeno.

Quale è stato allora il correttivo apportato dalla legge finanziaria del 2005? Questa è stata una finanziaria di svolta per almeno due motivi: in primo luogo per il notevole incremento di risorse trasferite alle regioni per il Servizio sanitario nazionale (siamo arrivati a 88.195 milioni di euro cui bisogna aggiungere 2 mila milioni di concorso al ripiano di disavanzi per il periodo 2001-2003); un secondo luogo per aver consentito l'accesso ad un maggior finanziamento a condizione che venga stipulata un'intesa Stato-regioni che possa rinnovare l'accordo dell'8 agosto 2001 con vincoli e impegni maggiori (più finanziamenti a patto che questi si traducano in servizi sanitari per i cittadini).

L'indispensabilità di questa intesa si comprende meglio se si riflette sulla situazione economico finanziaria che si va delineando per l'anno 2005. La riflessione che dobbiamo fare è che i ricavi stimabili per il 2005 da parte delle aziende sanitarie ammontano a 90.800 milioni di euro, mentre i costi attesi al 2004 ammontano a 88.900 milioni di euro, ma mancano all'appello almeno tre importanti sorgenti di spesa: sottoscrizione ed applicazione del contratto della dirigenza medica che nel 2005 potrebbe avere un impatto di 2.800 milioni; sottoscrizione ed applicazione del contratto per il secondo biennio del comparto con un impatto di 1.200 milioni; sottoscrizione ed applicazione della nuova convenzione per la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica con un impatto di 800 milioni di euro. L'importo complessivo di queste tre voci ammonta a 4.800 milioni di euro che, sommandosi ai costi già prima enunciati, porterebbe il costo tendenziale a 93.400 milioni di euro per il 2005 con un disavanzo tendenziale di circa 2.600 milioni di euro. Tutto questo serve per capire che è stato assolutamente necessario attuare una manovra che evitasse il rischio di incorrere in questo pericoloso sfondamento che poi dovrebbe essere ripianato con difficoltà non indifferenti.

La manovra è legata alle disposizioni contenute nei commi 164 e seguenti dell'articolo 1 della legge finanziaria 2005. In particolare, la sottoscrizione di questa intesa volta a contenere o eliminare il disavanzo di cui poc'anzi parlavo è prevista dal comma 173 della stessa legge. In che modo?

La stessa legge finanziaria precisa come conseguire tale risultato, indicando l'esigenza di definire degli *standard* di quantità e di qualità dei livelli essenziali di assistenza. Dal punto di vista quantitativo, ciò si traduce nell'individuazione del numero di prestazioni annue, per grandi capitoli di patologia, ogni mille abitanti. Lo *standard* implica anche il conseguimento di un livello qualitativo delle prestazioni, in mancanza del quale sarebbe pregiudicato il raggiungimento del risultato voluto. La legge finanziaria, inoltre, evidenzia anche la necessità di fissare tariffe massime per le remunerazioni delle prestazioni: valori eccessivi - come quelli registrati in alcune regioni - comporterebbero, infatti, automaticamente uno sfondamento dei livelli di riferimento. Infine,

vengono riconosciuti in capo al ministro della salute compiti di verifica in ordine all'erogazione dei LEA.

Tutto ciò viene ad integrare una normativa già esistente, che prevede il costante aggiornamento (attualmente in corso) e la revisione delle prestazioni comprese nei LEA, e un'attività concordata con le regioni per un aggiornamento comune di una serie di fondamentali elementi regolatori del servizio sanitario, quali, ad esempio, la classificazione delle strutture delle prestazioni, la revisione del nomenclatore tariffario, la misura dei costi, iniziative previste tutte dal cosiddetto «progetto mattoni» condiviso con le regioni.

Con la legge finanziaria sono stati, infine, vincolati - accanto alle risorse già finalizzate con il Piano sanitario 2003-2005 - altri 250 milioni di euro, destinati al finanziamento di due fondamentali programmi nazionali, il Piano nazionale di prevenzione attiva e il Piano nazionale di aggiornamento del personale sanitario del Servizio sanitario nazionale. Sono questi i vincoli di natura sanitaria accanto ai quali si collocano quelli tradizionali di natura economica, riassumibili nel rispetto del patto di stabilità e nel tetto per la spesa la farmaceutica convenzionata, fissato al 13 per cento, cui spetta una trattazione separata.

Ovviamente, occorre verificare che tali vincoli economici non comportino riduzioni dei servizi e quindi dei livelli essenziali di assistenza - problema importante che non era stato affrontato in passato - o cattiva erogazione degli stessi, da cui conseguirebbe, ancora una volta, il mancato rispetto dei diritti dei cittadini. Qualora i vincoli non siano rispettati, sarà possibile chiedere alle regioni inadempienti la definizione di un piano di rientro verificabile, cioè di un piano che ci consenta di correggere insieme le disfunzioni riscontrate. Diversamente, la regione non sarà autorizzata ad accedere ai maggiori finanziamenti previsti dalla legge finanziaria, vincolo necessario ad evitare la presenza di sfondamenti di tale portata da rivelarsi irrecuperabili o recuperabili con grandi manovre e con sacrifici pericolosi.

Accanto a ciò e in coerenza con questo impianto, il ministero ha presentato la proposta di ripartizione delle disponibilità finanziarie per il 2005 e il decreto di utilizzo di 2 mila milioni per il concorso al ripiano dei disavanzi pregressi, insieme allo schema di intesa. Si è dunque definito un pacchetto consistente in tre provvedimenti e si è chiesto alla Conferenza Stato regioni il loro esame contestuale, sebbene la richiesta più naturale per le regioni fosse quella di cominciare ad erogare le risorse finanziarie e discutere successivamente dell'intesa. Ma proprio perchè una soluzione simile non avrebbe consentito il perseguimento dei nostri obiettivi, abbiamo chiesto di esaminare contestualmente i provvedimenti. Dopo un'iniziale contrarietà da parte delle regioni, in data 23 marzo 2005, la Conferenza Stato-regioni ha accettato di sottoscrivere la triplice intesa e questa è stata, in effetti, sottoscritta.

Pertanto, disponiamo ora dello strumento che ci permetterà di imprimere una vera svolta migliorativa al Servizio sanitario nazionale, garantendo la presenza di maggiori fondi e la loro traduzione in servizi, nonché l'uniformità degli stessi nelle regioni, in modo tale da recuperare molti «viaggi della speranza» o comunque molte ineguaglianze ancora sussistenti.

Vengo ora alla spesa farmaceutica convenzionata, a carico del Servizio sanitario nazionale, la quale, nell'anno 2004, è stata pari a 11.980 milioni di euro, con un incremento rispetto all'anno precedente di 885 milioni di euro (8 per cento). Come risulta dalla tabella 1, allegata alla documentazione consegnatavi, i fattori che hanno maggiormente inciso su tale incremento della spesa sono stati primariamente l'aumento dei consumi (con un incremento del 6, 8 per cento delle ricette) e, in misura minore, lo spostamento dei consumi verso farmaci a più alto prezzo nell'ambito delle categorie omogenee (incremento del 3, 1 per cento).

