



Senato della Repubblica

12^a Commissione permanente (Igiene e sanità)

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

4^a seduta: 5 giugno 2008

Presidenza del presidente TOMASSINI

Signor Presidente, colleghe senatrici e colleghi senatori,

illustrerò alcune linee guida dell'attività del Dicastero per una legislatura che si profila con caratteri di stabilità e quindi consente - credo - di proiettare in un arco temporale quinquennale la nostra azione, in considerazione anche dei notevoli problemi di carattere strategico che la materia solleva.

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

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

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

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

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

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

L'ipotesi è quella di un *Welfare* delle opportunità, un *Welfare* che interviene nel ciclo di vita operando per rafforzare l'autosufficienza della persona in modo da prevenire il formarsi del bisogno nella fase successiva della vita stessa. Questo *Welfare*, quindi, si fonda sulla capacità di offrire continuamente opportunità a cui corrispondono, o devono corrispondere, responsabilità della persona destinataria. È un *Welfare* che conserva un carattere universale, ma che ovviamente deve saper coniugare la caratteristica dell'universalità con quella della personalizzazione e anche della selezione dell'intervento, perché i bisogni non si presentano in modo uguale in tutte le persone. Sono bisogni che hanno una loro gerarchia e che devono essere affrontati non più in modo segmentato o, meglio, non attraverso azioni segmentate, ma intervenendo sulla stessa antropologia della persona.

Questo pone la necessità di una direzione politica unitaria che voglia operare per la riconfigurazione del nostro modello sociale secondo una definizione che troverete in testa al “Libro verde”, quella della “vita buona” nella società attiva. La “vita buona” - come sapete - è una definizione variamente e nobilmente utilizzata da Aristotele a Sant'Agostino, che potremmo sintetizzare in “salute, lavoro, affetti,

riposo". Ciò a cui mira questo modello sociale è la pretesa di offrire le condizioni perché ciascuna persona possa responsabilmente godere di una complessiva "vita buona", di un benessere, così sinteticamente definibile, nel contesto della società attiva; e società attiva, purtroppo, noi oggi lo siamo in misura assolutamente insufficiente.

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

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

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

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

Il primo intervento possibile per realizzare un modello sociale sostenibile è allargare la base dei contribuenti, cioè di coloro che lavorando concorrono a sostenere il modello sociale stesso. Inoltre, come abbiamo detto, una società attiva è ragionevolmente una società nella quale è più agevole prevenire il formarsi di una qualsiasi condizione di bisogno.

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

termine di riferimento per le scelte che via via compiremo e per le incertezze che potremo avere rispetto alle opzioni che ci si presenteranno.

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

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

La spesa sanitaria desta preoccupazione non solo per il presente, ma soprattutto per le tendenze che sono state variamente analizzate e considerate: nel corso del 2007 il *deficit* del Servizio sanitario nazionale, che tocca i 3,2 miliardi a fronte dei 102 miliardi di spesa, si colloca in una dimensione apparentemente controllata, ma in realtà nel 2007 non scontiamo alcune variabili, come ad esempio l'imputazione degli oneri contrattuali per il biennio 2006-2007. Ancor più, però, ci preoccupa la tendenza di medio-lungo termine della spesa, che tutti gli osservatori ipotizzano possa più che raddoppiare al 2050, in assenza di politiche correttive, di politiche di riequilibrio che agiscano, ad esempio, sull'andamento demografico (di cui però conosciamo i tempi lunghi, anche nelle ipotesi migliori).

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

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

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

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

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

La cabina di regia (che per ora voglio definire non tanto in termini formalistici quanto, soprattutto, in termini sostanziali) dovrebbe avvalersi di un *benchmark* rappresentato, da un lato, dai LEA e dal loro continuo aggiornamento in tutti i loro contenuti, corrispondenti sempre più a quel modello sociale cui prima facevo riferimento; dall'altro, da due elementi (qualitativo e quantitativo) attinenti al monitoraggio. Sul piano qualitativo, infatti, il controllo deve essere continuo, professionale, esperto e deve consentirci, in un tempo il più possibile reale, di verificare lo scostamento, rispetto ai LEA, dell'effettiva condizione dei servizi sociali

e sanitari nelle diverse aziende. Sul piano quantitativo (è uno strumento di cui già disponiamo, o meglio ne dispone il Ministero dell'economia, ma deve essere parte integrante di questa operazione, attraverso gli *advisor* contabili che sono stati impiegati), il riferimento è a un controllo il più possibile reale sulle dinamiche della spesa.

