



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 1

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio  
sanitario nazionale**

AUDIZIONE DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO  
PER LA SALUTE, DOTTOR SERAFINO ZUCHELLI

3<sup>a</sup> seduta: martedì 19 dicembre 2006

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, dottor Serafino Zucchelli**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 11, e 15
BODINI ( <i>Ulivo</i> ) .....	13
CURSI ( <i>AN</i> ) .....	11
MASSIDDA ( <i>DC-PRI-IND-MPA</i> ) .....	13
TADDEI ( <i>FI</i> ) .....	14
ZUCHELLI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> .....	4, 14

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.*

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, dottor Serafino Zucchelli.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,10.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 12 dicembre 2006 si intende approvato.

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 23, comma 1, del Regolamento interno, sulla base delle indicazioni dei componenti dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari, svoltosi nelle riunioni del 29 novembre ultimo scorso e del 13 dicembre ultimo scorso, ho designato, con decorrenza 14 dicembre 2006 e fino al 31 dicembre 2007, quali collaboratori, a tempo parziale, della Commissione, con incarico retribuito – limitatamente all'attività di collaborazione prestata dal 14 al 31 dicembre 2006 – e senza alcun compenso per il restante periodo di collaborazione dal primo gennaio al 31 dicembre 2007, il magistrato, dottor Maurizio Grigo, il dottor Carlo Signorelli, il dottor Franco Cezza e la signora Maria Cosola.

Comunico, altresì, che, ai sensi dell'articolo 23, comma 4, del Regolamento interno, sempre sulla base delle determinazioni assunte nelle menzionate riunioni dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, ho designato il luogotenente Gaetano Caggiano e i marescialli capo Claudio Vuolo e Simone Vacca, appartenenti al Nucleo Carabinieri antisofisticazioni e sanità, quali componenti il nucleo degli agenti delle forze dell'ordine di cui la Commissione si avvarrà anche per l'espletamento di atti di polizia giudiziaria. I soggetti summenzionati, ai quali non verrà corrisposto alcun compenso, continueranno ad essere distaccati presso la Commissione provvisoriamente e per circoscritte esigenze dell'attività di inchiesta.

#### **Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, dottor Serafino Zucchelli**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del sottosegretario di Stato per la salute, dottor Serafino Zucchelli, al quale rivolgo il benvenuto, ringraziandolo per la disponibilità dimostrata accogliendo il nostro invito.

Con la seduta odierna avviamo il ciclo di audizioni di carattere introduttivo ascoltando il sottosegretario Zucchelli – che rappresenta il Ministero della salute che è il nostro primo interlocutore – per avere informazioni e valutazioni aggiornate sulla struttura organizzativa del Dicastero e sulle principali problematiche del Servizio sanitario nazionale.

Cedo quindi la parola al sottosegretario Zucchelli.

ZUCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Innanzi tutto ringrazio tutti i presenti dell'invito che mi è stato rivolto.

La domanda che il Presidente ha posto sul tipo di organizzazione che intendiamo dare al Ministero della salute è quanto mai opportuna. Le recenti modifiche normative (tra cui il cosiddetto ruolo del nostro Ministero, pervenutoci pochi giorni fa e costituito a seguito del Decreto del Presidente della Repubblica 12 giugno 2003, n. 208) stabiliscono il ruolo della dirigenza dividendola in due fasce. Si tratta di un passaggio non semplice che comporta una rivisitazione significativa della dirigenza del Dicastero.

In base al citato Decreto del Presidente della Repubblica n. 208, tutta la pubblica amministrazione è stata suddivisa in due fasce di dirigenza, quella dei direttori generali e quella di coloro che non sono direttori generali. L'elemento di forte specificità del Ministero è dato dalla presenza nei suoi ranghi di moltissime figure professionali e sanitarie (medici, veterinari, chimici e farmacisti), che hanno sempre vissuto una condizione di scarsa omogeneità con il resto del personale amministrativo. Di volta in volta, nel corso della vita di questo Ministero, si sono sviluppate relazioni non proprio virtuose ed efficaci tra la componente giuridico-amministrativa e la componente tecnico-sanitaria. Trent'anni fa si registrava una prevalenza della componente sanitaria, successivamente si è assistito ad un netto prevalere di quella amministrativa, con una forte marginalizzazione della componente tecnica. Oggi, con i nuovi strumenti a disposizione, si tenta finalmente di realizzare un equilibrio il più possibile virtuoso.

Ci accingiamo quindi, con un atto amministrativo interno, a definire una soluzione condivisa del nuovo assetto da dare alla dirigenza. A tal fine, sono in corso gli incontri sindacali con la dirigenza, che sono previsti dall'attuale normativa attraverso il meccanismo della concertazione. Entro il 31 gennaio 2007 la concertazione dovrà terminare, speriamo nella massima condivisione possibile. Tra l'altro, oggi, alle ore 17,30 è previsto un altro incontro. Se non si riuscirà a rispettare tale termine, l'amministrazione dovrà assumersi le sue responsabilità.

