

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 15,10.

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, onorevole Francesco Storace, sugli orientamenti programmatici del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, l'audizione del ministro della salute, onorevole Francesco Storace, sugli orientamenti programmatici del suo dicastero.

Do ora la parola al ministro della salute, Francesco Storace, al quale rinnovo il nostro benvenuto e il nostro ringraziamento. Successivamente, come sapete, gli onorevoli deputati potranno rivolgere domande al ministro, che replicherà prima della chiusura dell'audizione.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Grazie, signor presidente. Porgo un deferente saluto ai membri della Commissione. Abbiamo concordato questa data per poter esporre le linee d'azione del ministero che mi è stato affidato. Ovvia-

mente, come primo elemento della vostra valutazione, vorrei assicurare che intendo frequentare la Commissione e avere un rapporto politicamente corretto con i parlamentari. Credo che avremo la possibilità di trovare dei punti di incontro, pur con le differenziazioni di carattere politico che possono caratterizzare il pensiero di ciascuno di noi.

Abbiamo di fronte circa un anno di lavoro, rispetto al quale stiamo tentando di orientare l'azione del Dicastero della salute. Abbiamo tentato di impostare il nostro lavoro partendo, anzitutto, dall'esposizione programmatica che il Presidente del Consiglio ha enunciato allorché ha dato vita al nuovo Governo Berlusconi, puntando in primo luogo sulla necessità di garantire i diritti — in questo caso mi riferisco al contratto dei medici — e sulla possibilità di incidere in funzione di una politica di recupero del potere d'acquisto delle famiglie. Partendo da questi due capisaldi dell'azione annunciata dal Presidente del Consiglio, abbiamo tentato di verificare cosa poter fare concretamente, come illustrerò in seguito nel corso della mia relazione.

Accanto a questi principi da tradurre in azioni concrete, abbiamo posto lo sguardo anche su questioni che campeggiano nell'universo della sanità. Mi riferisco a temi di assoluto rilievo per la pubblica opinione, per i cittadini, come ad esempio le liste d'attesa. Anche questa è una questione sulla quale pensiamo di dover intervenire, pur consapevoli delle competenze del ministero. Parlando chiaramente, credo di esprimere l'opinione di molti fra voi se affermo che il nostro sistema sanitario presenta un discreto livello qualitativo e riesce ad offrire servizi

con punte di eccellenza. Restano, però, elementi di forte criticità, e tra questi proprio quello delle liste d'attesa.

In molti casi, le liste rappresentano una vera e propria « croce » per il cittadino utente. Si tratta, del resto, di un problema non solo italiano. Chi affronta il tema della sanità sa che questa problematica riguarda anche tanti altri paesi europei; ma non per questo dobbiamo smettere di lavorare per tentare di risolvere il problema e far sì che un possibile aspetto fisiologico, quello appunto delle liste d'attesa, sia ridotto al minimo, eliminando le patologie del sistema.

Per questa ragione ho chiesto al comando dei NAS di attivare controlli in tutto il paese per verificare se vi siano elementi distorsivi all'interno delle aziende. L'ho fatto — voglio chiarirlo subito — con uno spirito improntato ad un rapporto di lealtà con l'altra faccia del governo del sistema sanitario. Mi riferisco, ovviamente, alle regioni. Prima di far partire i controlli, ho doverosamente informato i presidenti delle regioni che l'intendimento del Governo, attraverso l'azione del mio ministero, era quello di dar vita ad un'azione di controllo, affinché non si ingenerassero mai più motivi di sfiducia nei confronti di chi governa la sanità, ai diversi livelli di responsabilità, magari per colpa di singoli.

Ho annunciato, inoltre, l'idea del rimborso per i cittadini vittime di un disservizio: un'ipotesi che, in queste ore, stiamo traducendo in azione attraverso l'istituzione di un'apposita commissione. Rispetto a questa iniziativa, ho letto qualche elemento di critica da parte di un mio predecessore, il ministro Bindi, che ha fatto riferimento ad un decreto. Ebbene, sono andato a leggerlo, perché mi piace verificare la portata delle critiche che ricevo, ed ho chiesto agli uffici quante volte è stata applicata quella norma, ma non abbiamo notizie su questo.

Il mio invito è quello di cogliere l'aspetto positivo di questa proposta e verificare se la norma sia pienamente efficace e se possa trovare attuazione nell'ordinamento.

Oggi, forse, disponiamo di qualche strumento di controllo in più. Lo voglio ricordare a chi rappresenta la nazione, con il suo mandato parlamentare, e quindi ha a cuore il ruolo dello Stato. In questi anni sono stati siglati molti accordi tra il Governo e le regioni sul tema dell'erogazione dei servizi. Tra questi, è particolarmente importante quello del 23 marzo scorso, che ha visto d'accordo le regioni, il Governo e il ministero sulla necessità di intensificare i controlli, anche quelli di spettanza del ministero, per favorire un reale abbattimento delle liste d'attesa.

È nostro intendimento utilizzare questo strumento in una chiave positiva e propositiva, al fine di individuare le possibili soluzioni.

Stiamo lavorando, ad esempio, al tema dell'informatizzazione delle domande di prestazioni. In alcune regioni sono attivi, anche con riscontri positivi, i CUP (Centro unico prenotazioni) regionali. È alla vostra attenzione quanto sia importante razionalizzare le richieste, evitando le doppie e triple prenotazioni, che aumentano i tempi d'attesa, ma anche tentare di favorire una mobilità dell'accesso alle prenotazioni, ad esempio con i CUP di confine, tra un territorio e l'altro (pur se in regioni diverse).

Non dobbiamo creare disagi al cittadino, per tale motivo ci stiamo occupando anche di questo aspetto. Ovviamente, su tutto emerge la necessità di coinvolgere sempre più i medici di medicina generale sul grande tema dell'appropriatezza delle prestazioni. Anche da questo punto di vista, però, dobbiamo verificare quanto sia di nostra competenza e quanto, invece, venga coinvolta la competenza delle regioni sul tema dell'organizzazione del sistema sanitario regionale.

L'obiettivo è quello di arrivare, sia pure in un quadro che si evolve in senso sempre più federalista, ad una sanità che garantisca tutti i cittadini in tutto il paese. Su questo voglio fare una considerazione. Solitamente chi veste i panni del ministro punta a rivestire il ruolo di chi sostiene che il potere debba ritornare allo Stato centrale. Personalmente credo che il fede-

ralismo, nel campo della sanità, abbia fatto bene al paese. Mi è capitato, nell'esperienza che ho vissuto di presidente di regione, di aprire ospedali che prima non si aprivano e di avere maggiori possibilità di intervento. Questo, però, non significa tacere la grande domanda di universalità del servizio: proprio quello che abbiamo avviato con la stagione dei livelli essenziali di assistenza, ossia ciò che serve a rendere uniforme il diritto del cittadino, ovunque nasca.