Non vi è stato invece un incremento della spesa dei farmaci di fascia C, contrariamente a quanto viene continuamente ripetuto; piuttosto, se ne riscontra una lieve flessione (da 3.108 milioni del 2003 a 3.033 milioni del 2004), come è possibile verificare dalla tabella numero 3, certamente dovuta all'ingresso nel prontuario farmaceutico di un maggior numero di farmaci di fascia A, cioè gratuitamente erogabili ai cittadini. La differenza assoluta fra la spesa farmaceutica pubblica programmata e spesa effettiva nel 2004 è stata calcolata in 1.341 milioni di euro, come figura dalla

tabella 4. Quindi, in realtà, nel 2004, il tetto del 13 per cento non è stato rispettato e la spesa ha raggiunto il 14,6 per cento.

La tabella 6 consente, quindi, di esaminare lo sfondamento per singole regioni. Da quanto indicato, risulta chiaramente che quattro regioni hanno determinato oltre il 70 per cento dell'intero sfondamento e sei regioni hanno causato la quasi totalità dello sfondamento complessivo. Si ricava pertanto che il fenomeno, anziché distribuirsi uniformemente in Italia, si è piuttosto concentrato in alcune regioni. Sono dati su cui riflettere, perché è ovvio che un fenomeno simile debba essere corretto, sollecitando le regioni interessate o costringendole, se volete, ad operare meglio; altrimenti tutta la nazione sarà chiamata a pagarne le conseguenze.

La considerazione alla base delle manovre di ripiano resesi necessarie per contenere e ridurre, possibilmente, lo sfondamento, è molto semplice. Poiché in Italia non è accaduto nulla (né casi epidemici né altri fenomeni capaci di compromettere la salute pubblica) che possa legittimare l'aumento di spesa registrato, si deve ritenere che questo, evidentemente, piuttosto che ad una causa oggettiva, sia dovuto a ragioni diverse, non riconducibili a fattori capaci di giustificarlo. Per questo motivo, incrementi simili debbono essere contenuti.

La legge n. 326 del 2003, che ha istituito l'Agenzia italiana del farmaco, ha anche affidato a tale agenzia il compito di ridefinire, anche temporaneamente, la quota di spettanza al produttore per i farmaci rimborsati dal Servizio sanitario nazionale nella misura del 60 per cento del superamento, attribuendo il rimanente 40 per cento al ripiano regionale.

Nel corso del 2004, quando è stata costituita l'agenzia, si è registrato, a partire dal mese di marzo, un forte incremento della spesa farmaceutica e, quindi, si è ritenuto importante intervenire con un atto governativo - il decreto-legge n. 156 del 24 giugno 2004 - che ha imposto al produttore uno sconto sul proprio margine pari al 4,12 per cento del prezzo al pubblico, IVA compresa. Ciò ha consentito di «raffreddare» la situazione.

A partire dall'entrata in vigore del decreto, il risparmio che si è ottenuto è stato di 231 milioni di euro. Tale manovra, se sarà necessario continuarla - sembrerebbe di no - e se applicata a tutto il 2005, potrebbe arrivare a portare ad un ulteriore risparmio pari a circa 460 milioni di euro. Tuttavia, dato il monitoraggio dei dati che abbiamo, pare che l'esito della manovra sia stato sufficiente e non sarà quindi necessario continuare con tale imposizione di riduzione dei margini per l'industria.

L'altro elemento importante è dato dall'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale, che è stato deliberato dall'Agenzia del farmaco il 2 dicembre 2004, sulla base dei dati di consumo e di spesa relativi al primo semestre del 2004. Questo provvedimento, di fatto, colpisce il fenomeno di *rebound* provocato dal primo. Infatti, con il primo provvedimento sono stati tagliati i prezzi e le aziende hanno ottenuto di aumentare consumi mentre, con il secondo provvedimento, si punisce l'aumento non giustificato dei consumi, quindi, si opera una riduzione dei prezzi al pubblico limitata a quelle classi di medicinali che più sono cresciute superando una soglia ritenuta fisiologica di aumento dei consumi, pari al 8,4 per cento.

A seguito delle manovre descritte, lo sfondamento attribuito ai soggetti privati, o meglio, la quota che hanno pagato, è stata pari a 731 milioni di euro al netto dell'IVA. La continuazione del monitoraggio ci permetterà poi di usare ancora questi strumenti oppure di ridurne l'applicazione in modo tale da consentire di mantenerci all'interno del tetto del 13 per cento per la farmaceutica convenzionata.

Nel frattempo, la legge finanziaria del 2005 ha però aumentato il Fondo sanitario nazionale (cioè, l'equivalente del Fondo sanitario nazionale) in modo tale che il finanziamento della spesa farmaceutica, secondo l'incremento dato, a fronte del 13 per cento della spesa totale, non sia più di 10.639 milioni di euro, come l'anno scorso, bensì di 11.465 milioni di euro.

Quindi, pur mantenendo il tetto al 13 per cento, la disponibilità finanziaria è aumentata in modo consistente, di una cifra pari a 826 milioni di euro.

I dati preliminari relativi a gennaio e febbraio del 2005 fanno registrare una spesa netta inferiore rispettivamente del 4,5 per cento e del 2,7 per cento rispetto agli stessi mesi del 2004.

Questo dato ci dà il polso della situazione permettendoci di affermare che oggi siamo in condizione

di governare la spesa farmaceutica (un fatto fino ad oggi difficile o quasi impossibile). Accanto a queste iniziative, l'Agenzia italiana del farmaco ha il compito di studiare delle modalità di confezionamento diverso e ottimale per i farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale, prevedendo confezioni di avvio che permetteranno di evitare di sprecare i farmaci.

Tuttavia, quanto descritto risulterebbe privo di significato se le regioni non migliorassero al contempo i controlli che hanno la possibilità di effettuare ed incentivare. È infatti necessaria, da parte dei medici di base, appropriatezza nelle prescrizioni e, soprattutto, rispetto delle note AIFA, in modo da consentire un più ampio prontuario farmaceutico (sempre a condizione che l'uso di quei farmaci sia appropriato). Come già accennato, il 40 per cento dello sfondamento del tetto va a carico delle regioni e, a partire dal 2005, le regioni che supereranno il tetto di spesa farmaceutica senza adottare al contempo misure di contenimento di tale spesa (si veda, il monitoraggio della spesa nelle ASL, la distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo ricompresi nel prontuario farmaceutico ospedaliero, la promozione dei farmaci generici o genericabili e il controllo dell'attività di promozione da parte delle aziende farmaceutiche), sono tenute, nell'esercizio successivo a quello di rilevazione, ad adottare misure di contenimento pari al 50 per cento del proprio sfondamento in luogo dell'originario 40 per cento.

Sui farmaci generici, l'agenzia ha anche il compito di aumentare la cultura e la diffusione di tali farmaci, peraltro, già in aumento perché - lo ricordo - questi ultimi sono passati dall'1 per cento delle vendite, nel 2001, al 10 per cento nel 2004. Tuttavia, il nostro obiettivo è arrivare al 20 per cento alla fine del triennio, così portandoci a livello europeo alla stregua dei paesi che più hanno sviluppato questa strada.

Concludo ribadendo che siamo in presenza di una finanziaria che ci permette di migliorare, radicalmente, la situazione del Servizio sanitario, nella quale sono state stanziare più risorse ma, anche, poste maggiori garanzie che tali risorse si traducano in servizi sanitari, in modo tale che questi ultimi vengano erogati in via abbastanza uniforme nelle varie regioni del paese onde evitare che il diritto costituzionale alla salute venga compromesso dalle differenze o dalla mancata erogazione dei LEA.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Sirchia per la sua illustrazione. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire.