I nostri obiettivi sono facilmente identificabili. Per rendere efficace e utile l'azione del Ministero desideriamo permettere a tutte le professioni esistenti di esprimersi attraverso una carriera che possa dare a tutti la possibilità di giungere alla dirigenza, consentendo a ciascuno di dare il meglio di sé.

La normativa esistente ha cambiato la situazione precedente, che era definita dal decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e che prevedeva un determinato percorso di carriera. Oggi siamo in grado di assicurare la possibilità di sviluppare un percorso di carriera sia ai funzionari della compo-

nente amministrativa che hanno competenza giuridica sia a quelli della componente tecnico-professionale. Non è semplice. All'interno e all'esterno del Ministero vi sono conflitti che occorre assolutamente gestire con saggezza.

La struttura del Ministero si articola in quattro Dipartimenti. In precedenza erano tre ma le vicende degli ultimi anni, in relazione ai possibili danni connessi a patologie derivanti da alimenti o da animali, hanno portato ad un forte sviluppo del settore veterinario e del controllo degli alimenti da parte del nostro Ministero, che attualmente esprime in tale ambito il massimo delle competenze di gestione diretta. A seguito di ciò si è reso utile sviluppare un quarto Dipartimento.

Due giorni fa il Ministro ha firmato il decreto di assetto di questo quarto Dipartimento, che si articola in tre Direzioni generali e sono stati identificati anche gli uffici in cui esso esprime la propria organizzazione per far fronte alle note esigenze di relazione con l'Europa. Questa è la novità più rilevante che abbiamo desunto dalla precedente legislatura e che abbiamo mantenuto e sviluppato.

D'altro canto, per necessità e in seguito ad una decisione di ordine generale, bisogna ridurre il numero delle Direzioni generali ai fini del contenimento delle spese della pubblica amministrazione. Probabilmente ciò comporterà il sacrificio di una o due Direzioni rispetto alle 16 esistenti. In realtà, una serie di circostanze nel frattempo intervenute hanno ridotto il numero dei direttori generali a seguito di alcune defezioni.

Vorrei dare una notizia politica che spero possa rasserenare i rapporti tra maggioranza e opposizione: è nozione di tutti gli addetti a questi temi che i dirigenti che hanno ricoperto incarichi di responsabilità nella precedente amministrazione, qualunque fosse il loro atteggiamento, sono stati confermati nei loro incarichi dopo averne valutato la competenza e le capacità. Questa penso sia una espressione di continuità che depone a favore di un senso di responsabilità complessiva e della volontà di proseguire in maniera matura nell'affrontare i problemi della sanità.

Quali sono le problematiche da affrontare? Nel mondo animale e nelle patologie animali e di controllo degli alimenti, la situazione è fortemente critica. Tuttora molte malattie animali sono presenti nel nostro territorio e mettono a repentaglio le nostre esportazioni, perché l'Europa giudica negativamente il nostro controllo su determinate situazioni. Nel Sud Italia la brucellosi è ancora presente, non essendo stata debellata negli ultimi vent'anni; la *blue tongue* esiste in molte parti del Paese; la vesciculosi degli animali dal Nord Europa ha superato il filtro del nostro Paese, ha invaso le Regioni del Nord e del Nord-Est e sta ora scendendo verso l'area centrale del Paese. Tutti questi elementi destano profonda preoccupazione e dimostrano che il filtro che stiamo opponendo a questo tipo di patologie non è sufficientemente efficace.

Vengo da una riunione a cui sono state invitate a partecipare tutte le nostre realtà periferiche proprio per sensibilizzarle su questo fenomeno che deve essere oggetto di maggiore controllo per rendere più efficaci le azioni da intraprendere. Allo stato, gli strumenti organizzativi di cui

ci siamo dotati e l'aumento del personale dovuto a precedenti scelte consentono di fare fronte alle necessità.

Passando dagli animali agli uomini, un altro elemento di grande importanza che deve essere oggetto di particolare attenzione è l'introduzione nel mondo sanitario di 22 nuovi profili professionali, che rendono particolarmente affollato il territorio intorno al malato o che generano problemi alla sanità in generale. Tale crescita si è resa necessaria in quanto non potevano continuare itinerari formativi parziali o abborracciati e si imponeva l'individuazione di nuovi profili professionali con una formazione di tipo universitario. In verità, ho qualche riserva rispetto al numero così elevato dei nuovi profili e, in alcuni casi, ho l'impressione che vi siano forzature. Ad ogni modo, tale decisione è stata opportuna, tant'è vero che il Parlamento ha optato, quasi unanimemente, per questa scelta.