In sostanza, l'autonomia delle regioni in campo sanitario va inserita in una cornice unitaria. Se vogliamo, questo è il campo di possibile applicazione di quei principi che sono alla base della riforma costituzionale di cui si sta discutendo in Parlamento; riforma nella quale, in un quadro di devoluzione, si afferma anche il dovere della tutela dell'interesse nazionale.

Spetterà alla classe dirigente di questo paese rendere declinabile il tema. Se ci pensate bene, però, si tratta di una sfida affascinante. Oggi, sostanzialmente, le regioni gestiscono la sanità. Noi dobbiamo preservare il diritto all'unitarietà delle prestazioni su tutto il territorio nazionale, e questo è un tema che, a mio avviso, al di là delle dispute di carattere politico — normali, nonché doverose —, dovrebbe spingerci ad interrogarci con grande attenzione.

Accanto a tutto questo — anticipo questioni che, molto probabilmente, saranno poste in questa sede — vi è il tema delle risorse, di come si finanzia il sistema sanitario nazionale. Se ci si spoglia degli abiti di parte e si afferma con coraggio la verità, a mio parere si deve riconoscere che i quattro anni di Governo Berlusconi hanno registrato un massiccio investimento sulla sanità.

Dobbiamo essere consapevoli di cosa significhi passare da 64 miliardi di euro a 90 miliardi di euro di spesa sanitaria. È vero, nei 90 miliardi è compreso anche il disavanzo degli anni pregressi, ma la cifra che viene sottratta ad altri settori ed immessa nel « forziere » della sanità è comunque significativa. Parliamo di un rapporto con il PIL pari al 6,4 per cento:

un dato significativo, ma questo non vuol dire che ci arrendiamo di fronte alla necessità di incrementare la spesa. Questo sarà un tema che dovrà riguardare non solo il tetto del 2 per cento di aumento delle spese, ma un impegno ancora più forte del Governo sotto molti punti di vista.

Dovremo dare soluzione a diversi problemi, ad esempio — ci stiamo lavorando in queste settimane — alla questione del decreto legislativo n. 56, un'altra delle riforme avviate nel 2000 e alla quale occorre dare una risposta.

Capite bene che non sarà indifferente, per quel che ci riguarda, comprendere, se il Governo andrà avanti con la riforma dell'IRAP, quali saranno i provvedimenti sostitutivi per quanto concerne le entrate delle regioni rispetto alle risorse del fondo sanitario nazionale. Possiamo dire che si tratta di una discussione in fase di avvio, nella quale posso assicurarvi che entreremo con assoluto protagonismo e con la volontà di mantenere, e se è possibile aumentare, le risorse a disposizione della sanità. Sicuramente si tratta di questioni che bisogna affrontare con grande serietà, al di fuori di ogni propaganda.

Alla Commissione voglio dire una cosa in più, avendo letto con attenzione una delle proposte al vostro esame. Mi riferisco alla proposta di legge, che reca come prima firma quella dell'onorevole D'Alema e poi degli onorevoli Turco e Bindi, sulla questione meridionale. È chiaro che si propone qualcosa di molto bello e molto efficace da esporre sui manifesti, ma poi bisogna fare i conti con le risorse a disposizione.

Il fondo straordinario esiste da quando questo Governo ha aumentato considerevolmente le risorse. Tuttavia, non voglio sfuggire al problema. Se c'è disponibilità, dobbiamo trovare un meccanismo valido ed è possibile farlo oggi, alla vigilia di una nuova legislatura. Cominciamo, dunque, a prevedere un meccanismo di delega al Governo per poter ripartire le risorse ed intervenire.

Si può proporre, certamente, di aumentare i fondi per il sud, ma poi qualcuno

dovrà preoccuparsi di spiegare perché tanti fondi non sono stati spesi: indicherò degli esempi concreti al riguardo. Tuttavia, la questione non mi sfugge nella sua importanza, dal momento che anche al centro degli obiettivi dell'azione di Governo vi è una maggiore attenzione verso le ragioni del Mezzogiorno.

Oggi siamo nella condizione di promettere ai cittadini il reperimento delle risorse? Certo, si può anche agire con fantasia sui bilanci dell'INAIL o quant'altro, ma è necessario avviare un discorso molto serio. Credo che il nodo vero, nel rapporto nord-sud, sia il riconoscimento di uno squilibrio presente alla base della ripartizione delle risorse. È proprio a questo livello che occorre incidere, ossia nei criteri di attuazione della legge n. 662 del 1996, la norma che preesiste all'elaborazione delle tabelle che vengono portate alla Conferenza Stato-regioni.

Se si reperiranno risorse aggiuntive, credo che dalle regioni, per i poteri maggiori che queste hanno assunto, provverrà la richiesta di ripartirle su tutto il territorio e non solo su parte di esso. Allora, se vogliamo riequilibrare, dobbiamo capire quali sono i meccanismi distorsivi.

Oggi ho letto, se non ricordo male sul quotidiano *Il Messaggero*, un dato che mi ha ricordato molte battaglie che mi è capitato di fare come presidente di regione, in quel grande mercato che è la Conferenza Stato-regioni, quando si arriva a discutere della ripartizione delle risorse (mi permetto un tono confidenziale, ma quello che dico è vero: nella Conferenza si arriva a discutere fino all'ultimo euro). Ebbene, ho letto che la sanità costa di più laddove ci sono zone più povere e depresse. Il disoccupato e il precario — si sostiene secondo un'indagine — comporterebbero un costo maggiore della sanità.

Questa è la tesi che ho sostenuto per tanti anni di fronte a chi diceva, per evidenti motivi di convenienza (quando hai più anziani vuoi far prevalere il criterio della popolazione anziana), che non si poteva portare avanti questo ragionamento.

Non c'è spazio per dispute ideologiche intorno a questo tema. C'è spazio, sicuramente, per la propaganda — facciamo tutti politica —, ma dobbiamo individuare una soluzione realistica nell'ambito di una delega, per la quale stiamo lavorando. Vorrei capire se vi sia disponibilità da parte dell'opposizione a trovare una condivisione su questo tema, sapendo che possiamo disporre di un certo tempo. Mi pare di capire che la proposta dell'onorevole D'Alema sia legata ad un piano decennale di investimenti. Non stiamo parlando del « domani », ma del « dopodomani », quindi abbiamo il tempo per poter discutere e forse per prospettare all'intero paese soluzioni condivisibili. Questo perché tutti abbiamo avvertito l'esistenza di un problema al sud.

Altre questioni che voglio portare alla vostra attenzione sono quelle che abbiamo cominciato ad affrontare, che potremmo annoverare tra quanto già realizzato e che corrispondono, sostanzialmente, ai primi due impegni che abbiamo dovuto prendere con il Governo e con i cittadini quando siamo stati onorati di questo alto incarico. Mi riferisco alla politica sui farmaci e alle questioni riguardanti il contratto dei medici.

