



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 30

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE MALATTIE AD
ANDAMENTO DEGENERATIVO DI PARTICOLARE
RILEVANZA SOCIALE, CON SPECIFICO RIGUARDO
AL TUMORE ALLA MAMMELLA, ALLE MALATTIE
REUMATICHE CRONICHE ED ALLA SINDROME HIV

236^a seduta: giovedì 24 febbraio 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 15, 16 e <i>passim</i>
BASSOLI (PD)	10
* BIANCONI (PdL)	11
* BIONDELLI (PD)	13
BOSONE (PD)	14
CALABRÒ (PdL)	14
COSENTINO (PD)	9
FAZIO, ministro della salute	3, 9, 15 e <i>passim</i>
* RIZZOTTI (PdL)	14

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Futuro e Libertà per l'Italia: FLI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Io Sud, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-Io Sud-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-I Popolari d'Italia domani: Misto PID; Misto-Verso Nord: Misto-Verso Nord.

Interviene il ministro della salute Ferruccio Fazio.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore alla mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla sindrome HIV, sospesa nella seduta del 17 febbraio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi in programma l'audizione del ministro della salute Fazio, che ringrazio per essere intervenuto: a lui cedo immediatamente la parola.

FAZIO, *ministro della salute*. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio innanzitutto per l'invito che mi avete rivolto. Vorrei anche esprimermi il mio personale apprezzamento per i lavori che avete sinora svolto nel quadro di questa indagine conoscitiva, ormai giunta alla fase conclusiva, riferita a tematiche di particolare impatto per la salute pubblica: il tumore alla mammella, le malattie reumatiche croniche e la sindrome da HIV.

Il tumore alla mammella è la neoplasia di gran lunga più frequente nel sesso femminile, con una stima di 38.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno nel nostro Paese. È anche la prima causa di mortalità nelle donne, con un valore stimato di circa il 17 per cento sul totale, pari a circa 11.500 decessi all'anno, secondo i dati forniti dall'ISTAT relativi al 2002. L'aspetto interessante è che, se dal punto di vista dell'incidenza il cancro alla mammella è in aumento, il *trend* di mortalità è in diminuzione: ciò è indicativo dei positivi effetti che sono derivati dall'avanzamento tecnologico e dai progressi terapeutici degli ultimi anni.

Tra gli ambiti principali su cui è necessario acquisire ancora maggiori conoscenze e intervenire nella lotta contro il cancro vi sono l'epidemiologia, l'eziologia diagnostica e l'efficacia delle cure, ma è prioritario estendere l'operatività della rete del registro tumori: il Ministero della salute se ne è fatto carico, inserendo in un disegno di legge di iniziativa governa-

tiva, di cui auspichiamo l'approvazione in tempi ragionevoli, una norma in tal senso. Un provvedimento, tra l'altro, che si raccorda con analoghi disegni di legge in materia presentati in Senato proprio in 12^a Commissione.

La seconda questione da affrontare attiene al miglioramento della presa in carico dei pazienti. È certo che in Italia le strutture del Servizio sanitario nazionale offrono delle buone risposte, ma è necessario, soprattutto in campo oncologico, un approccio di alto profilo basato non solo sulla qualità del sistema nel suo insieme, ma sulla qualità delle singole componenti. Occorre incentivare una gestione multidisciplinare basata su un'attiva collaborazione tra specialisti della diagnostica e del trattamento chirurgico, radioterapico, chemioterapico e delle cure palliative, promuovere una formazione continua degli specialisti e lo sviluppo tecnologico.

Vorrei sottolineare che il nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, recentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, prevede per le malattie oncologiche e cardiovascolari percorsi diagnostico-terapeutici della durata massima di trenta giorni: in questo arco di tempo viene effettuato gran parte del percorso diagnostico-terapeutico. Questo, a nostro avviso, dovrebbe migliorare significativamente la gestione di tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico anche nel campo del tumore alla mammella.

In particolare, auspichiamo che si diffonda anche in Italia il concetto di *breast unit*. Il requisito nodale per l'efficace trattamento del cancro alla mammella è infatti la presenza in una *breast unit* di una serie di specialisti: il clinico, il diagnosta, il radioterapista e l'anatomopatologo che lavorano come un *team* e trattano la malattia con un approccio integrato. Come per la *kidney unit* o la *liver unit*, la *breast unit* è una delle risposte più efficaci della medicina moderna per la cura del carcinoma mammario. Dobbiamo quindi implementare la realizzazione delle unità multidisciplinari di senologia, soprattutto nel Mezzogiorno d'Italia, per prevenire il massiccio fenomeno della mobilità passiva: parliamo di migliaia di pazienti all'anno che migrano dalla Sicilia verso il Nord. Non vorrei sbagliarmi, ma mi sembra che per il cancro alla mammella siano circa 4.000 i pazienti che in un anno partono solo dalla Sicilia.

I temi legati alla lotta al carcinoma mammario – illustrati sul sito del Ministero della salute e corredati di dati specifici che i senatori potranno consultare – sono stati affrontati dal Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, approvato nell'aprile del 2010 d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, e dal Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro, definito Piano oncologico nazionale 2010-2013, attualmente in discussione finale alla Conferenza Stato-Regioni.