A seguito di ciò il mondo sanitario non vede più la presenza esclusiva e dominante del medico intorno al quale si muovevano figure secondarie che comunque assicuravano l'unicità dell'intervento diagnostico e terapeutico. Ora bisogna fare in modo che le numerose figure titolari di responsabilità e di funzioni esprimano una presenza concertata. Da vecchio medico che ha gestito reparti fino a poco tempo fa, sottolineo il problema connesso all'individuazione di due linee parallele di responsabilità. Da una parte vi è il modello della medicina diagnostico-terapeutica, dall'altra quello della medicina assistenziale. È giusto che vi siano autonomia e responsabilità, come i nuovi livelli di studio impongono, ma nell'interesse del paziente portatore di una patologia da curare è indispensabile e importante che la responsabilità assistenziale e quella diagnostico-terapeutica si intersechino tra loro per raggiungere una sintesi. In caso contrario, si rischiano confusione e sovrapposizione di responsabilità senza alcun vantaggio per nessuno.

In poche parole, siamo di fronte a un bivio: da un lato la potenzialità di una grande ricchezza di figure, dall'altro il rischio di una forte confusione in caso di un non corretto impiego delle stesse.

Oggi si deve affrontare anche un altro importante aspetto: la medicina del territorio. Da più di un secolo l'ospedale è ormai una struttura fortemente caratterizzata a seguito anche di particolari riforme e di una attenzione razionalizzatrice che hanno conferito allo stesso un assetto più o meno efficiente a seconda dei luoghi e soprattutto un'identità inconfondibile. La struttura ospedaliera però deve essere migliorata, essendo diventata – come tutti sappiamo – un luogo di erogazione di cure estremamente complesso. Di contro, però, il territorio non è stato sufficientemente oggetto di attenzione da parte degli organizzatori e dei gestori della sanità pubblica.

Del resto, i problemi dei cittadini non si risolvono esclusivamente negli ospedali. Analogamente, il destino del Servizio sanitario nazionale non si gioca negli ospedali bensì sul territorio. Infatti, se non si riuscirà a risolvere la maggior parte dei problemi semplici e di primario livello dei cittadini sul territorio, non ci sarà ospedale che regga, atteso il costo di circa 800 euro per una giornata di ricovero.

Si impone, pertanto, un'attenzione particolare alla medicina del territorio che, ricordo, non significa soltanto medicina di famiglia, ma vuol dire anche medicina specialistica, capacità di controllo delle urgenze sul territorio, guardia medica. Molti professionisti agiscono nella medicina territoriale ma la loro azione, combinata con quella dell'organizzazione che si muove attorno a loro, non produce una risposta sufficientemente efficace. Ciò è deducibile dal fatto che i cittadini, quando hanno un bisogno reale, molto spesso saltano la medicina territoriale rivolgendosi direttamente agli ospedali. Di qui l'insostenibile pressione sul Pronto Soccorso che non è compatibile con una buona gestione dell'emergenza a livello ospedaliero, per problemi non solo di costi ma soprattutto di affollamento e di svolgimento di funzioni improprie.

Quanto alla medicina del territorio, il problema non può essere risolto solo auspicando che tutti facciano il proprio dovere e che vi siano le dovute assunzioni di responsabilità: deve essere cambiato qualcosa nell'organizzazione.

Chi è medico sa che nel 2007 non può più esercitare la sua professione come un tempo in un studio isolato, con un fonendoscopio e uno sfigmomanometro, nella speranza di risolvere i problemi quotidianamente posti, ma nella consapevolezza di poterne assolvere solo una parte. Un medico deve disporre di alcuni elementi di diagnostica semplice per essere messo nella condizione di effettuare alcuni interventi minimi.

Si va dalla disponibilità di alcuni esami di laboratorio, per cui ci può essere una sezione di laboratorio urgente a disposizione del medico di famiglia o addirittura un *Point of care testing* (POCT), che offre sei o sette profili fondamentali, all'esistenza di un elettrocardiografo e di un ecografo. Detti strumenti potrebbero essere contenuti in quella che il Ministro della salute chiama «casa della salute», ovvero il luogo sul territorio in cui si può identificare un punto di riferimento. Quindi, è necessario assicurare la disponibilità di strumenti diagnostici fondamentali, così come occorre garantire ai cittadini una continuità di assistenza nell'arco delle 24 ore.

Naturalmente questo risultato non può essere raggiunto per merito dell'eroismo di un singolo medico, ma serve un'associazione di professionisti che si uniscano in maniera decisamente più concreta ed efficace rispetto a quanto è stato fatto fino ad ora. L'obiettivo da raggiungere è che gli studi dei professionisti restino aperti per le 12 ore diurne, dalle otto di mattina alle otto di sera (naturalmente non dovrà essere presente per tutto il tempo lo stesso medico), garantendo una continuità di assistenza nelle ore notturne e nei giorni festivi in modo non formale ma sostanziale.

Non si può pretendere che dei professionisti, dei medici che si dedicano soltanto ad un'attività notturna e festiva periodica, acquisiscano una competenza che consenta loro di affrontare le varie situazioni che si possono presentare. Detta figura deve essere integrata con quella dei medici di famiglia riuscendo, attraverso una sinergia, a garantire la copertura di cui parlavo prima. Quindi, bisogna porsi l'obiettivo di assicurare una co-

pertura di 12 ore diurne, garantire un'assistenza notturna e mettere alcuni fondamentali strumenti diagnostici a disposizione rapida del medico.