Cito tra parentesi anche l'avvenuta approvazione del nuovo statuto della Croce rossa italiana, una normativa che offre una risposta a centinaia di migliaia di persone (lavoratori e volontari) impegnate su questo versante. Era un provvedimento molto atteso, che noi abbiamo fortemente sostenuto proprio nella fase finale dell'approvazione.

Per quanto riguarda i farmaci, abbiamo voluto rispondere ad una delle due questioni poste dal Presidente Berlusconi al momento del suo insediamento, ossia comprendere se la sanità poteva fare la sua parte nella capacità di recupero del potere d'acquisto delle famiglie.

Quale era la situazione che si presentava ai nostri occhi fino a qualche settimana fa? C'era, paradossalmente, un rapporto di privilegio dello Stato rispetto al cittadino. Lo Stato, con le varie manovre che si sono susseguite negli anni, proba-

bilmente quest'anno riuscirà a raggiungere l'obiettivo di mantenere il tetto programmato della spesa farmaceutica al 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. Verificheremo, quindi, se occorrerà dar vita ad ulteriori interventi, in coerenza con quelli già posti in essere, oppure se si dovrà pensare a politiche diverse.

Qual è la condizione di privilegio? Lo Stato tratta lo sconto con l'azienda, il cittadino no. Il cittadino, in quella parte che rappresenta il 30 per cento della spesa farmaceutica — quella a suo carico, quella della fascia C —, è solo nel rapporto con il prezzo del medicinale. Partendo da questa considerazione, abbiamo lavorato ad una soluzione che, mettendo intorno allo stesso tavolo le rappresentanze degli industriali, dei farmacisti, dei consumatori e dei sindacati dei medici, consentisse di verificare se sia possibile una manovra sociale a costo « zero » per lo Stato.

Questo provvedimento è un tentativo — se ne avrò il tempo, tenterò di ritornare sul tema, ma se mi dilungherò troppo, sono pronto a fermarmi — di recuperare anche un potere di titolarità dell'azione sulla sanità. Esso è nato interamente nelle stanze del Ministero della salute, mentre tutti i provvedimenti sulla farmaceutica emanati nel corso di questi anni sono nati nel Ministero dell'economia e delle finanze. Rivendico questo dato perché implica un'impronta di carattere più sociale a politiche che, magari, possono risentire solo di un aspetto finanziario, pure importante considerati i dati che leggiamo e sui quali dibattiamo in Parlamento e nelle trasmissioni televisive.

Abbiamo voluto verificare — non voglio, tuttavia, anticipare la discussione che ri-guarderà il decreto-legge — se l'industria fosse disponibile ad una politica di contenimento dei prezzi, che in dieci anni sono aumentati del 50 per cento. Questo significa che il cittadino spende il 50 per cento in più per l'acquisto di farmaci, con un aumento del 5 per cento l'anno: se ci pensate, questa percentuale corrisponde a più del doppio dell'inflazione!

Abbiamo chiesto alle aziende un sacrificio, bloccando per due anni la possibilità

di aumento dei prezzi. Peraltro, in questa decisione abbiamo inserito anche un elemento di trasparenza: fino a ieri, era possibile aumentare i prezzi in tutti i 12 mesi dell'anno, mentre adesso abbiamo limitato tale possibilità solo a gennaio. È chiaro che l'aumento può esporre il cittadino a dinamiche di mercato, ma in tal modo già il primo febbraio sapremo chi si è comportato bene e chi no: è un elemento di trasparenza in più.

Abbiamo lavorato sul rapporto tra il cittadino e la farmacia, proprio mentre dall'Europa giungono segnali preoccupanti sull'ordinamento vigente nel nostro paese, che invece vogliamo tutelare proprio perché rivendichiamo anche una nostra caratteristica. Il cittadino che si presenterà in farmacia avrà la possibilità di avere sconti fino al 20 per cento sui cosiddetti medicinali da banco, ossia senza obbligo di prescrizione. È importante, in un paese in cui aumenta tutto, sapere che c'è qualcosa che diminuisce.

Il cittadino avrà la possibilità di presentarsi dal farmacista con la ricetta del suo medico e se questa non recherà la scritta « non sostituibile » (i medici hanno accettato questa piccola rivoluzione) potrà vedersi offrire un farmaco generico. Anche questo è importante, perché il mercato del farmaco generico, di fascia C, è praticamente vicino allo « zero ».

Questo, se la manovra risulterà efficace, comporterà un'ulteriore conseguenza. Intendo dire che l'aumento del mercato dei generici comporterà una riduzione dei prezzi delle specialità farmaceutiche. Vi inviterei a non sottovalutare la portata potenziale di questa manovra. È chiaro, il dibattito parlamentare ci offrirà alcune proposte, ma credo che questo sia un segnale ben preciso in direzione del soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

Altra questione importante che abbiamo affrontato — più in termini di pressione politica che di effettiva capacità di incidenza del nostro ministero — è quella legata al contratto dei medici. Per quanto ci riguarda, possiamo rivendicare solo il merito di aver posto la questione e di aver convinto a considerarne prioritaria

la soluzione, nell'ambito di quello che era un dovere dello Stato nei confronti dei 100 mila medici del Servizio sanitario nazionale.

Ebbene, oggi abbiamo la possibilità di concludere positivamente questa vicenda, grazie ad un sostanziale accordo. Tra l'altro, si prevedono anche garanzie assicurative per i medici e questa è una conquista della categoria.

Ho ricordato le tante questioni che abbiamo cominciato ad affrontare nel nostro percorso. Certo, c'è ancora molto da fare, ma voglio annunciare alla Commissione che domani firmerò un altro provvedimento, una proposta al Ministero delle attività produttive per intervenire, di concerto, sulla riduzione del prezzo del latte in polvere. Anche da questo punto di vista vogliamo dare un'impronta forte alla nostra azione.

Il provvedimento dovrà prevedere — questa sera avremo un altro incontro con i soggetti interessati, per chiudere la vicenda — un intervento del Ministero della salute, nell'autorizzazione dei convegni e delle manifestazioni scientifiche proposti dalle società che operano nel campo della pediatria: vi sarà un controllo più rigoroso sulla qualità degli stessi. Non vogliamo più assistere al trasferimento del costo di un convegno o di una sponsorizzazione sul prezzo del latte che viene acquistato dal cittadino.

Questo provvedimento corregge un decreto del mio predecessore e serve a rendere immediatamente applicabili le misure volte a favorire un ulteriore calo dei prezzi. Recepiamo, così, le critiche della classe pediatrica al precedente provvedimento.

Tra le novità che verranno introdotte, vi è l'indicazione dei requisiti richiesti ai fini del rilascio dell'autorizzazione ministeriale alle società che intendano organizzare congressi e manifestazioni scientifiche.