Per quanto riguarda il tema della prevenzione, il citato piano ha stabilito degli obiettivi precisi in relazione al tumore della mammella, tra cui il potenziamento dei programmi di *screening*. Vorrei ricordare la differenza tra *screening* e diagnosi precoce: i programmi di *screening* hanno valenza pubblica e sono idealmente indirizzati a fasce specifiche della popolazione di tutte le Regioni (attualmente nel nostro Paese sono validati i programmi di *screening* per la diagnosi precoce del cancro della mam-

mella e del cancro al colon retto); per quanto concerne altri programmi di diagnosi precoce per altre forme tumorali, questi sono ancora in corso di valutazione, pur rappresentando effettivamente delle metodologie appropriate, come nei casi del cancro alla prostata o la TAC per il cancro al polmone.

C'è una grossa disomogeneità tra le varie Regioni italiane sia per quanto concerne il tasso di adesione, che per ciò che riguarda la progettualità avviata dalle amministrazioni sanitarie competenti. L'analisi è stata validata da una serie di dati che potrete consultare sul sito del Ministero nella sezione «SiVeAS» (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria) che si occupa dell'analisi e della sorveglianza degli indicatori di appropriatezza, efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria in tutte le Regioni italiane. Tra gli obiettivi del Piano di prevenzione del tumore alla mammella vi è la realizzazione dell'accreditamento istituzionale dei programmi di *screening*, la realizzazione di percorsi articolati per rischio individuale (mi riferisco soprattutto ai percorsi diagnostico-terapeutici e al problema delle liste di attesa), la valutazione digitale e il contrasto allo *screening* opportunistico.

Il Piano oncologico nazionale, che è un documento tecnico di indirizzo, definisce obiettivi precisi per la prevenzione secondaria. Ricordo che si parla di prevenzione primaria in relazione alla popolazione generale, mentre parliamo di prevenzione secondaria con riferimento alle fasce di popolazione a rischio: il fatto di essere una donna di una certa età rappresenta un rischio e, quindi, lo *screening* del cancro alla mammella è tipicamente un programma di prevenzione secondaria. Infine, la prevenzione terziaria è volta a prevenire la ricaduta di una malattia già manifestatasi.

La pianificazione nazionale affronta, sempre nell'ambito del piano oncologico, anche tre grandi questioni: l'innovazione tecnologica; la disponibilità di buoni percorsi assistenziali e l'equità nell'accesso alle tecnologie; la medicina predittiva.

Per quanto riguarda la medicina predittiva, vorrei ricordare che è particolarmente importante per quanto attiene al cancro della mammella: ci sono forme genetiche di cancro alla mammella per le quali si stanno addirittura sviluppando delle metodologie molto interessanti di chirurgia assolutamente non invasiva. Con un taglio nell'ascella si va a togliere preventivamente la mammella in donne che hanno un'altissima probabilità – che naturalmente va valutata – di avere un tumore alla mammella, con una metodologia non invasiva, e allo stesso modo si fa la protesi. Si stanno quindi sviluppando tecnologie che vanno sicuramente valutate, ma che sono di grande interesse. Ciò per dare il senso di come la medicina sta evolvendo in maniera davvero importante e quindi di come sia importante seguire l'evoluzione tecnologica.

Con il nome di malattie reumatiche si intende una vasta famiglia di patologie tra loro diverse per insorgenza, sintomatologia, decorso e terapia, ma accomunate da un impegno articolare (che si manifesta sotto forma di dolore e ridotta capacità funzionale) e delle strutture periartico-

lari (tendini, legamenti, muscoli) ovvero dall'interessamento di altri organi ed apparati.

Anche se non si dispone di dati epidemiologici puntuali, la pratica clinica induce a ritenere che le malattie reumatiche siano abbastanza frequenti e colpiscano dall'1 al 10 per cento della popolazione.

L'eziologia di molte delle malattie reumatiche a tutt'oggi non è nota.

In base alla loro espressività, le malattie reumatiche sono classificate come degenerative (per esempio, le artrosi), infiammatorie (per esempio, le artriti) o dismetaboliche (per esempio, il diabete).

Le malattie reumatiche colpiscono a qualunque età con modalità di comparsa diverse (da focolai improvvisi ed acuti ad esordi lievi ed insidiosi), hanno prevalentemente un andamento evolutivo cronico e, se non diagnosticate precocemente e curate adeguatamente, possono dar luogo a forme severe esitanti in vera e propria disabilità, anche se la ricerca eziopatogenetica ha compiuto nel corso degli anni grandi passi avanti, favorendo con ciò lo sviluppo terapeutico ed il miglioramento della prognosi.

Le malattie reumatiche spesso esitano in condizioni di disabilità, più o meno accentuate. In ogni caso, l'impatto delle malattie reumatiche, oltre che sulla qualità della vita dei pazienti, è anche di natura economica, sia per i costi diretti sanitari (ricoveri ospedalieri, indagini diagnostiche, terapia farmacologica, riabilitazione), sia per i costi indiretti (giornate di lavoro perse, invalidità).

Le malattie reumatiche degenerative più importanti sono l'artrosi e l'osteoporosi. Per artrosi si intende un processo degenerativo della cartilagine che può colpire tutte le articolazioni. L'osteoporosi è, invece, una condizione dell'apparato scheletrico caratterizzata da una bassa densità minerale e da un deterioramento della struttura del tessuto osseo che espone ad un maggior rischio di frattura per traumi anche minimi. L'osteoporosi è legata, nella donna, al brusco calo di estrogeni che si ha nella menopausa (induce una certa pigrizia negli osteoblasti cui fisiologicamente compete il rimpiazzo dell'osso scavato dagli osteoclasti); nell'uomo, invece, l'osteoporosi è dovuta ai meccanismi di riparazione sempre meno efficienti (che si verificano a partire dai 65-70 anni d'età) ed al calo dei livelli di ormoni maschili.