ARNALDO MARIOTTI. Ringrazio il ministro, anche per la relazione che ha depositato e che noi, naturalmente, studieremo con attenzione. Questo Comitato sta indagando sulla spesa pubblica per verificare anche la qualità della medesima oltre che la quantità. Lei ha riferito - ma è scritto anche nella relazione - che, per quanto riguarda la spesa sanitaria, escludendo la farmaceutica, nel 2005, vi sarà un disavanzo tendenziale di 2.600 milioni di euro.

Mi pare di ricordare che si tratta della stessa cifra che durante la discussione della finanziaria le regioni avevano sollevato parlando di sottovalutazione della spesa prevista in bilancio. In altre parole, si tratta, in qualche misura, di una morte annunciata: si sapeva che doveva succedere tutto questo!

Lei afferma inoltre che bisogna fare una manovra di correzione. Siamo però ad aprile e lei vorrebbe correggere, a metà anno, la spesa: vorremmo capire meglio in che modo e, soprattutto, se questa operazione verrà fatta - come, a mio avviso, dovrebbe accadere - attraverso regole condivise.

Altrimenti, arriveremo, così come lei ha ricordato nel suo intervento, ad un disavanzo «nascosto». Infatti, non si possono eliminare i servizi ai cittadini da un giorno all'altro.

Quindi, siamo di fronte, ad una violazione - o, comunque, una mancanza di rispetto - del metodo Gordon Brown (il famoso 2 per cento di aumento della spesa rispetto all'anno precedente).

Pertanto, su questo aspetto vorrei capire meglio che rapporto vi sia fra il Governo e le regioni e se la correzione da apportare a metà anno sia già in corso: si tratta di un dibattito già aperto e qual è la posizione del Governo rispetto all'azione da intraprendere con le regioni?

Vi è poi la questione dell'accordo dell'8 agosto, che, in assenza di elementi per intervenire, non ha portato al raggiungimento dei risultati sperati. Purtroppo questo accordo non è più modificabile perché è già scaduto nel 2004. Mi chiedo quindi a che punto sia il nuovo accordo tra lo stato e le regioni. Vorrei inoltre sapere se, rispetto alla violazione di alcune norme, visti i poteri che il Governo ha di commissariare le regioni, esistano delle operazioni in corso rispetto ai dati da lei forniti.

L'ultima questione, che lei non ha ripreso, già sollevata dall'onorevole Santanchè, riguarda l'intenzione del Presidente del Consiglio dei ministri di sostituire l'IRAP nell'anno in corso. Vorrei sapere in che modo si andrà a sostituire questa tassa e attraverso quale finanziamento si coprirà il minor gettito derivante dall'abolizione della stessa.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Questa legge finanziaria ha affrontato il problema del Fondo sanitario nazionale in modo diverso rispetto al passato, ponendosi come obiettivo il finanziamento reale della spesa pubblica sanitaria, senza sottostimare i costi effettivi. Ciò purtroppo non porta automaticamente le richieste delle singole regioni ad avere un qualche valore, e sappiamo che, a fronte delle richieste avanzate dalle regioni, vi è spazio per un recupero di efficienza molto significativo. Abbiamo quindi cercato di conciliare le due posizioni. Il grande sforzo è stato quello di dare dei meccanismi strutturali che potessero aumentare questa efficienza con la garanzia che questi soldi andassero a migliorare il servizio sanitario. Credo che tutto ciò ci dia una posizione di forza rispetto al futuro, anche se si tratta di posizioni comunque migliorabili.

La negoziazione con le regioni è stata difficile e il nuovo accordo dell'8 agosto, che in realtà è avvenuto il 23 marzo, è stato effettivamente siglato. A fronte di maggiori risorse - che solo in parte sono quelle del vecchio fondo, in parte sono dovute al ripiano dei vecchi debiti - verranno migliorati i servizi, anche attraverso piani nazionali di prevenzione e di educazione. I fondamentali del sistema sono stati definiti e credo che la verifica andrà fatta nel corso dell'anno. È vero che si è partiti già in corso d'anno. Le regioni hanno avuto delle difficoltà a prendere sul serio le nostre richieste, anche per motivi legati allo svolgimento delle stesse elezioni. Abbiamo comunque del tempo per migliorare la situazione, anche per osservare il funzionamento di questo meccanismo.

Abbiamo la leva dell'accesso ai maggiori finanziamenti che rappresentano un forte incentivo. Siamo disponibili ad affiancare le regioni, a fornire partenariati tra le regioni stesse, affinché queste siano nelle condizioni di raggiungere dei risultati positivi. Per quel che riguarda la sostituzione dell'IRAP con altre entrate, è ovvio che ciò debba avvenire, ma non mi risulta che al momento la questione sia totalmente definita.

RENATO GALEAZZI. La ringraziamo, ministro, per la sua presenza e per le risposte già date alle nostre domande. Ci sono delle questioni cruciali che lei ha affrontato. Ha sostenuto, tra l'altro, che il 45 per cento della popolazione è già sottoposta ad uno *screening* per neoplasie; su questo terreno i progetti sono ad uno stadio più avanzato e si tratta di progetti che hanno la funzione di creare salute. Vorremmo avere al riguardo dei dati più precisi. Vi è poi il problema dell'aggiornamento, tra cui l'ECM, che a mio giudizio ancora non funziona. Ciò chiama in causa i rapporti con il mondo dell'industria, rispetto ai quali, occorre fare chiarezza. Credo che l'aggiornamento del personale a tutti i livelli sia fondamentale per migliorare il nostro Sistema sanitario nazionale.

Anche per quel che riguarda il problema dei farmaci, negli ultimi tempi nove decreti hanno regolato la materia. A mio giudizio in materia manca una politica complessiva, che attribuisca a ciascun soggetto il proprio ruolo. Non credo che il suo libricino abbia chiarito le idee agli italiani. Accanto ad un corretto uso dei farmaci, lei sa quanto me che la prevenzione si attua attraverso una vera educazione alimentare ed un maggior rispetto dell'ambiente che ci circonda.

Un esempio per tutti è rappresentato dai nostri medici generici che sono agli ultimi posti in Europa; quindi, su questo il ministero può svolgere un'azione fondamentale e importante.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. È la prima volta che viene impostato il piano nazionale di prevenzione in collaborazione con le regioni all'interno del Centro di controllo delle malattie che non esisteva in Italia ed è stato creato da questo Governo. È necessario avere un approccio uniforme alla prevenzione in tutto il paese. Il piano abbozzato, che si trova nel documento che ho allegato, prevede: per i tumori i tre *screening* che noi durante la presidenza italiana abbiamo portato a direttiva in Europa; il piano di prevenzione cardiovascolare che si basa fondamentalmente sul piano di prevenzione attiva sul diabete di tipo 2 che prevede anche l'educazione alimentare e sanitaria perché sappiamo che è legato all'obesità; la carta del rischio che ha il pregio di basarsi sulla casistica italiana, ossia su uno studio fatto nel nostro paese con dati italiani. Questi sono strumenti assai seri e oggettivi che le regioni si impegnano a realizzare secondo un protocollo che potrà essere variabile anche da regione a regione, ma che, comunque, deve assicurare uniformità sull'intero territorio nazionale perché non è possibile che una parte del paese non acceda ancora agli *screening* o non possieda ancora i registri dei tumori.