In più, le aziende produttrici di latte in polvere — è un elemento di grande trasparenza — avranno l'onere di comunicare i prezzi di cessione dei prodotti ai vari

canali distributivi, compresi gli utenti, attraverso le associazioni dei consumatori.

Non voglio azzardare cifre, ma prevediamo la possibilità che il mercato metta le imprese nella condizione di abbattere di un ulteriore 20 per cento il prezzo del latte al consumatore.

Abbiamo notato delle differenze nel comportamento delle aziende: alcune hanno ridotto di molto il prezzo, altre per nulla. Come ha potuto verificare anche il sottosegretario Cursi, che ha seguito con particolare attenzione questa vicenda, un'azienda ha diminuito il prezzo addirittura del 43 per cento, mentre altre aziende non hanno fatto assolutamente la loro parte. Siccome alcune aziende hanno fatto riferimento ai costi, il nostro intento è proprio quello di intervenire su tale aspetto: qualificiamo al meglio i convegni scientifici e, probabilmente, ci saranno meno alibi per chi non vuole la riduzione del prezzo del latte in polvere per il cittadino.

Ovviamente questo non significa dimenticare i nostri ulteriori doveri. Potenzieremo, dunque, le campagne informative per assicurare la massima tutela dell'allattamento al seno e, in caso di assenza del latte materno, la corretta alimentazione del lattante e l'uso adeguato del latte in polvere e dei cosiddetti alimenti di proseguimento.

Un altro tema sul quale vogliamo intervenire è legato alla ricerca. Proprio stamane ho incontrato i vertici degli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico. Ovviamente siamo in attesa della sentenza della Corte costituzionale che, stando a notizie informali, ci dovrebbe porre di fronte ad alcuni problemi. È evidente, comunque, che una soluzione bisognerà trovarla. Occorrerà capire se la sentenza della Corte costituzionale, nella parte in cui si affronta il tema delle nomine, intervenga sul decreto legislativo o sulla legge da cui originava la delega. Capire se si disponga di ulteriori sei mesi o meno non è indifferente rispetto al tema che dobbiamo affrontare. Tuttavia, ne potremo parlare quando sarà chiaro il dispositivo della Corte costituzionale.

In tema di ricerca, credo di poter assumere un impegno, almeno per quello che riguarda il mio ministero: nell'allocazione interna delle risorse, si può sicuramente pensare di spostarne parte verso la ricerca. È un tema che non possiamo eludere e compiremo gli sforzi necessari per pretendere ulteriori risorse in sede di discussione della legge finanziaria. Intanto, però, vogliamo fare la nostra parte attraverso una diversa redistribuzione delle risorse.

Ci sono altri temi sui quali occorrerebbe ragionare, tuttavia, per non sottrarre tempo ulteriore alla discussione della Commissione, li cito per titoli, ferma restando, se siete interessati, la possibilità di approfondirli.

Ritornando alla questione del rapporto con le regioni e della loro capacità di spesa, a me è capitato di affrontare — l'ho fatto nell'altro ramo del Parlamento — una questione rispetto alla quale sono molto sensibile, quella legata alle cure palliative.

Giudico sicuramente grave — siamo in Parlamento, dunque non posso usare parole sconvenienti — la mancata spesa delle risorse che sono a disposizione delle regioni a partire dal 1998. Ciò riguarda due programmi ministeriali (1998/1999 e 2000/2001): appena il 21 per cento di quelle risorse è stato utilizzato. Per carità, stiamo parlando di una cifra esigua, di 400 miliardi delle vecchie lire, ma è ugualmente grave che solo quattro regioni si siano fatte carico di procedere speditamente con un piano di *hospice* che riguarda sia il pubblico che il privato.

So che al Senato è in corso una discussione su una proposta di legge relativa alle cure palliative, che in seguito passerà all'esame della Camera. Credo che sia importante capire cosa debba fare lo Stato in tali casi, anche perché dopo sarà interessata l'edilizia sanitaria: si deve procedere con una parola gentile come « affiancamento », che in realtà nasconde il termine « commissariamento », oppure c'è un sistema per obbligare a spendere queste risorse? Questo è un altro dei temi non ideologici che riguardano il rapporto tra Stato e regioni, sul quale dobbiamo dire la

nostra. Diversamente, quando parliamo di mancata crescita del paese, dobbiamo tenere conto anche del problema dei fondi stanziati, ma non spesi, negando così la possibilità di far circolare risorse, anche attraverso i fondi della sanità.

Due ultime questioni. So che è al vostro esame un tema importante che riguarda il cosiddetto governo clinico. Il Governo è favorevole ad una rapida approvazione del provvedimento, ed io spero che si possa rispondere alla necessità di coinvolgere la classe medica nel governo della sanità sul territorio, attraverso le varie ipotesi in circolazione (ad esempio, attraverso il collegio di direzione e il suo protagonismo nelle scelte che riguardano la salute dei cittadini). Spero che, da questo punto di vista, ci sia un'efficace risposta da parte della Commissione.

Infine, evidenzio un aspetto che istituzionalmente è il più importante, sebbene mi renda conto di cosa significhi fare riferimento ai piani. Siamo alla scadenza del triennio che ha riguardato il vigente piano sanitario nazionale. Come sapete, questo piano fu approvato a triennio iniziato, se non sbaglio nel luglio del 2003. Vorrei tentare di arrivare all'approvazione del nuovo piano sanitario nazionale superando la prassi e le procedure abitualmente seguite. Mi spiego meglio: finora il piano sanitario nazionale è stato vissuto come un adempimento, almeno così mi pare di capire. Erano necessari i passaggi in Conferenza Stato-regioni e poi in Parlamento e l'eventuale ritorno in Conferenza Stato-regioni in caso di accettazione di modifiche proposte dal Parlamento.

Ebbene, credo che sia giunto il momento di dare vita ad una forma di concertazione più ampia, che riguardi anche le categorie interessate, in sostanza il paese. Ritengo sia giusto partire da una bozza di documento su cui chiedere il parere ed eventuali integrazioni anche alle categorie che vivono la sanità del nostro paese, alle forze sociali, per produrre un piano che possa essere vissuto e non semplicemente visto come un adempimento.

Il mio auspicio è di approvarlo entro dicembre, se ne saremo capaci. Visti i precedenti, tuttavia, non è questa la priorità assoluta. Quello che mi interessa è verificare se esista la possibilità di presentare al paese un documento che possa essere tradotto in realtà pratica, per le regioni e per l'intero sistema sanitario.

Grazie per l'attenzione.

PRESIDENTE. Grazie a lei, signor ministro, per l'esauriente relazione su quello che il Governo, in questo anno di legislatura, si accinge a fare in ambiti dei quali già la Commissione si è in parte occupata, ma anche su altre iniziative che lei e il suo ministero intendete portare avanti.