Le malattie reumatiche infiammatorie sono l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica, le spondiliti, il *lupus* eritematoso sistemico, la sclerodermia, la sindrome di Sjögren, la patologia autoimmune in gravidanza, le vasculiti e altre malattie rare. Come è noto, anche se abbiamo rivoltato il problema in tutti i modi, ad oggi la sindrome di Sjögren non è classificabile come malattia rara (lo dico perché ci sono molte associazioni e una querela in essere) proprio per la numerosità dei casi che distingue le malattie rare. Queste patologie colpiscono circa l'1 per cento della popolazione; le donne sono colpite tre volte più degli uomini e di fatto per nessuna di queste patologie sono note le cause.

Dicevamo prima che la medicina ha fatto passi da gigante, ma ancora c'è molto da fare: queste sono infatti patologie a patogenesi nota, ma ad eziologia in gran parte ignota. L'attuale paradigma terapeutico dell'artrite

reumatoide, una malattia cronica grave che porta a perdere il lavoro nel 50 per cento dei casi dopo 10 anni dall'esordio dei sintomi, prevede l'utilizzo di farmaci di fondo che, se impiegati in un lasso di tempo definito, cioè pochi mesi dopo l'esordio dei sintomi, possono modificare in modo significativo il decorso della malattia.

A mio avviso, anche dal punto di vista di un'indagine conoscitiva come quella che la Commissione sta conducendo, questi aspetti sono importanti, perché dimostrano come l'uso precoce dei farmaci possa cambiare radicalmente il percorso di malattie come l'artrite reumatoide, proprio rallentando la progressione del danno anatomico articolare (rilevabile radiologicamente, quindi di fatto quantificabile), a sua volta causa di compromissione funzionale, che è la causa finale della disabilità. Inoltre, progressi molto significativi sono stati determinati dalla disponibilità di nuovi farmaci biologici, in grado di arrestare la progressione del danno visibile radiologicamente, e da una stadiazione prognostica più precisa, fatta con classificazioni di tipo radiologico. Naturalmente, è importante identificare in maniera estremamente tempestiva i pazienti che dall'inizio hanno più probabilità di avere successivamente una malattia più aggressiva. Questo tipo di valutazione prevede proprio la necessità di inviare i pazienti nei centri specializzati per la diagnosi, dislocati negli ospedali o sul territorio.

Il caso dell'artrite reumatoide è paradigmatico del cambiamento della sanità e dell'assoluta necessità di ridurre il numero di piccoli ospedali generalisti e di prossimità, che sicuramente non disporrebbero di un centro del genere. Oggi la sanità va articolata in reti, con una serie di percorsi e di conoscenze per cui il cittadino possa essere indirizzato e trattato adeguatamente; questo ragionamento non vale solo per l'urgenza o la cardiocirurgia, ma anche per una malattia fortemente disabilitante come l'artrite reumatoide. Vorrei sottoporre questo tema all'attenzione degli onorevoli senatori, anche perché frequentemente i territori si lamentano della riqualificazione della sanità e del taglio dei piccoli ospedali, che in realtà è finalizzato alla creazione di un'assistenza sanitaria migliore basata sul concetto di rete e non solo sul conseguimento di un risparmio economico, che è sicuramente un fatto secondario.

Auspichiamo quindi che anche a livello regionale si possa concentrare l'attenzione su un percorso diagnostico che preveda un'adeguata funzione di *triage* dei medici di medicina generale ed un'organizzazione ambulatoriale (a livello distrettuale o ospedaliero) in grado di garantire: una riduzione significativa dei tempi di attesa, anche in base al nuovo piano delle liste d'attesa; una riduzione dei tempi di latenza tra l'accertamento diagnostico (visita, esami di sangue, radiografie ed ecografie) e l'istituzione di un adeguato trattamento; l'aderenza a protocolli validati di presa in carico; miglioramento clinico, stato funzionale, progressione radiologica; gradimento del servizio e valutazione di farmacoeconomia.

Ho voluto fare un esempio per mostrare il paradigma di una malattia che, apparentemente cronica e gestibile sul territorio, in realtà necessita di una rete regionale per evitare l'insorgere di disabilità molto gravi, ma da

parte nostra c'è la disponibilità a parlare in maniera molto più diffusa anche delle altre malattie reumatiche.

Passerei ora alla sindrome da HIV, che rappresenta un problema prioritario di sanità pubblica, di cui il Ministero della salute si interessa particolarmente, tanto da aver insediato al proprio interno la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS. Il monitoraggio è effettuato dal Centro operativo AIDS dell'Istituto superiore di sanità, mentre la sorveglianza è attivata in 16 Regioni e Province.

Devo dire che recentemente si riscontra una modifica nei dati epidemiologici della patologia, che non è più confinata a certe fasce della popolazione, come gli omosessuali o chi fa abuso di droga, ma si sta diffondendo nella popolazione cosiddetta normale, cioè presso coppie eterosessuali anche di età adulta; c'è inoltre una certa recrudescenza del fenomeno dovuta al fatto che i farmaci antiretrovirali hanno creato una ridotta percezione del rischio, poiché in gran parte sono in grado, pur a costi elevati e con una qualità della vita non sempre buona, di tenere sotto controllo la malattia a lungo.