L'ECM non va bene e io sono assolutamente d'accordo, ma anche in questo caso, per la prima volta, l'Italia ha affrontato un percorso che era sconosciuto, costituendo una commissione nazionale che ha inquadrato il problema, ma certamente non lo ha risolto nei dettagli. Anche in questo caso, quindi, si è impostato un progetto con le regioni affinché l'ECM afferisca ad un centro nazionale che veda tre livelli di intervento - politico, tecnico e scientifico - in cui Stato e regioni costruiscano insieme i percorsi.

Quali sono i percorsi? Quali i tipi di crediti? Tutti sappiamo bene che i crediti sono di diverso tipo, perché riguardano almeno tre attività: quelle che interessano tutti i medici; quelle che riguardano alcuni specialisti; quelle che attengono primariamente alle regioni perché sono di tipo organizzativo e gestionale. Questi sono tre livelli distinti che devono avere sia finanziamenti sia pesi diversi; quindi, c'è uno studio da fare in questo senso.

Questa commissione nazionale dovrà chiarire a che cosa servono i crediti: se alla carriera professionale, alla trasparenza nel rapporto medico-paziente e così via, ma in ogni modo devono anche servire a rivalidare l'esame di Stato. Infatti, l'Europa sta percorrendo la strada della rivalidazione dell'esame, quindi noi dobbiamo utilizzare questo strumento anche a questo fine e metterlo a fuoco. L'idea è molto diversa rispetto al passato, in quanto si affrontano nuovi problemi con strumenti nuovi; quindi non si considera più primariamente il convegno medico scientifico, che pure rimane ovviamente uno strumento di educazione, ma vengono presi in esame strumenti più moderni all'interno dello studio del medico o all'interno dell'ospedale perché solo agendo si impara. Anche in questo caso bisognerà decidere quali tecnologie, quali modalità e quali ruoli si devono giocare perché l'aggiornamento diventi una realtà di tutto il personale; però, anche in questo caso ci vorrà del tempo, per cui sarà necessario abbozzare un cronoprogramma che ci indicherà in quanto tempo tutto ciò è realizzabile. Questa è una riflessione che l'Italia sta facendo alla stregua di molti altri paesi - l'Inghilterra è partita il 1° di aprile di questo anno con tale programma - quindi non siamo fuori dal mondo.

Sulla questione dei farmaci assicuro che non manca né a questo ministero né tanto meno all'AIFA un progetto e una politica del farmaco, mentre purtroppo ne sono privi gli industriali. Tutto ciò rappresenta un problema abbastanza serio perché se noi fissiamo lo sguardo agli investimenti privati nella ricerca fatti in Italia ci sentiamo abbastanza scoraggiati. Per potenziare l'industria e la ricerca industriale è necessario dare agli industriali alcune garanzie, ma viceversa anche noi dobbiamo ottenerne alcune da loro in modo tale che a fronte di certi impegni ne corrispondano altri. Anche tale obiettivo è in corso di realizzazione ed è rappresentato da un programma che si sta cominciando già delineare; infatti, fino ad oggi questo non è stato possibile perché l'atteggiamento degli industriali è stato quello di limitarsi ad inserire i farmaci in fascia A; in tal modo si esauriva il loro sforzo. Abbiamo, quindi, un'idea molto precisa sul modo in cui potenziare l'industria farmaceutica italiana e anche quella internazionale, ma solo a fronte di investimenti in ricerca e sviluppo che l'industria deve fare nel nostro paese. Abbiamo assistito recentemente allo smantellamento di un grande presidio di ricerca italiano che ci ha fatto capire che alcune industrie pensano che l'Italia sia

un mercato dove si vende, ma non certamente dove si investe. Non si può continuare in questo modo per cui credo che sia finalmente chiaro che le posizioni debbano essere di reciproco impegno; su questo siamo disponibili a trattare e a discutere.

Per i brevetti, invece, ormai la situazione si è dipanata a livello europeo; infatti, abbiamo recepito le decisioni dell'Unione europea; quindi mi sembra che la situazione sia stata risolta.

GRAZIA LABATE. Ringrazio il ministro Sirchia per la relazione che ci ha fornito sull'andamento dei costi del Servizio sanitario nazionale.

Sono molto preoccupata dalla lettura - ancora da approfondire - e dall'ascolto delle sue parole rispetto all'andamento dei costi della sanità e soprattutto rispetto a quello che potrà succedere alla fine di quest'anno e nei prossimi due anni.

Nella relazione che oggi ci ha rappresentato descrive l'andamento della spesa sanitaria nell'ultimo quinquennio prendendo a riferimento il 2001 per arrivare ad oggi. La stessa cosa potrei fare anch'io prendendo in esame la serie degli ultimi dieci anni; infatti, è un fatto ormai scontato che le risorse per il Servizio sanitario nazionale aumentano nella visione seriale del decennio del nostro paese proprio per la ragione che lei ha detto.

Siamo un paese in cui l'invecchiamento della popolazione è uno dei più alti nel mondo, a fronte di una velocità di innovazione delle tecnologie biomedicali rivelatasi nel frattempo sorprendente. La domanda dei cittadini - maggiormente consapevoli del proprio diritto alla salute -, come lei ha sottolineato e noi evidenziamo da tempo, si è fatta giustamente più esigente.

Proprio perché io condivido questa visione delle cose, vorrei richiamare - non certo per partigianeria di posizione, che non mi offrirebbe soddisfazione alcuna - il fatto che già in occasione della legge finanziaria avevamo sottolineato come, per il triennio di riferimento, il Governo, nonostante negli anni precedenti si fosse verificato l'incremento di cui si discute, non affrontasse con «i piedi nel piatto» la vera questione alla base della necessità di risorse per il servizio sanitario nazionale. Nella sua introduzione, lei afferma che le regioni hanno riconfermato ciò che è già agli atti delle nostre Commissioni parlamentari con documenti ufficiali, denunciando l'insufficienza delle risorse rispetto al 2004; non parla, invece, della modalità di trasferimento dei fondi, che per molte regioni italiane ha dato anche luogo alla richiesta di anticipazioni bancarie (a loro volta fonte di interessi passivi). Né dice, inoltre, che - a fronte di 88.195 milioni di risorse rese disponibili nella legge finanziaria 2005 e dei famosi 2 mila milioni di euro accantonati per il triennio precedente 2001-2003 -, per raggiungere il sofferto accordo del 23 marzo necessario a rendere operativo il previsto riparto delle risorse e per non rompere il parametro della quota capitaria pesata, una parte delle quote dei disavanzi è stata utilizzata al fine di conseguire quel punto di equilibrio che garantisce alle regioni italiane una ripartizione equa dei finanziamenti stessi. Proprio in ragione del fatto che molte delle informazioni in nostro possesso derivano da notizie diffuse dalle testate giornalistiche e da comunicati ANSA, leggeremo certamente con molta attenzione la relazione da lei consegnataci, così da esaminare direttamente i dati indicati in un documento ufficiale del ministero.