Tra l'altro, due di queste iniziative, la proposta di legge sulla sanità nel Mezzogiorno e il disegno di legge sul governo clinico, sono attualmente all'ordine del giorno nella nostra Commissione, dunque la relazione è stata di grande aiuto per i nostri lavori.

Ringrazio ancora una volta il ministro per gli indirizzi che ha voluto indicare, che il Parlamento, nella sua autonomia, e la Commissione terranno nel dovuto conto.

Do ora la parola ai colleghi che intendano formulare quesiti o osservazioni.

ROSY BINDI. Grazie, signor presidente. Anch'io ringrazio il ministro per l'esposizione del programma di questo anno di governo. Il ringraziamento, naturalmente, sarà accompagnato da alcune critiche e da alcuni suggerimenti, come immagino lo stesso ministro si aspetti, nel doveroso rispetto delle prerogative parlamentari e, nel Parlamento, delle prerogative dell'opposizione.

Nuovo Governo, nuovo ministro: è evidente che siamo in attesa di una novità che parta da una considerazione che vorrei fosse condivisa. Infatti una delle novità, come abbiamo avuto modo di sottolineare in queste settimane dopo la sua nomina, consiste nel passaggio da un ministero affidato ad un tecnico ad un ministero affidato ad un politico. Il Governo attuale è nato da una sconfitta che la coalizione che lo sostiene ha riconosciuto di aver

subito alle elezioni regionali, dove la materia sanitaria è sicuramente centrale.

Personalmente sono tra coloro che ritengono che non fosse tutta responsabilità del Governo e che ci fossero anche delle responsabilità dei presidenti e degli assessori regionali, ma so anche che, certamente, in questi anni la sanità non è stata rappresentata e guidata, dal punto di vista politico, in maniera autorevole. Proprio partendo da questa considerazione credo che le novità che ci aspettiamo debbano scaturire da una lettura condivisa dell'attuale situazione.

Il ministro ha detto che noi abbiamo un buon Servizio sanitario nazionale. Mi auguro che in questa affermazione, signor ministro, lei voglia comprendere non soltanto lo stato attuale del sistema sanitario, ma i suoi principi, la sua filosofia, le sue scelte, i suoi valori. Mi auguro che, nel prossimo anno, tutti questi aspetti siano confermati.

Parto da questa considerazione perché credo che il nostro sia un buon Servizio sanitario nazionale, che ha la possibilità di essere ancora buono, e forse di migliorare, ma solo se si riconosce che in questi anni si è indebolito e che, per mancanza di governo e di guida politica, ha finito per andare incontro ad una sorta di inizio di mutazione genetica.

Basterebbe pensare alla privatizzazione strisciante in atto nel sistema sanitario del nostro paese, una privatizzazione che riguarda la spesa: il 30 per cento della spesa sanitaria è a carico delle famiglie, le quali, dopo aver pagato le tasse, spendono il 30 per cento di tasca propria, sottraendolo al bilancio della famiglia, per sostenere i costi del dentista, dei farmaci, dei *ticket*, dell'integrazione sociosanitaria ad alto contenuto sanitario e quant'altro. Questo dato del 30 per cento significa che è in atto una sorta di privatizzazione del finanziamento.

Questo Governo avrà anche aumentato il finanziamento — vedremo dopo se questo è vero —, ma è certo che l'attuale ammontare del fondo sanitario non risulta assolutamente sufficiente per fare fronte alle effettive necessità.

Peraltro, si assiste a una mutazione genetica nei rapporti di lavoro. Il blocco delle assunzioni di questi anni sta provocando — il ministro lo sa benissimo — un aumento preoccupante del numero di professionisti sanitari, medici e non solo, a rapporto precario. Abbiamo medici e infermieri che vengono assunti con i contratti previsti dalla legge n. 30 del 2003, tanto per intenderci. Credo che questo rappresenti un segnale di allarme: mentre si rinnova il contratto dei medici, dopo molti anni, nello stesso tempo si assiste ad un profondo cambiamento del rapporto di lavoro.

Siamo in presenza di una mutazione genetica anche nelle forme di gestione e nel patrimonio. Il ministro sa benissimo che è in atto la cartolarizzazione degli ospedali, è in atto un diffondersi senza regole del sistema di *project financing*. Tutto questo, a fronte dell'incapacità di spendere o dell'insufficienza degli investimenti, sta portando ad un'immediata partecipazione in conto capitale del privato, che poi si traduce in una tassa permanente che viene scorporata dalla quota capitaria della spesa corrente, ma così si abbassa automaticamente l'assistenza per i cittadini.

Ebbene, io credo che tutti questi elementi siano dei campanelli di allarme che un Governo nuovo ed un ministro nuovo, se vogliono ribadire le scelte del Servizio sanitario nazionale, con le sue caratteristiche, non possono non prendere in considerazione. Il nuovo Governo e il nuovo ministro non possono non dirci come intendono fare fronte a questa situazione. È giusto curare il sintomo terribile delle liste d'attesa — vedremo poi come —, ma è necessario intervenire sulle cause, che ritengo nascondano qualcosa di più grave. Si tratta di questioni che stanno diventando ormai strutturali.

Dalle sue parole si evince, signor ministro, una sorta di riconoscimento di quello che abbiamo sempre sostenuto nel corso di questi quattro anni, ossia che la sanità non è stata guidata in maniera adeguata ai bisogni di questo grande settore. Giustamente, dunque, si vuole riven-

dicare l'autonomia del ministero, che finora ha trasferito, di fatto, tutte le sue competenze, tranne le campagne pubblicitarie, al Ministero dell'economia e delle finanze, svuotando delle sue prerogative non solo se stesso, ma anche il Parlamento e la Conferenza Stato-regioni.

Allora, un'inversione di tendenza reale richiede non poche cose. Non richiede solo le critiche a un eccessivo salutismo, che il ministro ha pronunciato richiamando in un'intervista l'autorevole opinionista della *Stampa*, Barbara Spinelli. Una critica che ho condiviso in parte e che, più volte, io stessa ho pronunciato, ma ci auguriamo che non si passi dagli annunci della « cintura » agli annunci dei NAS.

Le cose da fare sono davvero molte. Provo a citarne alcune, ritenendo che ci saranno altre occasioni per approfondire l'argomento. Innanzitutto, è necessaria un'operazione-verità sullo stato della spesa sanitaria in questo paese. Moltissime regioni hanno cambiato maggioranza politica ed io mi domando se esse saranno in grado, entro il 31 maggio, di presentare quanto richiesto per avere accesso ad una parte consistente del fondo sanitario. Sicuramente, infatti, le nuove amministrazioni ereditano una situazione tutta da capire.