Il motivo per cui è importante fare il *test* e non mollare nel settore dell'AIDS è proprio questa ridotta percezione del rischio, che ha portato a spostare l'infezione da alcune fasce particolarmente a rischio, come è stato fino a 10-20 anni fa, a fasce di adulti eterosessuali di 30 o 40 anni, a cui si deve indirizzare la prevenzione. Presso il Ministero sono quindi istituite la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e la Consulta delle associazioni. La Commissione nazionale, con la collaborazione della Consulta, ha predisposto e trasmesso i seguenti documenti: le «Linee guida italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1»; il «Progetto trapianti di organi solidi in pazienti n HIV+» ed un documento di indirizzo, richiesto dalla Commissione, sulle strategie per la diagnosi tempestiva dell'infezione da HIV denominato «Accesso ai *test* per HIV», che rappresenta la risposta oggi possibile alle esigenze di modifica delle strategie di accesso al *test*.

In quest'occasione desidero ringraziare proprio la Commissione del Senato per aver fornito uno stimolo a seguito del quale si è determinata un'accelerazione del lavoro, con la produzione di questi documenti.

Vi sono infine i documenti: «Aggiornamento delle tabelle indicative delle percentuali di invalidità civile nei soggetti con HIV/AIDS», che è in fase di perfezionamento, e poi il «Documento sui *test* sierologici per HIV volto a definire il periodo finestra sulla base dei *test* di laboratorio attualmente disponibili in Italia». Il periodo finestra è un tema estremamente delicato perché dipende dal tipo di *test* che si effettua: con uno costoso può essere di tre mesi, ma con uno meno costoso può arrivare a 6 mesi. Proprio in questi giorni è in discussione presso la Commissione nazionale per la lotta all'AIDS l'esame delle proposte da formulare alle Regioni in relazione al periodo finestra. Verosimilmente ci orienteremo su una via intermedia, lasciando una certa libertà alle Regioni su due tipologie di *test*, proprio per consentire agli enti che possono porre in essere i

test più costosi di avere un periodo finestra ridotto, ma anche di poter dare massima diffusione al test in tutto il Paese. Ad ogni modo, coinvolgeremo anche le Regioni nel processo di decisione: si tratta di raggiungere un'intesa con loro.

Infine, gli ultimi documenti prodotti sono denominati «Discriminazione all'accesso alle attività lavorative» (a questo proposito vorrei ricordare che proprio recentemente stiamo gestendo un problema abbastanza delicato, relativo ad una compagnia aerea non italiana che avrebbe delle riserve da questo punto di vista) e «Assistenza carceraria alle persone in HIV». Quest'ultimo testo si inserisce in un problema molto più ampio e scottante, quello cioè dell'assistenza carceraria alle persone affette da HIV, a cui recentemente si è direttamente interessato il Capo dello Stato, con cui ho avuto un colloquio personale.

Si è svolta un'audizione della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale con la proiezione di un film che ha destato un interesse estremamente concreto del Capo dello Stato: insieme al ministro Alfano stiamo lavorando proprio per risolvere il problema. Da questo punto di vista in seno alla Conferenza Stato-Regioni sono aperti due tavoli, uno sugli ospedali giudiziari e l'altro sul prosieguo o sullo stato del processo di riforma.

Ringrazio ancora la Commissione per questo invito e resto a disposizione per qualsiasi altra delucidazione.

COSENTINO (PD). Signor Ministro, le rivolgerò due rapidissime domande unicamente sulla questione della malattia oncologica: come vedrà, i quesiti che farò su tale patologia possono però avere un riflesso anche sugli altri temi.

Mi ha colpito l'affermazione qui in Commissione di alcuni eminenti clinici oncologi, che ci hanno segnalato come oggi la diffusione della malattia cresca tra le ragazze più giovani. Mentre in letteratura è certamente affermata l'opportunità dei programmi di *screening* nella fascia d'età dai 50 ai 69 anni (questo infatti era il dato disponibile in sede internazionale e anche in Italia negli anni passati), le segnalo che i nostri migliori oncologi ci hanno detto che adesso nella fascia d'età compresa tra i 30 ed i 40 anni l'incidenza della malattia è molto più alta che in passato.

FAZIO, *ministro della salute*. Cambia il profilo ormonale.

COSENTINO (PD). Esattamente. Le chiedo quindi se sarebbe possibile sapere, dai sistemi informativi del Ministero (dalle schede di dimissione ospedaliera), nell'ultimo anno disponibile che credo sia il 2008, visto che il 2009 non lo è ancora, quanti sono gli interventi relativi alla malattia oncologica al seno nelle fasce d'età inferiori ai 50 anni. In questo modo potremmo capire cosa effettivamente sta avvenendo nel corso di questi anni e se dobbiamo riflettere sulla modifica degli indirizzi dei programmi di *screening*. Si tratta di interrogare un *computer* e di avere una risposta in pochi minuti o al massimo in una giornata. Il riscontro si po-

trebbe fare rapidamente e forse ci sarebbe utilissimo per capire se davvero quella misura del 30 per cento che ci fu riferita in Commissione corrisponda a un dato che emerge dalla verifica delle schede di dimissione degli ospedali italiani.