Se ciò è vero, tenendo conto delle previsioni relative alla spesa tendenziale, a fronte degli incrementi relativi al rinnovo del contratto e delle convenzioni, vorrei sapere da lei, signor ministro, come ritiene di affrontare la partita in corso. Stando solo ai valori indicati in questo documento, come pensa di intervenire, a fronte di 4.800 milioni di disavanzo in più che noi prevediamo, ovviamente rispetto a decisioni inerenti ai fattori fondamentali della produzione del «servizio salute», come il personale (nelle sue accezioni della dipendenza e della convenzionata di base)? Noto che, sempre nello stesso documento, è anche contenuto un richiamo all'incremento del 2 per cento dei costi, come valore percentuale cui fare riferimento. Tuttavia, io ritengo che in quest'aula, in questa Commissione, non possiamo barare. Quel tetto del 2 per cento dei costi di produzione è stato già ampiamente splafonato, per quest'anno, basta esaminare i dati disponibili, regione per regione, relativi ad operazioni come acquisto di tecnologie e pagamento dei fornitori (fatto salvo l'incremento dell'indice di inflazione verificatosi nel nostro paese il quale ha ovviamente inciso sui

fattori di costo). In questo senso, le chiedo di spiegarci, con molta responsabilità, come si intende procedere dinanzi al problema sollevato.

Personalmente, colgo due motivi di grande allarme. Lei ha parlato giustamente di un impegno con le regioni ad agire comunemente per onorare il principio degli *standard* quantitativi e qualitativi, che debbono essere garantiti nei nostri livelli essenziali di assistenza. Ebbene, io so che lei legge attentamente quanto accade e valuta le cose che avvengono nel mondo. E perciò lei sa che nel mondo nessun paese è riuscito a stabilire quei livelli quantitativi e qualitativi, per il semplice motivo che è molto difficile, complicatissimo farlo. Mi sono allora domandata, quando lei ha fatto con forza questa affermazione, se non si pensi, di fronte ad un incremento dei costi, e rispetto a questo tendenziale, di optare per un razionamento degli interventi, la qual cosa mi preoccuperebbe, perché già i livelli essenziali di assistenza, nel nostro paese, come lei sa, soprattutto per la parte di integrazione sociale e sanitaria, non coprono il fabbisogno e la domanda della popolazione.

Alla luce di queste considerazioni, le chiedo, ministro Sirchia, se davvero non dobbiamo compiere tutti un atto di responsabilità profonda, ammettendo l'impossibilità di fare molto dinanzi ad una simile ipotesi. Esistono indubbiamente problemi di recupero di efficienza, per carità; tuttavia vorrei rammentare al ministro e al Governo del mio paese - ai quali mi rivolgo - che in cinque anni si sarebbero potute attuare molte strategie per il recupero di quell'efficienza, nella consapevolezza che a procurare molto spreco è la voce beni e servizi.

Senza dover necessariamente accogliere le proposte dell'opposizione, che non piacciono, al Ministero si sarebbe potuto lavorare ugualmente a tal fine, per recuperare tra il 7 e l'8 per cento della spesa, intervenendo su voci che rappresentano la sacca un po' putrida dell'inefficienza e dello spreco in sanità. Questo sarebbe stato possibile. E mi sorprende che attualmente, nel protocollo che ho letto attentamente non vi sia un punto specifico sulle modalità di intervento a riguardo, fatto salvo il principio di autonomia organizzativa delle regioni. Molto si potrebbe ancora fare.

Alla luce di ciò, signor ministro, le domando come si ritenga possibile recuperare lo scarto rispetto al 2005, attesa, fra l'altro, l'effettiva impossibilità di parlare di valore tendenziale, dato che il costo del contratto, il peso della convenzione sono «reali». Inoltre, apprezzerei ulteriori chiarimenti a proposito dei richiamati livelli quantitativi e qualitativi degli *standard*, perché - non esistendo al mondo una esperienza positiva al riguardo, nemmeno in sistemi più avanzati come il canadese -, temo molto che la tendenza attuale sull'andamento dei conti pubblici nel mio paese, in realtà nasconda un meccanismo di razionamento dei LEA.

Concludo, infine, il mio intervento con una breve osservazione sulla politica farmaceutica: nessun membro dell'opposizione critica la necessità, o la modalità operativa dell'AIFA, la quale sta svolgendo un grande lavoro. Quando lamentiamo la mancanza di una politica farmaceutica, lo facciamo rivolgendoci piuttosto al Governo del nostro paese, che non ha messo in campo una politica farmaceutica organica. Ed è altresì evidente che tutti sappiamo quale sia il livello di investimento della nostra industria farmaceutica.

Ministro - mi permetto di osservarlo con molta umiltà -, a fronte del quadro complessivo di riferimento (stato dell'industria farmaceutica italiana, scarsità degli investimenti, innovatività di prodotto in almeno dieci anni) in luogo di quella stupidità del premio di prezzo, piuttosto che scegliere quella soluzione demagogica che nessuno potrà veramente usare, stante il livello reale di produzione e di ricerca, forse avremmo potuto stimolare complessivamente il sistema industriale sulla base di progetti innovativi, pensati in direzione di uno sgravio fiscale subordinato alla dimostrazione - da parte degli interessati - di aver investito in innovazione e ricerca per almeno un decennio, onde ottenere un determinato prodotto. Forse, questo sarebbe stato più produttivo per avere una visione organica del sistema, dando corso, da un lato, ad una corretta politica del farmaco, dall'altro, soccorrendo il sistema industriale, in modo serio.

Diversamente, la considerazione che lei ha svolto, signor ministro, sembra testimoniare un'abdicazione totale, con il rischio concreto per il nostro paese di divenire completamente il luogo di commercializzazione di prodotti altrui. Se fosse così, se scegliessimo questa strada, dovremmo però compiere delle altre scelte.

In questo senso, mi preoccupa lo sfondamento del *plafond* di spesa (anche se capisco che su questo aspetto servirebbe più tempo per discutere ma so di non poter approfittare della pazienza degli altri colleghi iscritti a parlare) e i relativi dati che lei ci ha presentato, sui quali non ho assolutamente alcuna obiezione da muovere perché sono proprio quelle le regioni che provocano lo sfondamento del tetto di spesa. Tuttavia, ci si dovrebbe domandare anche perché ciò avviene, posto che - concordo con lei - non c'è stata un'epidemia dovuta a problemi di salute in quelle regioni. Forse, anche in occasione della sua audizione presso la Commissione, l'AIFA avrebbe dovuto specificare a quali prodotti farmaceutici sono legati quegli sfondamenti (visto che l'AIFA è un'agenzia pubblica, così come io ho avuto questi dati, a maggior ragione, dovrebbe poterne disporre lei). Si scoprirebbe, allora, che essi sono legati a tutto il mondo delle statine.

Vede, signor ministro, la inviterei a non sorridere perché in questo paese lei governa questa materia e nel mondo delle statine si possono adottare delle tecniche, che competono ad azioni di Governo, per giungere ad una parità di prezzo su principi attivi simili. Non è possibile che abbiamo sul mercato un panorama di statine, tutte miranti a determinate terapie, che, però, mostrano oscillazioni di prezzo al pubblico notevoli! La soluzione della questione compete all'azione del Governo in nome dell'efficienza e della produttività dell'intero sistema del farmaco.

In questo senso, mi sarebbe piaciuto avere risposte più precise nel merito. Ciò permetterebbe a tutti di assumere delle responsabilità per capire se sia vero, come lei ha dichiarato più volte in campagna elettorale, che tutti teniamo ai principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale. Mi domando come rendiamo fattuali questi principi.