Siamo quantomeno ad un deficit registrato per il periodo 2004-2005 di 4.515 miliardi di euro, una cifra certamente non trascurabile. Signor ministro, credo che su questo punto lei debba diventare interlocutore della Conferenza Stato-regioni e del Ministero dell'economia e delle finanze. Oppure si pensa che a questa cifra si debba far fronte, secondo le intese e gli accordi in atto, ricorrendo a quello che prevedeva il famoso accordo dell'8 agosto, ossia con le tasse, i *ticket* e il taglio dei servizi? In questo caso, la mutazione genetica alla quale prima facevo riferimento si sta compiendo del tutto e il ministro Storace rischia di diventare il ministro che sancirà la fine del Servizio sanitario nazionale del nostro paese, non quello che lo rilancerà.

Ci meravigliamo che il Governo abbia deciso di abbassare l'IRAP senza avere le

idee chiare su come intende coprire il mancato introito per il fondo sanitario. Chi sta studiando questa problematica? A mio parere, prima di annunciare questa manovra, si sarebbe dovuto chiarire come si intendeva fare fronte al finanziamento del fondo sanitario. Comunque, signor ministro, credo che questo sia uno dei compiti impellenti che l'attendono e immagino che il ministro Sirchia non le abbia lasciato niente, da questo punto di vista.

Come tutti sanno, personalmente fui molto critica nei confronti della norma sul federalismo fiscale e sono convinta che rivedere quel provvedimento sia un impegno molto forte, sul quale credo debba svolgersi un confronto aperto, chiaro e sereno con le regioni. Ricordo che è vigente il Titolo V della Costituzione e che esiste una Conferenza Stato-regioni molto determinata nell'esercitare i propri compiti.

Veniamo alla questione meridionale. Devo dirle, signor ministro, che a me non è piaciuto che lei abbia subito annunciato che...

PRESIDENTE. Onorevole Bindi, dovrebbe concludere.

ROSY BINDI. Signor presidente, mi dica quanto tempo ho a disposizione, in maniera da regolarli. Ho molte cose da dire.

PRESIDENTE. Capisco che le cose da dire sono tante, ma così rischia di parlare solo lei.

ROSY BINDI. Abbiamo il pomeriggio davanti, spero che riusciremo a utilizzarlo.

Una delle grandi emergenze, come dicevo, è la questione meridionale. Titoli come « 1.000.000 di pazienti costretti ad emigrare per curarsi » fanno tanto comodo a Formigoni, in quanto gli tengono un po' in ordine le casse della regione Lombardia. Il *record* è soprattutto in Lombardia e in Veneto. A me non interessa chi incassa, quello che so è che la mobilità passiva — o attiva — è una stortura del sistema che, alla fine, non potrà reggere. Tant'è vero

che le regioni, tra loro, ancora non si pagano, perché non sono nelle condizioni di farlo.

Credo, dunque, che la questione meridionale debba essere affrontata seriamente. Di certo esiste una questione meridionale sanitaria e a noi non è piaciuto molto che il ministro abbia affermato che quella proposta di legge non va bene.

Vede, signor ministro, noi abbiamo un sospetto. Apprezziamo che lei voglia riprendere una dimensione nazionale del Servizio sanitario nazionale, ma deve fare i conti con il suo Governo. Pertanto, se il ministro del *welfare* vuole portare al nord i soldi dell'INAIL, lei, forse, sarà obbligato a presentare qualche cosa di diverso: la invitiamo a controllare questo aspetto, in quanto è di tutta evidenza che i soldi dell'INAIL devono andare dove ce n'è più bisogno.

Con quella legge chiediamo un adeguamento strutturale, non solo in termini di strutture vere e proprie. Certo, lei ha ragione a dire che molti soldi non sono stati spesi. Le rispondo subito facendo riferimento agli accordi di programma; da questo punto di vista, lei avrà il nostro appoggio.

FRANCESCO STORACE, Ministro della salute. Quando recuperiamo le risorse!

ROSY BINDI. Lei concordi con la Conferenza Stato-regioni e non faccia nulla di imperio, ma se arrivano accordi di programma che consentono di spendere subito, le assicuro che ci troverà sempre dalla sua parte. Ritengo, infatti, che questo sia uno strumento assolutamente adeguato.

Negli accordi di programma per il sud si possono riversare i soldi dell'INAIL, non solo per le strutture edilizie, ma anche per l'adeguamento strutturale più importante, quello delle managerialità, delle risorse umane, della formazione, ossia quello che è mancato forse in questi anni ed è il motivo per cui le regioni non sono in grado di fare molte cose.

La delega al Governo, invece, innanzitutto allunga i tempi. Inoltre, mi pare di

capire che lei voglia partire da un punto che a noi insospettisce molto, quello di rivedere la quota capitaria ponderata. In questo modo, si toglie laddove ci si avvicina quasi ad un pareggio e si dà dove non si è in grado di spendere bene.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non ho capito.

ROSY BINDI. Mi spiego: se ci si limita ad intervenire sulla correzione dei criteri della distribuzione della quota capitaria ponderata, con il risultato semplicissimo di sottrarre un po' di finanziamenti a regioni come la Lombardia, il Veneto o la Liguria e di trasferirli al sud, si ottiene che si tolgono finanziamenti laddove non è affatto vero che non ce ne sia bisogno — e magari si crea una situazione ancora più debitoria e si indebolisce un sistema che, in qualche modo, vive meglio — per darli a regioni che, senza un adeguamento strutturale, soprattutto in risorse umane, non sono in grado di spenderli in maniera adeguata per far riprendere il sistema sanitario. Questa correzione, da sola, è assolutamente inutile, anzi risulta dannosa per l'insieme del sistema.

Credo che sia necessario un confronto con la Conferenza Stato-regioni e che la responsabilità a livello nazionale imponga di non intervenire su un elemento che ha funzionato, ma di accelerare, invece, una legge che punti all'adeguamento strutturale.

Un secondo grande capitolo, sul quale il ministro non ha speso una parola, riguarda un tema al quale questa Commissione ha molto lavorato, il tema della non autosufficienza che noi riteniamo debba vedere impegnato il ministro della salute insieme al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero del *welfare*. Questo è un problema che il paese non è più in grado di sopportare. Dirò di più, il sistema sanitario non è in grado di sopportarlo, perché rappresenta una fonte di utilizzo spesso improprio delle stesse strutture sanitarie.

Se in questo anno arriverà un segnale da questo punto di vista, noi lo interpre-

teremo come una novità interessante, ma il silenzio ci ha preoccupato.

Veniamo, ora, al rapporto tra Stato e regioni. Mi auguro, signor ministro, che lei avvii una prassi di attuazione del Titolo V della Costituzione e del decreto legislativo n. 229 del 1999. Una norma che non è stata bocciata dalla Corte costituzionale, nonostante i numerosi ricorsi e ha retto all'urto della riforma del Titolo V, perché giuridicamente corretta e ben impostata.

Ci auguriamo, dunque, che il ministro dimostri la pericolosità di un'eventuale approvazione della *devolution*, in quanto le sue parole conducono in senso esattamente opposto a quello che vorrebbero alcune componenti del Governo e all'attuale riforma della Costituzione.