La mia seconda domanda è collegata a questa. Lei ha detto (e io l'ho trovata una considerazione molto giusta) che in realtà un indicatore fondamentale della qualità della cura oncologica nel caso, ad esempio, del tumore alla mammella e anche per il colon retto e per molte altre patologie è la efficacia, completezza e rapidità del percorso. Vi è una differenza se, per una diagnosi di tumore, la fase successiva all'intervento chirurgico, quella che prevede un percorso di chemioterapia, di radioterapia e, se necessario, di cura ormonale, inizia dopo 45, 30 o 120 giorni. Noi non abbiamo oggi la possibilità di valutare gli esiti, ad esempio la mortalità a 10 anni (visto che bisogna aspettare un lasso di tempo simile), ma in letteratura è dimostrato che se il percorso di cura è iniziato entro 30, 45, 60 o 120 giorni cambia molto la qualità delle cure per le donne.

La mia domanda, signor Ministro, è se lei può chiedere ai suoi tecnici di estrapolare dalle SDO del sistema informativo la coorte delle donne operate di tumore alla mammella nel 2009 e confrontare le percentuali incrociando quei dati con quelli degli *screening*: sarebbe interessante sapere per quante donne operate di tumore alla mammella la diagnosi è avvenuta nel programma di *screening* e per quante con una diagnosi fatta dal medico di famiglia con la palpazione.

E poi perché non fare la stessa domanda ai sistemi informativi e chiedere, con riferimento a quella coorte di donne, quanti giorni intercorrono tra la loro ultima mammografia o ecografia, l'intervento chirurgico e l'inizio del percorso di cura chemioterapico? Una risposta di questo genere consentirebbe agli organi parlamentari di effettuare una stima del tempo medio di cura, quello che separa il momento della diagnosi dall'inizio delle cure chemioterapiche, nelle diverse Regioni d'Italia e stabilire dove sia di 30 giorni e dove di 120 giorni. Se disponessimo di questi dati forse potremmo definire un piano oncologico, che non sia – come quello che abbiamo predisposto – solo un ottimo piano di buoni obiettivi, ma che ci consenta di definire per tutte le Regioni l'obiettivo concreto di velocizzare il percorso di cura non dico a 30 giorni, ma almeno a 45 o a 60 giorni. Infatti, alcune aziende sanitarie regionali, nel totale disinteresse delle istituzioni, portano questo dato fino a 120 giorni, in modo particolare per la radioterapia, ambito in cui – come lei sa – in molte Regioni ci sono lunghe liste d'attesa: questo è un aspetto su cui possiamo e dobbiamo intervenire.

BASSOLI (PD). Vorrei soffermarmi sulla questione della prevenzione, cui il Ministro nel suo intervento ha opportunamente assegnato molta importanza. Per quanto riguarda i programmi di *screening*, anche le amministrazioni sanitarie delle Regioni più virtuose molto spesso inviano alle fasce di donne a rischio una lettera di avviso affinché si presentino al monitoraggio, ma in nessuna Regione viene valutato l'effettivo grado di adesione a questi importanti esami preventivi. Quindi, i risultati

non vengono valutati sulla base dell'affluenza ai programmi di *screening*, né ci si preoccupa di verificare quali siano le ragioni per cui queste donne non si sono presentate all'appuntamento: se il medico privato, il ginecologo o il medico di famiglia ha suggerito loro un diverso percorso diagnostico o se effettivamente non approderanno mai a questo tipo di *screening*.

Signor Ministro, il senatore Cosentino ha già affrontato il problema della lunghezza del percorso di cura, ma è altrettanto importante il problema – che lei giustamente sottolineava – dell'assenza in Italia delle *breast units*. Non solo nelle Regioni del Meridione, ma anche a Roma che è la capitale d'Italia, una paziente per curarsi deve spostarsi da un ospedale all'altro con una cartellina sotto il braccio. Faccio riferimento a questioni molto pratiche: si possono anche fornire ottimi indirizzi a livello centrale, ma bisogna verificarne poi l'attuazione a livello periferico. Credo sia necessario accompagnare la definizione dei piani con un adeguato sistema di incentivi, se si vuole offrire una soluzione concreta ai problemi esistenti. Affinché gli obiettivi programmatici si determinino in breve tempo e possano costituire un esempio anche per altre realtà, è necessario realizzare la rete oncologica, promuovere la comunicazione e dare pubblicità ai dati relativi ai tempi e al coordinamento dei percorsi di cura. Questi sono aspetti importanti: sappiamo quanta sofferenza comportano le malattie oncologiche, non solo per chi ne è colpito, ma anche per i familiari del malato.

Per quanto concerne la sindrome da HIV, sono venuta a conoscenza, grazie ad uno di quegli opuscoli informativi che vengono distribuiti in farmacia (che reputo estremamente utili) di alcuni dati scientifici. Lei giustamente parlava di un documento di indirizzo per promuovere l'accesso al *test*, ma uno dei dati che ho appreso recentemente e che mi ha molto colpito è che il 67 per cento del totale dei giovani affetti da AIDS conclamato hanno scoperto di essere HIV-positivi solo nel momento in cui è stata loro diagnosticata la malattia, a dimostrazione della scarsa informazione che viene fatta. Penso che sia necessaria un'informazione mirata per le categorie più a rischio, come i giovani, le donne (che sono la fascia maggiormente colpita, anche nei rapporti eterosessuali), ma anche gli anziani, dato che l'allungamento della vita sessuale, grazie all'ausilio dei nuovi farmaci, rappresenta un fattore di aumento del rischio rispetto al passato. Credo che sia importante promuovere un'adeguata campagna di informazione per poter conseguire i successi auspicati in termini di accesso al *test*.