Altrimenti, vedo un periodo molto grigio di fronte noi, sebbene io stessa riconosca che, in questi anni, le risorse sono aumentate (anche se non rispetto alle necessità, posto che siamo infatti ancora al di sotto della media europea). Tuttavia, siccome tutte le ragioni ci dicono che la spesa andrà in aumento e non in diminuzione perché gli anziani sono i veri consumatori dei fattori salute, influenzando sui costi del Servizio sanitario nazionale, mi sarebbe piaciuto capire meglio come ci stiamo organizzando. Infatti mi spaventa l'idea del razionamento (soprattutto, quando questa idea non è esplicita) perché si confondono le modalità di governo a livello nazionale e nelle regioni. Mi domando come potremo affrontare al meglio questa partita che, comunque, rimane molto complicata e non è stata risolta dalle politiche attuate.

Infine, aggiungo che condivido il Piano nazionale per la prevenzione, che ho letto con attenzione. Tuttavia, anche per rispetto dei parlamentari, mi faccia dire che la storia non comincia qui: lei sa bene che quando lasciammo il Governo di questo paese, con il ministro Veronesi, nella finanziaria che approntammo, fu dato il via ad una campagna di *screening* gratuiti per la popolazione nella fascia a rischio per tumori al seno, cervice e colon. Purtroppo, pur non sapendo in che misura si tratti di una responsabilità sua o dell'intero Governo, con la finanziaria dell'anno successivo venne cancellata la gratuità di quella campagna.

Mi fa piacere vedere che oggi lanciamo un Piano nazionale per la prevenzione, ma non so se con quei 50 milioni stanziati dalle regioni, insieme con i 200 da lei previsti, si riuscirà ad affrontare degnamente il problema, posto che, secondo quanto lei stessa riferisce, il 45 per cento della popolazione non effettua poi lo *screening*. Quindi, anche in questo caso, se vogliamo partire bene dobbiamo mirare attentamente all'obiettivo, dato che la nostra popolazione spesso deve essere invogliata. Pertanto, si potrebbe forse pensare ad una qualche forma di incentivazione (come nel caso in cui tale *screening*, reso obbligatorio, fosse, per una prima fase, gratuito).

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Credevo di avere in parte già risposto a domande simili: evidentemente, non sono stato molto chiaro. La sua preoccupazione è assolutamente giustificata ma, certamente, è meno giustificata oggi di quanto fosse in passato (quel passato a cui lei si riferisce) perché ho precisato molto chiaramente - secondo me - che non è stato sottostimato il Fondo. Infatti, sono venute fuori tutte le difficoltà che un Fondo, per anni sottostimato, ha comportato.

In secondo luogo, tutti i paesi stanno dibattendo questo stesso tema: non è solo l'Italia ad avere il

problema di una popolazione che invecchia o di una tecnologia che aumenta. Si tratta di un problema comune, che tentiamo di affrontare con tutti gli strumenti possibili. Quando però siamo in presenza di sprechi o di prescrizioni inappropriate, questo è il primo parametro che va corretto: vedremo se basterà oppure no, ma, certamente, lo sforzo finanziario, da solo, non può bastare! Pur trattandosi, infatti, di uno sforzo molto consistente, se esso non è accompagnato da elementi strutturali che ci permettono di tagliare gli sprechi e le inappropriatezze, i nostri tentativi risulteranno vani.

Se poi a questo dato si aggiunge il fatto che la domanda cresce in proporzione all'offerta, è chiaro che tutto il discorso assume i contorni di una *escalation* senza fine. Ritengo che con gli strumenti approntati, la situazione possa essere ragionevolmente affrontata: vedremo.

Per quanto riguarda gli *standard*, c'è un equivoco di fondo perché si è proceduto prendendo le *best practice* italiane, cioè, le regioni più evolute, valutando la media degli interventi per singola grande categoria di ognuna di esse (operando, quindi, una media) e confrontandola con i dati internazionali quando esistenti. Questi dati non sono presenti in tutti i paesi ma esistono in alcuni: questo è ciò che abbiamo fatto.

Quindi, di fatto, in questo modo, il razionamento è escluso assolutamente. Si tratta dello *standard* sulla pratica migliore, cioè, quella nazionale ed internazionale. Ancora una volta bisogna stare attenti ad evitare che si vada troppo al di sotto o al di sopra dello *standard* (infatti, anche questa ultima ipotesi sarebbe sbagliata). Lo *standard*, infatti, identifica quante prestazioni di un certo tipo vengono erogate per mille abitanti in un anno: questo è il concetto dello *standard*! Pertanto, andare al di sopra di esso, fornendo più servizi, significa incorrere in alcuni rischi, oltre che nelle relative spese. Fornire troppo pochi servizi significa, invece, che si allungano le code, attivando i viaggi della speranza. Comunque, non intravedo questo pericolo.

Per quanto riguarda il Piano nazionale per la prevenzione, è la prima volta che questo viene fatto. Si tratta di un piano che ha un suo finanziamento, derivante dal Piano sanitario nazionale più 200 milioni. Quindi, si tratta di una somma ben consistente: non è fatto per finta ma ci sono fior di soldi stanziati allo scopo! Non è neanche un atto di benevolenza bensì un investimento che garantisce un significativo ritorno posto che sappiamo bene come, senza una prevenzione efficace, andremo incontro ad un carico tale di patologie croniche da non permetterci più di tenere in piedi lo stesso Servizio sanitario nazionale. Si tratta, insomma, quasi di un obbligo.

Anche in questo caso, ritengo che non si possa, dalla sera alla mattina, passare da una situazione mediocre ad una ottima: bisognerà seguire un percorso, che reputo iniziato e che le regioni hanno condiviso. Adesso, bisognerà aspettare l'attuazione - lo schema è già stato condiviso - cominciando a vedere cosa farà ogni regione per ottenere i soldi. Al ministero, ovviamente, rimane la facoltà di indirizzare le regioni in questo senso.

Per quanto riguarda gli *standard* che si riferiscono alle attrezzature, anche in questo caso, abbiamo stanziato in finanziaria una quota dell'ex articolo 20, laddove disponibile, per l'acquisto delle stesse. Siamo ben consci delle valore delle attrezzature, in particolare di alcune, e per questo abbiamo anche attivato la Commissione unica per i dispositivi, la quale, per la prima volta, ha cominciato a censire ciò che esiste sul mercato italiano e si accinge a stilare un rapporto qualità-prezzo delle più grandi categorie di dispositivi.

Il *technology assessment* vero e proprio, che si imposta soprattutto sulle tecnologie più costose - bioimmagini, radioterapie e quant'altro - per il momento non è ancora stato attivato, anche perché, nella parte organizzativa, lede l'autonomia regionale e, quindi, si tratta di un percorso che va condiviso e ancora costruito. In altre parole, non si può imporre che una regione faccia due radioterapie invece di una: questo non rientra nelle mie facoltà. Sta di fatto che dobbiamo procedere per gradi e non con l'accetta. Una volta il ministro faceva un decreto e quella era la legge: oggi non è più così. Il percorso va costruito comunque. È stato difficile arrivare a questa intesa sia perché si diceva che recasse un *vulnus* al Titolo V della Costituzione sia perché le regioni non gradivano

avere vincoli sulla spesa; infatti, le risorse prese dal fondo indistinto possono essere utilizzate dove vuole la regione e, certe volte, non vengono impiegate nemmeno nella sanità. In questo modo saremmo arrivati al ridicolo di avere aumentato i fondi per la sanità e di vederli utilizzati per altre finalità.