Si avverte infine l'assoluta necessità che il cittadino che esprime un bisogno di salute, vista la grande complessità della medicina moderna, non sia lasciato solo quando passa da un comparto all'altro del Servizio sanitario nazionale. Posta la suddivisione esistente tra i comparti ospedaliero, territoriale e specialistico, non è accettabile che un «povero cittadino» sia lasciato solo in questo mondo complesso, senza un'adeguata conoscenza, a trasportare da un reparto all'altro i referti medici in completa solitudine. Quando il cittadino esprime una situazione di un certo rilievo deve esserci un accompagnatore costante e un responsabile della sua salute che lo affianchino fino al soddisfacimento del suo bisogno. Tale ruolo dovrebbe essere svolto dal medico di famiglia, che entra a conoscenza per primo dei bisogni del suo paziente, può avvicinarlo alla struttura ospedaliera e riceverlo una volta uscito, creando un «circuito» in cui il suo assistito non è mai abbandonato.

Se riusciremo, pur faticosamente, ad affrontare insieme tutte le problematiche inerenti alla medicina del territorio, la situazione migliorerà anche per le strutture ospedaliere.

Un altro problema molto importante è quello della formazione e della ricerca. Quanto al rapporto tra Università e Servizio sanitario nazionale, bisogna aver presente che le esigenze della medicina evolvono e che le figure professionali si sono rapidamente modificate nel corso degli ultimi venti anni. Il sistema di formazione si è adeguato lentamente alle nuove necessità. Il medico che lavora all'interno di strutture complesse, come quelle del Servizio sanitario nazionale, ha l'obbligo di possedere oltre alla tradizionale conoscenza di tipo diagnostico e terapeutico, anche una nuova cultura della responsabilità. Tale cultura è parte indispensabile del suo profilo professionale perché gli consente di trasformarsi in una sorta di cardine tra le esigenze del cittadino, di cui si fa interprete, e quelle della struttura sanitaria, i cui limiti economici e vincoli organizzativi – come è noto – condizionano l'azione del medico.

Oggi il medico deve saper scegliere la prestazione più adeguata, che abbia il minor costo possibile e che nel contempo sia la più efficace possibile. Questa capacità non si improvvisa con il buon senso e non può che essere frutto di una formazione specifica. Tale necessità è evidente, tanto che varie organizzazioni sindacali si sono dedicate all'analisi di questi aspetti nel corso degli anni passati. Ho recentemente letto su un giornale che è stata costituita un'Associazione dei medici dirigenti (dirigenti non in senso sindacale, ma nel senso di medici dirigenti gestori). Non so se questa sia la strada più giusta, ma è certamente un buon segno, se ci si rende conto che alla formazione del medico qualcosa manca.

Un secondo aspetto: oggi il medico di medicina generale ha esigenze complesse e nuove e non è più sufficiente la formazione che gli viene impartita. In Italia esiste un difetto formativo mentre negli altri Paesi europei è prevista un'apposita specializzazione. Occorre definire un itinerario for-



mativo apposito che, al momento, è attivato soltanto in alcune Regioni e in modo parziale.

Il settore in cui siamo più carenti è però quello della formazione specialistica in cui si registra una gravissima sproporzione rispetto agli altri Paesi e costituisce uno dei nostri *handicap* più gravi, per lo meno in campo medico. Il nostro itinerario formativo è lunghissimo; dura complessivamente undici anni (sei per la laurea in medicina, cinque per la specializzazione); si comincia a 19 anni e, se si è molto bravi, si termina a 30. I nostri specialisti però quando escono dall'università (fortunatamente non in tutti i casi, com'è evidente nel caso delle specializzazioni chirurgiche) non hanno l'autonomia che uno specialista dovrebbe possedere. Il neospecializzato in chirurgia generale, in urologia, in cardiocirurgia o in neurochirurgia, non è in grado di lavorare in sala operatoria, avendo almeno un minimo di autonomia. La sua educazione al «saper fare» deve necessariamente riprendere nell'ambiente ospedaliero in cui si trova ad operare.

Ogni anno in Italia ci sono circa 8.000 nuovi specializzandi, per un totale, allo stato, di circa 25.000, che vengono «isolati» per un numero di anni molto elevato, in ambienti troppo circoscritti e confinati, in cui non è disponibile un numero sufficiente di atti medici da utilizzare per la loro istruzione; e ciò non certo per cattiva volontà. L'Università, per suo limite culturale, continua ad insistere in un'ulteriore formazione di tipo accademico e teorico trascurando, in parte perché costretta, il «saper fare». Tutto ciò ci pone in una situazione di grave ritardo rispetto agli altri Paesi, dove la specializzazione si consegue non a 31, 32 o 33 anni, ma a 25 o 26 anni, per diventare a 35 anni, se si è bravi, responsabili di strutture complesse (come si diceva un tempo: primari) o quantomeno medici ordinari.