Veniamo alla questione del piano sanitario. Signor ministro, se vuole adottare il piano sanitario in maniera nuova, applichi il decreto n. 229 del 1999, dove è prevista la circolarità di proposte tra i piani sanitari regionali e il piano sanitario nazionale e la consultazione di tutti gli attori del sistema. È una strada già segnata, non c'è nulla da inventare.

Nel rapporto con le regioni, entrano anche i temi di cui lei ha cominciato ad interessarsi. Mi lasci dire che i NAS sono preziosissimi ed è giusto che il ministero si preoccupi di colpire le situazioni patologiche e di risolverle, in quanto esse impediscono livelli di assistenza uniformi e unitari su tutto il territorio nazionale, ma per risolvere il problema delle liste di attesa occorre ben altro.

In primo luogo, il decreto legislativo n. 124 del 1998 non è mai stato applicato, non perché sia inapplicabile. Al contrario, esso è applicabilissimo, ma devono farlo le regioni; non credo che possa applicarlo il ministero. Per far ciò è necessario un grande accordo nella Conferenza Stato-regioni e probabilmente occorre individuare una destinazione di risorse.

In secondo luogo, è necessaria una grande sfida di appropriatezza in questo paese. Occorre un impegno forte che coinvolga regioni, ministero, medici e via dicendo.

In terzo luogo, signor ministro, abbia il coraggio di far applicare la legge sull'attività libero-professionale dei medici. Se quella legge verrà applicata correttamente, secondo contratto, secondo linee guida e secondo atto di indirizzo e di coordinamento o, comunque, in base ad un nuovo accordo con le regioni, le liste di attesa probabilmente conosceranno un abbattimento naturale. L'attività libero-professionale è stata studiata e pensata proprio per abbattere le liste d'attesa, non per incrementarle. Dunque, è necessario applicare quella norma in maniera corretta e colpire le situazioni patologiche. Se un professionista, senza il controllo della ASL, della regione e, se c'è bisogno, anche del ministero e della polizia giudiziaria, ingrossa le liste d'attesa per procurarsi l'attività libero-professionale, è chiaramente fuori dalla norma. Si applichi, dunque, la riforma corretta, così come avrebbe dovuto funzionare, e questa darà sicuramente un buon risultato.

Per quanto riguarda i farmaci...

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. L'audizione è la mia!

ROSY BINDI. Sto finendo. Le audizioni, comunque, si fanno per ascoltarsi a vicenda. Così funziona il Parlamento. Signor ministro, ricorda come si comportava quando era all'opposizione? Io ricordo bene Storace parlamentare!

L'ultima osservazione riguarda il provvedimento sui farmaci, del quale finora abbiamo letto sui giornali, ma non ne abbiamo ancora preso visione. Quando sarà possibile, lo prenderemo in esame. In linea di principio, credo che trovare un modo per tenere sotto controllo i prezzi sia sempre opportuno. Tuttavia, bisogna ricordarsi che, forse, lo Stato deve anche rivedere la politica del prezzo dei farmaci di fascia A, se non vuole impedire lo « scaricamento » sulla fascia C. Per quanto mi riguarda, considero sbagliata la politica che si è adottata in questi anni. La notizia vera, piuttosto, sarebbe stata quella di un aumento del numero dei farmaci in fascia A e non la diminuzione del prezzo dei farmaci in fascia C.

Signor ministro, come fa una persona che abita in un piccolo centro, dove c'è una sola farmacia, a confrontare i prezzi? Dove deve andare a cercare l'altra farmacia perché gli venga praticato lo sconto? Forse lei non sa che la stragrande maggioranza dei cittadini vive nei piccoli centri e che, soprattutto, il problema riguarda gli anziani che vivono nei piccoli centri, e magari hanno solo una farmacia rurale. Non mi risponda che le farmacie fanno cartello, perché in questo caso verrebbe automaticamente neutralizzato l'effetto del suo provvedimento.

Anche su questo punto, verificheremo se si tratta di un provvedimento « ad effetto », che però non produce i risultati che ci si attende.

In conclusione, per le sue attuali responsabilità, la invito a tornare, in una fase successiva, per informare questa Commissione sulle sue intenzioni circa la multiterapia Di Bella. Ricordo che, nella fase in cui una certa forza politica era all'opposizione, usava questo argomento per impedire l'approvazione delle riforme, e non è ammissibile che oggi lo usi per alzare un polverone che impedisce di colmare le inadeguatezze e di risolvere i veri problemi della sanità.

Si affrontino le priorità vere del sistema.

PRESIDENTE. Grazie, onorevole Bindi. Approfitto per ringraziare della loro presenza i sottosegretari Cursi, Casellati, Zinzi e Di Virgilio.

Non voglio essere scortese, ma siccome molti deputati hanno chiesto di intervenire, pregherei i colleghi di cercare di contenere i loro interventi.

EOLO GIOVANNI PARODI. Nel mio intervento tenterò, come ho sempre fatto — me ne dovete dare atto —, di non strumentalizzare partiticamente la salute, ma di dire le cose come sono, cercando di rappresentare i problemi.

La ringrazio, ministro, perché il suo è stato un intervento politico, vorrei sottolinearlo abbondantemente, e ha toccato dei temi fondamentali sul governo della

salute ai quali voglio aggiungerne qualche altro. Non voglio ripetermi, né fare un convegno, ma voglio tracciare solo una serie di punti, secondo me importanti.

Il primo riguarda il rapporto fra università, facoltà di medicina, Servizio sanitario, Ministero della salute che credo che sia indispensabile. Oggi, spesso, la mano destra non sa cosa fa la mano sinistra. Faccio un esempio: a Genova si laureano ancora molti pediatri, e non nascono bambini; in compenso, non si formano, nella città più vecchia d'Europa, medici della riabilitazione o geriatri. Bisogna fare questo tipo di confronto. Chiedo proprio che avvenga un confronto fra università, facoltà, ministero e Servizio sanitario, un confronto che ha un'importanza enorme.

In secondo luogo, voglio parlare del tema della formazione: viene chiamata ECM (educazione continua in medicina), ma io non ne sono soddisfatto. Lo ribadisco, l'ho sempre criticata, e credo che sia da rifondare. Non sono crediti da dare in funzione delle amicizie, o di congressi, ma è qualcosa di continuo, che bisogna fare e che interessa lo Stato.

Il terzo punto concerne il sistema sanitario nazionale. Definirei il suo livello generalmente buono, anche molto più di buono, perché chi si interessa di problemi statistici a breve e lunga distanza vede che la speranza di vita, i dati della mortalità infantile, i parametri usati, sono per noi favorevolissimi. Sono d'accordo sulla necessità di salvaguardare il Servizio sanitario nazionale in tutte le maniere.