Non è stato facile portare a termine questo accordo, tanto che ci sono voluti tre mesi; adesso, però, sono molto soddisfatto perché abbiamo creato le fondamenta per costruire un servizio sanitario migliore, assicurando ai cittadini di ogni regione italiana il diritto ad avere servizi di un certo livello. Non dico che questo sia il massimo, ma certamente è un progresso rispetto a quello che era stato ottenuto prima; con questo, però, non voglio dire che ciò che è stato fatto precedentemente non valesse niente perché ogni risultato si costruisce progressivamente. Non siamo certamente partiti da zero, però ognuno mette il proprio mattone; io credo, quindi, che questo mattone aggiuntivo sia significativo, viceversa, se non sarà così, subirò volentieri le vostre critiche e le vostre denunce.

LUANA ZANELLA. Grazie signor ministro per la sua presenza e per il materiale che ci ha fornito che mi propongo di leggere più attentamente. Oggi mi limiterò a farle solo alcune domande perché le altre che avevo in mente già sono state poste dai colleghi che mi hanno preceduto.

Parto dal problema riguardante l'IRAP, sulla quale lei sicuramente ci dirà che compete ad un altro ministero sostituire questa imposta con un'altra entrata. Tuttavia, se io fossi ministro della salute mi preoccuperei molto perché il modo in cui si finanzia la spesa sanitaria non è irrilevante per ottenere i risultati preventivati o sperati a livello sanitario; infatti, non è affatto indifferente la modalità con cui si sostituirà, in tutto o in parte, questa imposta. Credo, comunque, che di ciò la Commissione dovrà occuparsi; dovremmo sapere dal Governo come intende affrontare quello che è un nodo fondamentale a fronte di una dichiarata volontà di sostituzione dell'IRAP da una parte e del taglio contemporaneo delle tasse dall'altra. Questi sono, infatti, i due obiettivi di Governo enunciati continuamente dal Presidente del Consiglio Berlusconi; quindi, se io fossi il ministro della sanità, sarei molto preoccupato.

Un argomento più circostanziato e anche meno difficile da affrontare riguarda la sua valutazione nel complesso molto negativa dell'*intra moenia*; infatti, secondo quanto da lei affermato, tale attività non avrebbe abbattuto le di liste di attesa né avrebbe comportato vantaggi finanziari per i cittadini che, invece, avrebbero visto aumentata la spesa relativa. A questo proposito volevo chiederle: come intende affrontare i problemi riguardanti la riduzione dei tempi di attesa rispetto alle prestazioni e all'accesso ai servizi sanitari? Ha una proposta alternativa rispetto all'*intra moenia*?

Un'altra domanda riguarda i farmaci; infatti, in un passaggio del suo intervento ha sostenuto che i dati relativi alla spesa farmaceutica del 2004 indicano che non vi è stato un incremento, se non molto relativo, della spesa dei farmaci in fascia C, cioè quelli a totale carico dei cittadini; anzi, rispetto all'anno precedente vi sarebbe stata addirittura una lieve flessione.

A tal proposito è stato verificato se tale flessione corrisponda anche ad una minore richiesta di quei farmaci da parte dei cittadini, specie quelli meno abbienti, più anziani o deboli dal punto di vista economico? La rinuncia al consumo di un certo tipo di farmaco può essere dovuta al fatto che quella spesa non si può affrontare?

Dai dati in mio possesso - riferiti al mio collegio - risulta anche questa realtà che è rilevabile attraverso analisi eseguite dagli organi preposti (comuni, ASL e via dicendo); quindi, credo che debba essere valutata attentamente.

Penso, inoltre, che sarebbe interessante ricevere da parte del ministro una analisi, una valutazione rispetto alla parte di assistenza sanitaria da integrare con quella sociale, un segmento importantissimo che - a mio avviso - non viene abbastanza indagato. È necessario, quindi, sia per la prevenzione sia per la politica sanitaria avere un monitoraggio sul settore socio-sanitario, rispetto al quale non abbiamo nozione dell'intendimento e della politica del Governo.

LAURA MARIA PENNACCHI. Cercherò di essere breve anche se mi sembra che stiano emergendo questioni difficile. Infatti, mi pare che abbiamo davanti a noi due problemi da analizzare che interagiscono evidentemente tra loro, ma che dobbiamo tenere separati.

Il primo concerne gli equilibri macroeconomici aggregati di finanza pubblica. Già durante la sessione di bilancio l'opposizione aveva indicato che il tetto del 2 per cento che veniva stabilito su una spesa che tendenzialmente, cioè in base alla legislazione vigente, cresceva di circa il 5 per cento era di fatto un taglio del 3 per cento. Allora noi eravamo stupiti che i ministri dei dicasteri a cui spettano gli stanziamenti non avessero nulla da obiettare, mentre adesso dobbiamo misurarci sia con il fallimento di questo preteso metodo Gordon Brown sia con i problemi relativi.

Il secondo è invece un problema di comportamenti specifici dei singoli grandi comparti di spesa - in questo caso della sanità - e di come questi due livelli problematici interagiscano fra loro. In particolare, è il secondo aspetto che avrei maggiore interesse a valutare in questa sede. Il ministro ci ha riferito di consistenti dati che stanno emergendo sull'efficacia dell'*intra moenia*: in questo momento, tuttavia, più che discutere direttamente con lui sul punto, vorrei rappresentare un mio dubbio a riguardo, riservando, semmai, alla discussione di certe questioni un momento successivo, quando disporremo di maggiori elementi in tal senso.