Dunque, l'itinerario formativo è troppo lungo e spesso inefficiente: anche in questa materia però, non occorre inventare nulla di nuovo. Il decreto legislativo n. 517 del 1999 prevedeva una scelta virtuosa (almeno così era considerata dagli esperti) in materia di rapporti tra sistema formativo e Servizio sanitario nazionale. Va però rilevato che tale decreto è in gran parte rimasto inattuato. In materia di formazione specialistica il decreto partiva dal dato di fatto della carenza di atti medici nelle strutture universitarie preposte alla formazione specialistica. Si prescriveva di prendere gli atti dove si trovavano, ovvero nel Servizio sanitario nazionale. Si sosteneva cioè, che la formazione specialista doveva compiersi anche all'interno del Servizio sanitario nazionale, nelle strutture più adatte e con i professionisti più idonei.

Addirittura in una prima stesura, il provvedimento prevedeva che due terzi della formazione dovessero avvenire nelle strutture del Servizio sanitario nazionale e un terzo in quelle gestite direttamente dall'Università. Si è preferito, però, non seguire questa strada e il risultato è stata una vera e propria asfissia della fase formativa. Il circuito virtuoso si è realizzato solo in pochissimi casi, e questo è un fatto grave che mi preme rimarcare in quanto il Paese e la formazione specialistica ne hanno tratto un grave danno.

Appena insediato, il Ministero della salute ha scritto al Ministero dell'università per fare presenti queste esigenze. Il sistema sanitario si pone nei confronti dell'Università come committente di figure professionali e, nello stesso tempo, come utilizzatore del lavoro formativo sviluppato. Ebbene, avendo rilevato in tali vesti l'insufficienza della fase formativa, abbiamo deciso di avviare con il Ministero dell'università un rapporto che speriamo si sviluppi.

Peraltro, a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione del 2001, le Regioni hanno una parziale titolarità in questo campo, tant'è vero che alcune di esse hanno già assunto provvedimenti in materia.

Il decreto legislativo n. 517 del 1999 ha dato vita alle aziende miste ospedale-università. Dopo quattro anni di sperimentazione si sarebbe dovuto verificare se le proposte e l'esperienza fatte si erano dimostrate efficaci. Molte Regioni non hanno dato vita ad aziende miste, altre invece lo hanno fatto anche normando la materia, alla luce di una sentenza della Corte costituzionale pronunciata in tal senso. Se non sbaglio, la Regione Emilia Romagna è già intervenuta nei termini indicati mentre credo che la Toscana lo stia facendo. A nostro giudizio la situazione che si è creata non è opportuna perché, potendo le varie Regioni stabilire, di volta in volta, rapporti diversi con i sistemi formativi regionali, si creerebbe una configurazione non omogenea della formazione sanitaria sul territorio nazionale.

Nel rispetto dell'autonomia delle Regioni, riteniamo che l'avvio di un tavolo comune fra Regioni, Ministero dell'università e Ministero della salute sia indispensabile per procedere effettivamente ad una verifica, ancorché a distanza di sette anni dalla fase sperimentale introdotta dal già citato decreto legislativo n. 517.

Come il Ministro ha più volte ripetuto, il decreto legislativo n. 229 del 1999 è un pilastro che non deve essere modificato; vorrei aggiungere però che altrettanto vale per il decreto legislativo n. 517: non si può scoprire il mondo tutte le volte e partire sempre da Adamo ed Eva, vorremo porre mano con molto equilibrio e, speriamo, saggezza ad una rivisitazione del decreto legislativo n. 229 per verificare i risultati che ha prodotto in termini di organizzazione e gestione del Servizio sanitario e ad una eventuale modifica del decreto legislativo n. 517, partendo dai principi nello stesso stabiliti.

Non ci vede consenzienti, ad esempio, il decreto Moratti, approvato alla fine di marzo di quest'anno, dieci giorni prima delle elezioni. In tal senso, il primo problema che abbiamo posto al Ministero dell'università è come modificare tale decreto che, secondo noi, non rispetta i principi del decreto legislativo n. 517.

Vorrei infine spendere qualche parola sulla ricerca. Il Servizio sanitario nazionale è titolare solo di una parte dei finanziamenti destinati alla ricerca, quella in cui sono più evidenti gli aspetti applicativi. Con riferimento alla ricerca e all'utilizzo dei fondi del Servizio sanitario nazionale destinati a questo tipo di funzione, vorremmo introdurre degli elementi nuovi che si basano su alcuni concetti. Il primo è la trasparenza:

dobbiamo superare la fase familistico-provinciale italiana, che vede un mondo circoscritto in cui i centri di ricerca si affermano e si definiscono in base al preconetto: «io sono bravo e quindi a me spetta», secondo il concetto dell'autoreferenzialità. Vorremo invece introdurre elementi di trasparenza nel giudizio dei progetti nonché di anonimato e di verifica dei risultati. Anche in questo caso, infatti, si tratta di una cultura che non abbiamo e che, a nostro avviso, dovrebbe servire a dare maggiore slancio permettendo ai più giovani di impegnarsi e ai centri di ricerca che non si sono potuti affermare fino ad ora come luoghi di produzione scientifica, di poter emergere e svilupparsi se hanno idee e proposte intelligenti. Quindi, trasparenza, anonimato del progetto e soprattutto verifica *a posteriori* di quello che il progetto ha provocato e degli esiti dell'investimento.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario Zucchelli per le preziose considerazioni fornite ai lavori della Commissione sulla base dell'esperienza non solo politico-istituzionale ma anche più squisitamente professionale, offrendo spunti molto utili per la nostra attività. Invito, infine, il sottosegretario a presentare un'eventuale documentazione scritta sui profili organizzativi del Ministero della salute, anche in vista delle eventuali novità che potrebbero esserci dopo il 31 gennaio 2007.

CURSI (AN). Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Zucchelli che ha fatto, anche se in maniera abbastanza generale, una fotografia del Ministero della salute in quanto tale. Sono preoccupato, per essere stato io stesso sottosegretario di Stato per la salute per cinque anni, di alcuni aspetti che lui stesso mi sembra condivida. Penso soprattutto alla vocazione sanitaria del Ministero che corre il rischio di essere perduta.

Ad ogni modo, due sono le mie vere preoccupazioni.

Mi preoccupa innanzi tutto che il Ministero dell'economia faccia da padrone e gestisca, in quanto tale, uno strumento fondamentale quale quello del finanziamento del Fondo sanitario nazionale. Ritengo che questa Commissione debba farsi carico di ciò, sollecitando e stando vicini al Ministero, al Ministro e al Governo affinché ciò non avvenga. Infatti, le valutazioni del Ministero dell'economia sarebbero solo di carattere finanziario e non in termini di salute.

La seconda preoccupazione riguarda il Ministero delle politiche agricole che ha tentato con il precedente Governo e anche ora in questa evenienza, di scippare qualche competenza faticosamente conquistata dal Ministero della salute con il quarto Dipartimento della sicurezza alimentare e della veterinaria. La mia sensazione è che questa tentazione permanga anche da parte del nuovo Ministro dell'agricoltura. In tal senso considero importante l'iniziativa assunta al riguardo dal Ministro della salute perché è volta a rafforzare il ruolo del Dicastero che rappresenta.

Sulle professioni sanitarie non mediche, ricordo che il precedente Parlamento votò, quasi all'unanimità, la legge n. 43 del 2006, riferita ad importanti categorie, come infermieri, tecnici di riabilitazione, terapisti. Tuttavia, nonostante la buona volontà del ministro Turco, i decreti attua-

tivi sono stati bocciati per ben due volte dal Consiglio dei Ministri. Detto ciò, invitiamo il sottosegretario Zucchelli a sollecitare il Ministro affinché si faccia carico di ciò e ripresenti i decreti attuativi. Non è possibile, infatti, che il Parlamento approvi una legge delega e che una parte del Consiglio dei Ministri (non tutto) poi bocci le proposte attuative della legge n. 43 predisposte dal ministro Turco.

Condivido quanto riferito dal sottosegretario Zucchelli in materia di sicurezza alimentare. Al riguardo, mi preme però sottolineare la necessità di rafforzare i rapporti con gli organismi internazionali. Se oggi siamo riusciti a debellare l'influenza aviaria (di cui fortunatamente non si sente più parlare e speriamo non se ne parli più) è perché a livello internazionale è stato riconosciuto il ruolo del nostro Ministero della salute ed è stata data la possibilità ai veterinari di svolgere il proprio lavoro. Occorre, dunque, rafforzare i rapporti soprattutto a livello europeo e dare un ruolo agli Istituti zooprofilattici. Data l'importanza di tali Istituti, in occasione delle riunioni della Conferenza Stato-Regioni, sarebbe opportuno chiedere alle Regioni di non rivendicare soltanto il diritto di eleggere i presidenti e i nove decimi dei consigli di amministrazione ma di mettere a disposizione anche le risorse finanziarie necessarie a detti Istituti. In proposito faccio presente che gli Istituti zooprofilattici oggi vivono soltanto con i finanziamenti che ricevono dal Ministero della salute e ciò non è giustificabile tenuto soprattutto conto che gli organi direttivi degli stessi vengono scelti dalle Regioni.

In riferimento alla medicina del territorio, invito il Presidente a programmare quanto prima un sopralluogo della Commissione in tre Regioni. Mi risulta infatti che il Veneto, l'Emilia Romagna e la Puglia hanno creato delle strutture per le persone non autosufficienti, che sono anche un esempio di recupero di risorse attraverso la riconversione delle strutture ospedaliere.