Signor Ministro, anche laddove ci sono dei servizi adeguati, come in Lombardia, che è la Regione in cui vivo e dove da 15 anni operano strutture di prevenzione e cura dell'AIDS, queste strutture – di questo l'ho già informata per iscritto – vengono minacciate di chiusura; ormai i servizi territoriali stanno praticamente scomparendo. Da una parte, esaltiamo l'importanza del territorio sia nei piani regionali che nazionali; dall'altra, lasciamo che chiudano i servizi mirati alla cura di questa malattia.

BIANCONI (*PdL*). La ringrazio, signor Ministro, per quanto ci ha riferito, che è perfettamente in linea con quanto è emerso da tutte le audi-

zioni che sono state svolte in Commissione: questo ci conforta molto. Mi riferisco in particolare alla problematica del tumore alla mammella.

Se è vero che è possibile ridurre il tasso di mortalità attraverso una diagnosi precoce e che il carcinoma mammario può essere vinto se curato all'interno di centri multidisciplinari di senologia, allora queste sono le due sfide che abbiamo di fronte. Per quanto attiene alla diagnosi precoce, in modo particolare per i programmi di *screening*, condivido in parte le considerazioni del collega Cosentino. I dati cui egli faceva riferimento sono già in nostro possesso: il 32 per cento delle donne che si ammalano di tumore al seno è ricompresa nella fascia di età inferiore ai famosi 45 anni. Parliamo di una categoria di donne di una fascia che non è protetta dai programmi di *screening* previsti dal sistema sanitario nazionale. Infine, il 25 per cento delle donne che si ammalano di tumore ha un'età superiore ai 65 anni.

La prima domanda che le vorrei porre è come possiamo intercettare una parte del suddetto 32 per cento e del 25 per cento di donne che si ammalano di carcinoma mammario. Si potrebbe estendere la fascia attualmente considerata a rischio, cui sono indirizzati i programmi di *screening* del Servizio sanitario nazionale, comprendendovi anche le donne fino a cinque anni più giovani e cinque anni più anziane rispetto ai limiti di età attualmente previsti? Sarebbe importante chiedersi come possa essere possibile interagire al meglio con i medici generali e con i ginecologi per intercettare le donne che sono maggiormente a rischio per ragioni di familiarità di età inferiore ai 40 anni, per le quali sarebbe assolutamente impensabile prevedere programmi di *screening*, mammografie e altre metodologie di diagnosi precoce. Sarebbe utile una rivisitazione complessiva del sistema dello *screening* come è stato attuato in questi anni.

Infine l'altra grande sfida che abbiamo di fronte è riuscire a colmare la differenza in termini di diagnosi precoce nelle tre macroaree d'Italia, dal momento che lo *screening* previsto dal Servizio sanitario nazionale attualmente copre l'87 per cento delle donne al Nord, il 57 per cento delle donne al Centro, mentre il fanalino di coda è il Sud con solo il 27 per cento di copertura. Dato che le donne che si ammalano di tumore al seno sono 40.000 ogni anno, dobbiamo chiederci come sia possibile migliorare questi programmi e pretendere che in tutte le Regioni sia aumentata la copertura.

La seconda sfida è quella delle *breast units*: come riusciamo ad essere più cogenti nelle indicazioni che vengono consegnate alle Regioni? Noi sappiamo che una donna ha una migliore qualità di vita e una maggiore garanzia di sopravvivenza se curata in un centro multidisciplinare con determinate caratteristiche, non soltanto in termini di professionalità, ma anche per numero di casi trattati. Purtroppo vi è una pleora di ospedali che operano dai 15 ad un massimo di 50 casi di tumore al seno l'anno, mentre la migliore letteratura scientifica ci dice che le *breast units* devono trattare almeno 150 nuovi casi all'anno.

Possiamo chiedere alle Regioni di eliminare gradualmente tutti gli ospedali che non hanno queste caratteristiche, incentivando invece le

breast units ed allocando, come fa il sistema sanitario tedesco, le maggiori risorse solo dove c'è questa multidisciplinarietà?

Inoltre, signor Ministro, dovremmo cercare di rivedere i DRG. In Italia è ancora più conveniente fare una mastectomia che una quadrectomia; è meglio fare la ricostruzione mammaria – dove è possibile – in due tempi, anziché fare uscire la donna con un espansore, il cui impatto psicologico è completamente diverso.

Infine, signor Ministro, dato che lei è un medico sensibile e soprattutto ottimista, possiamo chiedere al Ministero di non fare più campagne d'informazione come quella diffusa a partire da fine gennaio, che non aiutano a dare un messaggio positivo alle donne? Lo *slogan* della campagna «Il tumore al seno colpisce una donna su 11. E nessuna vuole mettersi nei suoi panni.» è anzitutto impreciso, perché il tumore al seno purtroppo colpisce una donna su otto, e poi nell'immagine appare un reggiseno rosso steso su una corda per i panni, ma con una delle due coppe che è diventata impalpabile, e si confonde con le nuvole dello sfondo, dando così l'effetto di una donna che viene assolutamente menomata. Noi vogliamo invece dare la speranza alle donne che negli ospedali italiani si può vincere anche questa grande battaglia e credo che a tal fine anche la comunicazione possa svolgere un ruolo molto importante.