Altro aspetto è quello relativo al ruolo del personale medico: questo ruolo non esiste. Li chiamano dirigenti, ma non abbiamo ancora capito cosa dirigono. Non lo capisco e vorrei che qualcuno me lo spiegasse. So solo che, essendo chiamati dirigenti, non hanno solo il rischio professionale, ma corrono un rischio anche se in ospedale si rompe un apparecchio.

Il personale è incattivito, è arrabbiato e la rabbia si scarica sul paziente; non parlo solo del personale medico, ma anche del personale infermieristico, che converrà chiamare, una volta per tutte, infermieri professionali — che hanno un ruolo

enorme — e non paramedici, come sempre più spesso vengono definiti. Voi sapete che ho sempre detto che il sagrestano non è un « paraprete », quindi è inutile chiamarli paramedici: sono infermieri professionali.

I medici non chiedono solo soldi, ma chiedono anche un proprio ruolo. Oggi i dirigenti generali, in massima parte, hanno dei poteri « divini »: non li si può quasi nemmeno guardare in faccia, perché rappresentano una « divinità ». Questo ruolo di direttore deve essere corretto: deve esserci una partecipazione dei medici, dei tecnici, degli infermieri professionali e di tutte le altre categorie di personale.

Desidero svolgere un'osservazione: abbiamo un ruolo troppo ospedale-centrico, come quello che ha portato alla distruzione del servizio sanitario ungherese. Credo che in questa visione ospedale-centrica non siano presenti i problemi che sollevava l'onorevole Bindi, a proposito della libera professione (che ha un valore enorme). Le risponderai dicendole che voglio un'inchiesta sulle gare d'appalto e su tutto quello che viene fatto in quegli ambienti dove, tutti i giorni, arrestano delle persone. La professionalità dei medici è una cosa giusta: ho diritto di avvalermi del medico che voglio; devo denunciarlo se opera in maniera scorretta. Sono d'accordo sulle denunce, ma che non si faccia di tuttata l'erba un fascio, in modo tale che i medici sembrino tutti dei ladri! Si vada a vedere dove sono veramente i ladri.

Ci sono sprechi e doppioni, c'è il problema dei piccoli ospedali: finiamola con questa vecchia storia. Ci sono dei piccoli ospedali dove la gente può solo aspettarsi la morte e dove la rianimazione può essere solo uno schiaffo in faccia. Al posto di questi mettiamo poliambulatori, poli di emergenza, poli di accoglienza. Bisogna rifare completamente la politica del territorio: fino ad oggi, complessivamente, essa è fallita di fronte alla visione ospedale-centrica, e le dirò anche perché. Nella politica del territorio si fanno poche gare di appalto: le più grosse si fanno negli ospedali e la tendenza politica è di andare dove sono le gare d'appalto.

Mi piacerebbe, per gli ospedali, un'accoglienza di tipo alberghiero ed insisto col dire che da quando a Genova sono riuscito ad inserire un direttore d'albergo in ospedale la situazione dell'accoglienza è completamente cambiata. Qual è il modo con cui noi offriamo una risposta alla salute? Non si può avere un ospedale dove chi entra si chiede se ne uscirà o meno.

Sono d'accordo con l'onorevole Bindi sulla quota del 30 per cento della spesa che esce dalle tasche dei cittadini, e avrei una mia vecchia proposta per risolvere il problema: istituiamo un fondo etico, ipotisi questa di cui si è già discusso in Spagna e in altri paesi. Cerchiamo di canalizzare, in un fondo etico, i soldi che oggi interessano anche il Servizio sanitario. La Bocconi ha preparato una proposta di fondo etico: cerchiamo di avvalercene. Io credo che quanto da me ricordato vada aggiunto ai punti della relazione introduttiva del ministro, per i quali lo ringrazio, perché finalmente non sento più dire che dobbiamo smettere di fumare, quando è lo Stato che ci offre le sigarette.

FRANCESCO STORACE, *Ministro della salute*. Non le offre.

EOLO GIOVANNI PARODI. Le fa pagare, il che è peggio: una mano vieta e l'altra concede. Credo che adesso lei sia sulla strada giusta. Ritengo che le daremo una mano, per aiutarla, ma non le daremo degli spintoni. Siamo a sua disposizione per andare nella direzione da lei indicata.

GRAZIA LABATE. Ho ascoltato con molta attenzione il quadro che il ministro Storace ci ha proposto per l'anno che ha di fronte. Ho apprezzato, oggi, nelle sue parole, ma anche nelle dichiarazioni di questi giorni, è quando ha detto che il Ministero della salute si riprende le proprie funzioni. Di questo la ringrazio perché penso che il paese, ma anche il Parlamento, abbiano sofferto, in questi quattro anni, di una sorta di espropriazione.

Ministro, una cosa è fare politica sanitaria, anche dentro i limiti di una spesa

pubblica che deve rispettare i parametri di Maastricht, altra cosa è delegare al Ministero dell'economia e delle finanze la politica sanitaria, atteggiamento che si traduce in scelte di politica sanitaria non efficaci. Mi permetto di dire che, in questi quattro anni, il nostro paese, ha rafforzato una cultura dell'economicismo della salute che è molto grave.

Bisogna tenere insieme la spesa pubblica e le politiche della salute, ma non ci si può mai sbilanciare dalla parte dell'economia, perché questo produce una cosa semplicissima: disuguaglianza dei cittadini di fronte ad un diritto che penso sia il più sacrosanto sancito dalla nostra Costituzione, quello alla salute. Tanto più in un paese come il nostro, che ha, in Europa e nel mondo, il primato del tasso di invecchiamento della popolazione. Ciò, unitamente ad una longevità di tipo mediterraneo, dimostra come in questo paese le politiche della salute, nel bene e nel male — non mi interessa fare dietrologia — abbiano favorito, comunque, la salute e una certa longevità dell'uomo nel proprio ambiente.

Di questo la ringrazio: se lei si riappropria di una politica sanitaria consentirà, ciascuno nei propri ruoli (la maggioranza che governa e l'opposizione), di affrontare nel merito alcune questioni di cui lei ha tracciato, ovviamente per l'anno che ci è di fronte, alcune priorità, e sulle quali vorrei dirle la mia opinione.

Naturalmente, un'efficace politica sanitaria si riesce ad adottare solo se si opera in un contesto dove alcuni dati strutturali non la costringeranno a partire dal mese di giugno, e poi a settembre, quando prepareremo la finanziaria, a dover ammettere che voleva realizzare delle cose, ma la situazione dell'economia non glielo ha consentito. La invito, pertanto, ad una prudente cautela. Questi non sono dati dell'opposizione, visto che anche il ministro Siniscalco oramai prende atto che quella italiana è una situazione di recessione e la nostra ricchezza nazionale prodotta è ad un livello di stagnazione. Non ci sono, pertanto, dei dati strutturali che ci fanno guardare con tranquillità all'anno in