L'*intra moenia*, qualunque sia il nostro giudizio sulla sua realizzazione, corrisponde all'obiettivo di equilibrare il rapporto fra pubblico e privato rispetto alla spesa e alle prestazioni complessive sanitarie in Italia. Non vorrei, pertanto, che aver sostanzialmente decretato la sua fine significhi aver decretato anche quella di qualsiasi impegno volto al riequilibrio tra pubblico e privato. Sono certamente d'accordo con il ministro su alcune questioni trattate in questa sede: trovo ragionevole l'osservazione sull'insufficienza dello sforzo finanziario, come pure quella sull'esigenza di intervenire dinanzi a spreco ed inappropriatezza. Ritengo però che anche l'equilibrio tra pubblico e privato, allorché sia cattivo, costituisca fonte di spreco e tanto più di inappropriatezza e dunque di sprechi successivi, dando luogo ad un circuito vizioso che si autoalimenta. Senza fornire dati recenti - in mancanza di informazioni relative a modelli più disaggregati - ma esaminando quelli a disposizione sulla Lombardia, gli unici in nostro possesso, risalenti all'inizio del 2000, possiamo constatare che, nei circa otto anni precedenti a quella data, i ricoveri negli ospedali pubblici erano cresciuti del 3,6 per cento, e quelli degli ospedali privati del 58 per cento. Contribuiva in misura sostanziale a questo ultimo risultato la diffusione dei ricoveri più remunerativi secondo le tariffe dell'epoca. Mentre, così, il sistema pubblico otteneva - per 1,5 milioni di ricoveri - remunerazioni pari appena a 2,75 miliardi di euro, il privato, per ricoveri molto inferiori - trecentomila - realizzava remunerazioni per ben 790 milioni di euro. Analogo discorso potremmo fare per le prestazioni ambulatoriali: al privato, per quello stesso periodo, era destinato il 78 per cento dei ricavi e al pubblico solo l'8 per cento, con tutta una serie di implicazioni in termini di inappropriatezza e sprechi.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Comincerò rispondendo alle domande sulla libera professione *intra moenia*. Non ho mai asserito di volerne decretare la fine. Forse, lei si è spinta un poco al di là delle mie reali intenzioni, onorevole Pennacchi. Mi sono solamente permesso di riferire dei numeri. E poiché i numeri hanno il brutto vizio di parlare da soli, forse, ciò che lei menzionava era la sua conclusione riguardo a quei numeri, e non la mia. Mi meraviglio pertanto delle sue affermazioni, non essendomi mai pronunciato in quei termini a proposito della libera professione *intra moenia*. È stato lei a farlo, o forse sono stato io ad aver capito male. Ad ogni modo, i numeri parlano da soli. Le liste d'attesa non sono diminuite con la libera professione *intra moenia*, questo è un dato oggettivo, la cui ragione è peraltro abbastanza ovvia. I cittadini, inoltre, pagano per saltare le liste di attesa: non sono stato io a dirlo, basta chiedere in giro per saperlo. Questo è quanto sta accadendo. Se la libera professione va mantenuta, bisogna che queste distorsioni vengano evitate; diversamente, faremo pagare doppiamente il servizio sanitario alla cittadinanza. Mi pare un ragionamento semplicissimo. Ovviamente, occorrono meccanismi di regolazione all'interno del sistema, così che la libera professione non possa essere esercitata in caso

non si esauriscano le liste d'attesa o non si conseguano certi *standard* per coloro che non pagano le prestazioni. Sarebbe non etico per definizione legittimare un meccanismo in cui - per superare le liste - occorresse pagare doppiamente. Peraltro, una delle soluzioni per ridurre la spesa enorme sostanzialmente a carico delle aziende sanitarie, in ragione della libera professione, sarebbe evitare di destinare tutta la quota rilevata ai medici. Occorrerebbe, piuttosto, assicurare il ripiano dei costi sopportati dalle aziende prima di distribuire il rimanente ai medici. Mi sembra un meccanismo molto semplice da comprendere, eppure, oggi non accade così. È scritto così, ma non accade. Perciò appare necessario cambiare, non possiamo permettere che 1.500 milioni di euro si scarichino sulla spesa delle ASL, e siano destinati tutti ai medici piuttosto che venir trattenuti per il ripiano dei costi e delle spese «vive».

Quanto all'esigenza di mettere in discussione il rapporto tra pubblico e privato, si tratta di una vecchia storia, a mio avviso ormai fuori moda. L'autonomia regionale - sottesa all'accreditamento - si traduce in una prerogativa esclusiva della regione, la quale sola decide cosa fare, rispondendo ai cittadini del suo operato. In tal senso, ritengo venga meno la stessa ragione del discutere. L'accreditamento è null'altro che la decisione della regione di far svolgere le prestazioni sanitarie in un posto piuttosto che in un altro: il posto può essere pubblico, totalmente pubblico, oppure quello privato insieme a quello pubblico. Detto questo, non vedo dove stia il motivo di tutta la preoccupazione che è stata manifestata. Il tetto è del 2 per cento, è vero, e la spesa cresce del 5 per cento: quanto di quella spesa sia appropriato nessuno però è in grado di saperlo. Proprio perché non possiamo seguire il tendenziale di spesa in assenza di correttivi che ci permettano di ricondurre la spesa stessa all'appropriatezza, si è ritenuto di rispondere a tale esigenza con la fissazione del tetto richiamato; non vedo nulla di particolarmente scandaloso in questo.

Quanto all'onorevole Zanella, sono assolutamente d'accordo sul fatto che l'integrazione sociosanitaria sia fondamentale. Abbiamo anche dato luogo a sperimentazioni sulla base di un preciso modello che vorremmo adottare, e che personalmente ritengo il migliore, consistente nella presa in carico globale della persona, prevedendo una delega dei comuni alle ASL perché ciò avvenga sinergicamente, come già accade nel trattamento dei casi di Alzheimer in alcune regioni. Dai risultati di alcune sperimentazioni è stato possibile appurare che questo meccanismo funziona. Un nucleo di valutazione sanitario è deputato a prendere in carico il paziente (la figura di riferimento è quella del *case manager*, termine peraltro improprio, o delle *matrons* in Inghilterra), conducendolo nel percorso della rete sociale e sanitaria - punto su cui si registra in Italia oggi la principale carenza - là dove serve che il servizio sia erogato. Non è detto che l'anziano necessiti sempre della prestazione consistente nel ricovero in casa di riposo: in certi casi può rivelarsi sufficiente il suo soggiorno nell'istituto di riabilitazione per un periodo di tempo limitato per poi essere dimesso e ritornare al proprio domicilio, a condizione, ovviamente, che - una volta al domicilio - siano previsti dei sostegni alla famiglia o a lui stesso. Questo modello esiste; si tratta, però, ancora una volta, di stare molto attenti a non interferire con l'autonomia regionale. Non possiamo imporre per decreto quel modello che abbiamo ben chiaro. Dobbiamo, piuttosto, raggiungere l'obiettivo lavorando comunemente con le regioni, atteso che l'organizzazione sanitaria rientra nella sfera della tipica esclusiva competenza regionale. Ci stiamo adoperando in tal senso. Quanto ai farmaci di fascia C, ricordo che è possibile accedervi su prescrizione medica. Non escludo che qualcuno non compri i farmaci nell'indisponibilità delle risorse finanziarie, però oltre a monitorare questo aspetto - cosa non facilissima, ma comunque possibile -, dobbiamo anche ricordarci che la fascia C non è costituita da farmaci indispensabili, ma da farmaci coadiuvanti alla cura, dal momento che i farmaci indispensabili sono stati inclusi tutti dentro la fascia A, o tal quale o con i progetti Cronos (a certe determinate condizioni sulla base di un piano terapeutico elaborato dagli specialisti il paziente può accedere a farmaci altrimenti non previsti nel prontuario di quella fascia). Quindi, non penso che tutto questo crei scompiglio più di tanto nel sistema; al contrario, mi sembra che il sistema sia ragionevolmente ben impostato. Forse l'aspetto che è ancora scoperto, ma che stiamo studiando al momento, riguarda i bambini più

che gli anziani, posto che alcuni farmaci per i primi non sono inclusi nel prontuario. Pertanto, fare un prontuario per l'infanzia o, comunque, dare vita ad un sistema che guardi all'infanzia diversamente dal resto della popolazione, potrebbe essere una via per affrontare il problema. Per quanto riguarda la libera professione, ritengo di avere già detto tutto. Circa l'IRAP, la questione è allo studio e, ovviamente, sono interessato a risolvere il decreto legislativo n. 56, che tocca questo problema e rispetto al quale abbiamo anche formulato delle proposte, ma è ancora in discussione.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora il ministro Sirchia che per la sua disponibilità a partecipare ai lavori della Commissione.
Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alla 16.05.