BIONDELLI (PD). Signor Presidente, signor Ministro, le criticità maggiori dell'indagine conoscitiva che stiamo svolgendo riguardano proprio l'informazione; proprio oggi che ci sono i nuovi farmaci contro l'HIV l'informazione è diminuita. Penso quindi che il primo punto sia tornare ad informare i giovani, le donne ed i ragazzi nelle nostre scuole attraverso una campagna informativa da parte del Ministero. Penso inoltre che anche noi dobbiamo attivarci con convegni, andando nelle scuole per far conoscere i rischi derivanti da stili di vita suscettibili di determinare una diffusione del *virus* dell'HIV e di tutte le malattie comunque sessualmente trasmissibili. Vanno garantiti il *test* e la prevenzione, soprattutto per le donne in gravidanza.

Per quanto riguarda l'accesso alle cure, non in tutte le Regioni si registrano le stesse risposte. Anche Farindustria in audizione ha sostenuto che alcune Regioni ad un certo punto dell'anno cominciano a dire che sono cure molto costose e che mancano i fondi. Accade che tutto un lavoro a fini di prevenzione e cura possa essere vanificato dalla Regione che non ha i fondi; vorrei ricordare che smettere di assumere una cura per un paziente con HIV, anche solo per una settimana, può mandare in aria tutto un percorso terapeutico.

Per quanto riguarda l'invalidità civile, vi è assoluta necessità di rivedere le tabelle: c'è una maggiore cronicità, un aumento delle malattie renali e cardiologiche per chi prende i farmaci. Ho notato una certa stasi nel presidente dell'INPS Mastrapasqua: la sua audizione mi è sembrata sommaria su alcune questioni. Credo che ci vorrebbe davvero un impegno volto a rivedere al più presto le tabelle.

Sono poi d'accordo – anche se mi spiace esprimere una vena polemica – sulla riqualificazione degli ospedali. È vero che i piccoli ospedali vanno chiusi, ma bisogna che poi le Regioni rispettino ciò che lei dice. Le porto un esempio; se in Piemonte si potenzia un piccolo ospedale come quello di Borgosesia, perché ci abita un parlamentare e vuole far vedere che il suo ospedale emerge nonostante faccia chirurgia dove ci sono dieci pazienti, e chiudiamo poi un altro ospedale che ha un bacino di 90.000 persone, non si capisce cosa si sta facendo; non capiamo noi parlamentari, non capisce lei, signor Ministro, ma nemmeno la gente. Se si vuole riqualificare, lo si faccia, non si vada dietro al parlamentare che fa *spot*.

Per quanto riguarda lo stigma sociale, sono d'accordo con lei quando dice che la malattia è ancora purtroppo molto stigmatizzata e andrebbe preso in considerazione non solo un percorso d'informazione, ma anche iniziative volte al personale, ancora legato a certi concetti ormai desueti.

BOSONE (PD). Vorrei rivolgere al Ministro una domanda, a completamento di ciò che diceva il senatore Cosentino sulla rete oncologica nazionale. Vorrei sapere se il Ministro può fornirci dei dati per capire meglio i buchi che ci sono nella rete oncologica nazionale rispetto al turismo sanitario, all'emigrazione da regione a regione, per esempio sul tumore alla mammella. Questo ci aiuterebbe a capire dove possiamo implementare e agire sul sistema dell'organizzazione sanitaria regionale.

CALABRÒ (PdL). Signor Presidente, signor Ministro, ho colto la variazione di aspetto epidemiologico dell'HIV, ma vorrei sapere se in generale si sta riducendo il livello dell'HIV nel nostro Paese, a prescindere dalle fasce di età, e quali sono le variazioni in assoluto.

Inoltre, Ministro, sarei preoccupato d'immaginare che si possano dare indicazioni alle Regioni di forme diverse per l'utilizzo di determinati farmaci o *test* diagnostici. Se si arriva alla conclusione da parte della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS che il *test* diagnostico ottimale, che va utilizzato sulla popolazione per difenderla dall'HIV, deve essere quello che prevede i tre mesi piuttosto che i sei mesi, penso debba essere un indirizzo uniforme nell'intero Paese. Mi rendo conto che ci sono dei costi e delle incidenze diverse tra regione e regione e che alcune hanno grande difficoltà a sostenerli, ma allora bisogna porsi il problema di come aiutarle, piuttosto che realizzare situazioni di discriminazione.

RIZZOTTI (PdL). Signor Ministro, vorrei sapere se il Ministero ha in programma la preparazione e l'invio di un protocollo d'indirizzo sul percorso diagnostico terapeutico per quello che riguarda le malattie degenerative prese in considerazione, da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni, in modo da avere un'uniformità di percorsi diagnostico terapeutici, con richiesta di *feedback*, magari ad uno o due anni, per poter avere dati precisi e soprattutto riscontri di un percorso unitario sul territorio nazionale.

PRESIDENTE. Prima di passare all'onorevole Ministro la parola, mi permetto di dire che ho capito benissimo l'ansia di conoscenza e l'angoscia di confronto con il Ministro nell'ambito di questi temi caldissimi, anche per la grande disponibilità che sempre il Ministro ha dimostrato nel volersi confrontare con noi. Però il diritto-dovere della Commissione nell'indagine conoscitiva, avendo ascoltato tutti, ed anche il Ministro, è quello di fare le proprie proposte; spero di ritrovare ciò che ho ascoltato stamattina negli elementi conclusivi dell'indagine.