Nulla ci ha detto il sottosegretario, ma non poteva farlo in questa sede, sulle liste di attesa. Nessuno si illuda che il Protocollo sulla casa della salute, sottoscritto il 26 settembre dal ministro Turco e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, possa risolvere il problema delle liste di attesa. Al riguardo nella finanziaria 2006 è previsto un impegno sulla base di un accordo concluso in sede di Conferenza Stato-Regioni il 28 marzo scorso con riferimento alle cento patologie più rilevanti. Si era stabilito che il 1° luglio si dovesse partire, data posticipata poi al 1° ottobre. Non è stato fatto nulla. Siamo arrivati a dicembre e tutto è fermo. Nelle Regioni il sistema delle liste di attesa doveva essere regolato in base ad un meccanismo che avrebbe affidato ai direttori generali alcuni compiti. Sollecito pertanto il Governo ad intervenire sulla problematica delle liste d'attesa.

Per quanto concerne la formazione e in particolare l'*advisor*, nessuno pensi di mettere in moto un meccanismo di scelta corporativa della formazione che passi attraverso i medici, gli infermieri e le professioni sanitarie. È fondamentale che l'*advisor* sia scelto con grande competenza e serietà.

Vorrei ricordare che la nostra contrarietà alla legge costituzionale n. 3 del 2001, votata con uno scarto di quattro voti nella XIII legislatura, è dovuta al fatto che tale legge ha dato vita a 21 tipologie diverse di formazione, una per ogni Regione. Lo stesso sottosegretario Zucchelli ha fatto riferimento a questo aspetto, e non posso che apprezzarlo.

La formazione è oggi di competenza regionale; quindi, teoricamente potremmo sforzarci di porre in essere l'accordo quadro di cui si è parlato nel tentativo di recuperare qualcosa. Poiché attualmente la formazione viene fatta da ciascuna Regione, si verifica che la Puglia realizza in campo sanitario una formazione diversa dal Lazio che, a sua volta, ne prevede una diversa dalle Marche, e così via. Esprimo pertanto un forte richiamo all'univocità della formazione in campo sanitario.

L'ultima considerazione concerne la ricerca. Sono d'accordo sul principio della trasparenza, cui ha accennato il sottosegretario, ma vorrei richiamare l'importanza dell'anonimato. Non è possibile affidare i progetti prevedendo meccanismi di *referring* in quanto i titolari degli stessi sarebbero soggetti alle sollecitazioni, amichevoli o meno, di qualcuno. L'anonimato significa attribuire progetti senza rivelare i nominativi. L'anonimato e quindi l'assenza di pressioni consente di evitare – come invece è avvenuto negli anni passati – una dispersione dei finanziamenti in mille rivoli, che non è utile a nessuno. I progetti di ricerca seri hanno bisogno infatti di finanziamenti adeguati a livello regionale altrimenti, nel tentativo di accontentare tutti, si finisce col non accontentare nessuno.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Presidente, il sottosegretario Zucchelli ha fatto riferimento al problema del rapporto Regioni-Ministero della sanità e quindi Governo nazionale, anche alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione.

A seguito dell'approvazione della finanziaria 2006 alcune Regioni finanzieranno totalmente il Servizio sanitario nazionale. Mi riferisco al Friuli Venezia Giulia e alla Sardegna, ahimè, quando sarà applicata l'attuale manovra. Vorrei sapere come si garantisce che i livelli essenziali di assistenza abbiano pari qualità nell'ambito di questo nuovo rapporto. In sostanza, come intendete garantire i LEA in tutto il territorio nazionale e coordinare il piano sanitario nazionale con i tanti piani sanitari regionali, che molte volte sembrano addirittura entrare in collisione tra loro?

BODINI (*Ulivo*). Intervengo rapidamente solo su alcune questioni. Non ho sentito dire nulla dal sottosegretario Zucchelli sulla guardia medica territoriale. Credo sia arrivato il momento di superare o integrare questa figura per trasformarla in un servizio territoriale o di tipo diverso.

L'altra questione che mi sta a cuore è relativa al potenziale dualismo del piano di cura a livello ospedaliero. Occorre risolvere al più presto il problema della responsabilità finale di chi dirige la struttura. Avrei già una risposta, ma non intendo darla ora.

Per quanto concerne la formazione, sono d'accordo che la stessa sia effettuata a livello centralizzato, come affermava poc'anzi il collega Cursi, ma un particolare discorso merita la formazione presso il Ministero dell'università. Come il sottosegretario ben sa, si tratta di un tema ampiamente dibattuto in 12<sup>a</sup> Commissione rispetto al quale occorrono alcuni ripensamenti. La formazione, infatti, non può essere realizzata soltanto a livello universitario. Gli universitari non possono supportare tutte le loro attività con gli specializzandi in medicina. È necessario un forte riequilibrio e un inserimento all'interno degli ospedali di meccanismi di insegnamento, affinché la formazione sia davvero efficace e possa essere distribuita in modo equo laddove si verificano delle necessità.