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

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

Ragionevolmente il federalismo fiscale si sosterrà, nel solco delle misure con cui stiamo cercando di sostenere il "Patto per la salute", attraverso alcune deterrenze. La prima di esse è l'innalzamento della pressione fiscale a livello locale. Immaginiamo, sempre riferendoci a quel parametro di base pari a 100, che fino a 120, o comunque fino a una certa soglia di scostamento, scatti un inasprimento della pressione fiscale locale come prima deterrenza, quale forma di federalismo fiscale. Ovviamente, oltre quella determinata soglia, il federalismo diventa odioso, diventa una forma assurda di punizione nei confronti di cittadini che, magari, non hanno neppure votato quegli amministratori. Laddove si vada oltre quella soglia di scostamento si dovrà lavorare, credo, a un'ipotesi che possiamo definire di fallimento politico, cioè di commissariamento dell'intero istituto regionale e quindi di consegna dei libri non al tribunale, come nel fallimento civilistico, ma agli elettori e alle elettrici, e - a parte alcuni profili di costituzionalità a questo riguardo - penso che

politicamente gli amministratori falliti non siano ricandidabili. Dobbiamo pensare a meccanismi di deterrenza di questo tipo.

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

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

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

Allora, mi permetto di considerare inevitabile proprio la prospettiva del federalismo fiscale, e al riguardo vedo - per fortuna - esercitarsi tutti, maggioranza e opposizione. D'altronde ricordo che nella scorsa legislatura il Governo Prodi arrivò alla soglia della presentazione di un disegno di legge; c'era già un'ipotesi concordata con tutte le Regioni a questo proposito. Quindi non partiamo dal nulla; ciò che ho sommariamente descritto corrisponde all'ipotesi d'intesa sul federalismo fiscale vero e proprio che il ministro Lanzillotta aveva lodevolmente condotto quasi al punto d'arrivo. Partiamo, quindi, da qualcosa che già è stato predisposto ampiamente, e oggi sento maggioranza e opposizione condividere l'esigenza di maggiore responsabilizzazione della spesa degli enti regionali e locali.

Quindi, a maggior ragione – e torno al concetto che esprimevo poc'anzi - abbiamo bisogno di innescare subito una gestione molto più robusta, centrale, condivisa da Stato e Regioni, della riorganizzazione dei servizi, della spesa, della resa che i servizi stessi dovrebbero garantire corrispondentemente ai LEA. Una forte razionalizzazione della spesa e una sua maggiore resa dovrebbero consentirci non solo all'interno delle singole aziende sanitarie di operare per risultati migliori, e come

tali percepiti, ma, anche all'interno della complessiva spesa per la salute, di effettuare un riorientamento verso gli obiettivi del *Welfare* delle opportunità, dell'*empowerment* della persona, del *Welfare* volto a prevenire il formarsi del bisogno.

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

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

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

Per quanto concerne la ricerca (il professor Fazio sta lavorando molto a questo proposito, e non solo), la nostra intenzione è soprattutto quella di riunire e razionalizzare, quanto più possibile, le risorse che diverse Amministrazioni, in modo particolare la nostra e quella del Ministero dell'istruzione, università e ricerca, dedicano alla ricerca biomedica. Stiamo indagando anche la possibilità di utilizzare strumenti nuovi, se riusciamo a identificarli, tali da garantire una migliore efficienza.

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

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

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

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

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

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

idoneo per premiare l'efficienza, per disincentivare l'inefficienza e per orientare verso caratteristiche dimensionali e qualitative utili a fare di tali erogatori quel complemento della essenziale funzione pubblica che devono essere.

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

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

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

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

Le stesse considerazioni valgono per le farmacie. Personalmente, non credo nella deregolazione delle modalità di distribuzione: probabilmente tali modalità debbono essere in alcuni casi semplificate e rese più efficienti, ma il concetto di appropriatezza, voi mi insegnate, implica l'esigenza di una distribuzione

professionale. Penso che si possa riflettere sui modi di distribuire farmaci *Over-the-counter* (OTC), ma allo stesso tempo ritengo che la rete delle farmacie possa e debba diventare ancor più una rete di presidi di carattere socio-sanitario sul territorio.

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

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

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

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

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

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

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

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

È paradossale che oggi si ritenga da parte di alcuni, anzi da parte del Ministro predicente, che ha varato le linee guida, che la legge consenta ciò che i referendari chiedevano invece di permettere, non ritenendo che la legge lo consentisse.

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

Vorrei completare la mia esposizione con un concetto che avevo tralasciato, al quale però tengo: preoccupato degli aspetti strutturali, ho trascurato il fattore umano, che è determinante ai fini del buon funzionamento del sistema. A tale proposito, se ho

citato la medicina di base, ho dimenticato la dirigenza medica: vorrei soltanto dire che ho provveduto a integrare il Comitato di settore con il sottosegretario Francesca Martini al fine di accelerare quanto più possibile la stipula del contratto collettivo il cui negoziato, come molti di voi sanno, si sta molto esercitando su uno scambio anche attinente agli orari di lavoro. Non entro nel merito, che è di competenza dei negoziatori, ma siamo fortemente interessati a che esso si concluda rapidamente. In generale - lo dico anche alla luce della mia formazione lavoristica - penso sia sempre un errore definire i contratti successivamente alla loro scadenza; quindi la stessa riforma del modello contrattuale dovrà servire a evitare questa situazione. Stiamo comunque guardando con attenzione a questo negoziato, che è un tassello della più generale attività di riqualificazione della dirigenza medico-ospedaliera alla quale vogliamo dedicarci.