FAZIO, *ministro della salute*. Vorrei partire proprio dalle conclusioni del Presidente nella risposta, evitando di trattare temi che potranno essere oggetto di proposte nelle varie Commissioni ed anche di entrare troppo nello specifico. Ad esempio, il concetto di periodo finestra evidentemente va discusso a livello di Conferenza Stato-Regioni; io ho solo cercato di delineare qualche aspetto di carattere generale.

C'è però qualche problematica che vorrei trattare in modo particolare: potrebbe forse essere utilmente oggetto di ulteriore approfondimento, e fin da ora do la mia disponibilità al riguardo. Mi riferisco in particolare ai percorsi diagnostici terapeutici in generale e, nello specifico, per quanto riguarda il piano nazionale delle liste d'attesa. Credo che potrebbe essere utile un approfondimento in questo senso. È chiaro che il percorso diagnostico terapeutico è una strada del futuro, che va sicuramente percorsa, sia per quanto riguarda le liste d'attesa sia per quanto riguarda il modo di trattare i nostri ammalati; abbiamo in misura sempre maggiore una sanità che stiamo mettendo a sistema attraverso regole definite insieme con le Regioni; parimenti è definito il percorso diagnostico terapeutico sia come tempi che come procedure e la qualità delle tecnologie che possono essere utilizzate, nonché i requisiti minimi delle tecnologie che devono essere utilizzate.

Gli onorevoli senatori si devono rendere conto che è quello che tutti vorremmo, ma è un processo *in fieri* ed è chiaramente complicato dalla forte disomogeneità che abbiamo sul territorio nazionale. Voglio ricordare che lo sforzo più importante che sta facendo il Ministero è di ridurre la disomogeneità sul territorio nazionale. Il Ministero sa bene che non basta tagliare: occorre rimpiazzare le assenze sul territorio ed io sto personalmente viaggiando in Italia a dare questo messaggio.

Vorrei, ad esempio, avere i dati per quanto riguarda il caso di Borgosesia per verificare se queste sono cose reali o no. Ciò che le Regioni devono fare nel momento in cui accettano la raccomandazione cogente del Ministero, che è quella di riqualificare e trasferire sul territorio, non è di togliere un ospedale, ma rimettere la cosa che viene tolta sul territorio.

Do inoltre la mia disponibilità a parlare del concetto delle liste d'attesa e dei percorsi diagnostici terapeutici, che in parte rispondono alla domanda del senatore Cosentino, ma che forse possono essere oggetto di approfondimento ulteriore.

Accolgo la proposta di andare a verificare se lo *screening* delle Regioni nei confronti delle donne giovani può essere migliorato.

Senatrice Bassoli, come lei sa, nei programmi di *screening* esiste un dato, riportato sul sito del Ministero, di estensione ma anche di adesione. L'adesione viene sempre controllata ed è un dato di cui ogni programma di *screening* si avvale formalmente, ma c'è questa profonda difformità sul territorio nazionale che, a nostro avviso, è veramente la prima cosa da combattere.

Per quanto riguarda il tipo d'incentivo, tale questione fa parte del concetto di costi *standard*. L'assenza di procedure considerate virtuose che vengono monitorate, come per esempio i programmi di *screening* o come rispettare i 30 giorni nel percorso diagnostico terapeutico per quanto attiene al piano nazionale delle liste d'attesa, sono oggetto d'incentivo, o di disincentivo se la Regione non lo fa; rappresenteranno uno dei modi in cui verrà valutata la capacità di una Regione di avere dei parametri che le consentano di arrivare a livello delle Regioni virtuose, affermando la compatibilità con il concetto di costo *standard*. Questo è proprio il sistema che noi auspichiamo e per il quale il Ministero ha fortemente lottato.

Uno dei grandi risultati che riteniamo di aver ottenuto è stato proprio quello di aver introdotto il concetto di efficienza, appropriatezza ed efficacia nell'ambito dei costi standard che, come voi sapete, nella prima formulazione era praticamente assente.

Mi sono espresso in termini molto generali e forse non sono stato chiaro, ma l'invalidità civile è uno dei temi in discussione presso la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS, dove a breve sarà prodotto un documento su: «Aggiornamento delle tabelle indicative delle percentuali di invalidità civile nei soggetti con HIV/AIDS», la cui procedura è in fase di perfezionamento.

Per quanto riguarda le malattie degenerative, dato che non si può fare tutto insieme, attualmente ci stiamo concentrando sull'oncologia e poi lo faremo sulle cardiovascolari; ad ogni modo, come ho avuto modo di dire nel corso dell'audizione, le patologie degenerative non sono di serie B e vanno tenute in considerazione.

Concluderei qui la mia esposizione, dandovi la mia disponibilità a rispondere in maniera più precisa anche in un'audizione successiva.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro e ricordo alla Commissione che da questo momento inizia la stesura del documento conclusivo dell'indagine conoscitiva nelle tre branche che sono state decise. Ricordo altresì che si è stabilito di presentare, discutere e votare le proposte in Commissione nella mattina dell'8 marzo, alle ore 12: ovviamente è una ricorrenza particolarmente significativa per il tipo d'indagine conoscitiva che ci siamo dati.

FAZIO, *ministro della salute*. Vorrei precisare che il testo da me reso disponibile è un documento informale, che non rappresenta la trascrizione puntuale dell'audizione, perché l'ho letto solo in parte integrandolo con mie considerazioni.

PRESIDENTE. Onorevole Ministro, la ringrazio ancora per la sua disponibilità. Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,55.