TADDEI (*FI*). Non ho ascoltato quanto riferito dal sottosegretario Zucchelli sulla formazione e sulla Educazione continua in medicina (ECM), problema molto sentito che investe trasversalmente tutte le categorie della sanità e si connette anche, a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione, alle funzioni e ai rapporti tra Stato e Regioni. Vorrei sapere che indirizzo intende assumere il Governo rispetto a questa tematica.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Parto dal problema posto dal senatore Cursi in relazione ai rapporti del Ministero della salute con gli altri Ministeri, in particolare quello economico. C'è sempre stato un tentativo di controllo da parte del Dicastero dell'economia su quello della salute in ogni compagine ministeriale, sia di centrodestra che di centrosinistra. Al riguardo intendo sottolineare – e forse in questo caso il mio ruolo tecnico più che politico mi aiuta ad essere oggettivo – che abbiamo utilizzato uno strumento lasciatoci dal centrodestra. La legge sul Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), che potremmo definire di controllo dei livelli di assistenza, è stata da noi utilmente sfruttata. Abbiamo benedetto il momento in cui è stato realizzato lo stanziamento, giacché tale organismo consente di controllare e verificare la fornitura ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza.

Le Regioni possono organizzarsi come meglio credono, entro i limiti stabiliti dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ma debbono senz'altro garantire i livelli essenziali di assistenza ai cittadini. Non sarà certo il Ministro della salute ad accertarsi in prima persona che ciò avvenga. Attraverso questa struttura, che stiamo migliorando con la presenza di esperti e persone competenti, il Ministero svolge questa funzione.

Abbiamo affidato al SiVeAS una funzione, frutto del rapporto nato da questo patto con le Regioni, che presenta questo elemento di novità. Altri patti erano stati stipulati precedentemente. La novità è che il rientro di Regioni in situazione di difficoltà strutturale in ordine al proprio bilancio, come diceva il senatore Cursi, non deve avvenire soltanto in termini

contabili ma in condizioni tali da garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. La modifica del Titolo V della Costituzione ha fissato i livelli essenziali di assistenza per cui vi è il diritto-dovere del Ministero centrale di garantire in Sardegna come in Friuli Venezia Giulia i livelli essenziali di assistenza, pur nella loro autonomia finanziaria. Lo impone la Costituzione italiana, dopo la modifica del Titolo V.

Il SiVeAS è lo strumento per garantire che il Ministero dell'economia e il Ministero della salute valutino le modalità del rientro dal punto di vista sia contabile sia di garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Non è ammissibile che certe Regioni affermino di ridurre tutti i bilanci delle aziende sanitarie del 30 per cento, indipendentemente dal modo in cui ciò viene fatto e dalle conseguenze che ne scaturirebbero. Infatti, spesso ciò significa non erogare più i livelli essenziali di assistenza. Di qui la necessità di effettuare questo controllo e di individuare uno strumento per poterlo realizzare. Attraverso il SiVeAS avremo presto a disposizione tutti gli elementi di competenza, economici, contabili e di altro tipo, per raggiungere questo obiettivo.

Per quanto concerne la formazione, desidero tranquillizzare il senatore Bodini sul fatto che essa rappresenta uno dei nostri obiettivi fondamentali, anche se fra i più difficili. Nel nostro Paese l'autoreferenzialità, la non cultura delle verifiche sono caratteristiche proprie di ciascun organismo. Occorre sottoporre a verifica il risultato dell'attività formativa. Affermare che l'Università fornisce questo tipo di formazione è qualcosa che va verificato per vedere se lo fa realmente e con quali risultati. Ho detto con molta serenità che i risultati non sono adeguati e il Servizio sanitario non li giudica sufficienti. Non solo, aggiungo anche che non è stato rispettato il dettato del decreto legislativo n. 517, laddove prevedeva un itinerario formativo, che saggiamente era stato realizzato attraverso un rapporto mediato tra l'Università e il Sistema sanitario nazionale.

Tra l'altro, eravamo partiti da una situazione molto particolare: l'Italia è l'unico Paese d'Europa o del Vecchio Mondo in cui la formazione specialistica è attribuita, come responsabilità finale, esclusivamente all'Università. Abbiamo rispettato la storia, perché va rispettata, ma in questo caso c'è una presunzione di autonomia e di sufficienza che non ha dato buoni risultati.

Nel programma dell'Unione, del Governo e del Ministero della salute è previsto di rimettere in discussione questi aspetti. Se la Commissione d'inchiesta in cui oggi sono presente, che mi ospita e che ringrazio, ci aiuterà in quest'opera, non sarà un atto di poco conto.

**PRESIDENTE.** Ringrazio ancora una volta il sottosegretario Zucchelli.

Ricordo, infine, che le proposte relative alle inchieste, benché condizionate, saranno filtrate attraverso una scala di priorità che l'Ufficio di Presidenza allargato stabilirà di comune accordo e che il problema delle ga-

ranzie dei LEA, citato dal senatore Massidda, e la questione relativa al Si-VeAS, richiamato dall'onorevole sottosegretario, meriteranno quanto prima un nostro intervento ispettivo.

Auguro a tutti un felice e sereno Natale e dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 15,05.*