



Ministero della Salute

Ufficio Legislativo

Audizione del Sig. Ministro della salute

“Linee programmatiche del Ministero della salute”

CAMERA DEPUTATI

XII Commissione Affari Sociali

4 giugno 2013, ore 12.00

SENATO

12 ° Commissione Igiene e sanità

4 giugno 2013 ore 14.30

Gentile Presidente, desidero innanzitutto ringraziare Lei e i membri di questa Commissione per l'invito ricevuto che mi consente di fornire indicazioni generali in ordine agli indirizzi relativi alle politiche del Ministero della Salute.

Infatti, è mia convinzione – così come lo è di tutto il Governo di cui ho l'onore di far parte – che la nostra attività debba basarsi su un confronto costante tra Esecutivo e Parlamento, con la volontà di realizzare un dialogo pieno ed effettivo nel corso del lavoro parlamentare.

Sono peraltro convinta che, come avvenuto finora, il lavoro seguito da questa autorevole Commissione sarà basato su un esame obiettivo dei temi all'attenzione, volto a privilegiare il consenso e la partecipazione rispetto a mere logiche di schieramento delle parti politiche.

Considerazioni di carattere preliminare

Come è noto, la centralità del diritto alla salute è riconosciuta con speciale forza dall'articolo 32 della Costituzione, in attuazione del quale è stato realizzato il sistema sanitario nazionale di cui va riconosciuta, in generale, la bontà.

A questo proposito vorrei precisare che il Servizio sanitario nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Oggi il SSN si confronta con altre grandi sfide assistenziali, quali i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo.

L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema, affinché sia in grado di mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti.

Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto a un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza distinzione, ha subito nel tempo dei correttivi.

Si è di fatto passati da un concetto di universalità "forte" e incondizionata, rispondente al modello del "tutto a tutti", a un concetto di universalità "mitigata", finalizzata a garantire prestazioni necessarie e appropriate a chi ne abbia effettivamente bisogno.

La riforma del Titolo V della Costituzione, i cambiamenti sociali e demografici, l'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, l'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), l'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria rendono non più procrastinabile ripensare al modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario nazionale.

Nel merito delle priorità

Politica sanitaria in materia di prevenzione

Tra le priorità che il Dicastero intende sviluppare vi è la valorizzazione delle *policies* relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata.

Le ragioni di tale scelta consistono nella convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Intendiamo pertanto organizzare un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, collettiva e individuale, universale e per categorie a rischio, che possa accompagnare il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.

In particolare, mi riferisco ad azioni volte:

- a garantire lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile (promozione della salute);
- a prevenire l'insorgenza delle patologie trasmissibili e non (prevenzione primaria), ma anche
- a giungere a diagnosi più precoci attraverso screening (anticipazione diagnostica, prevenzione secondaria), così da favorire il pieno recupero dell'ammalato, riconosciuto come tale in una fase di malattia più facilmente aggredibile;
- e infine a realizzare una risposta assistenziale capace di gestire, rallentandone il decorso e impedendo l'insorgenza di complicanze, le patologie croniche (profilassi terziaria).

Tali obiettivi vanno perseguiti attraverso la predisposizione del nuovo Piano nazionale di prevenzione (PNP), che modifichi e aggiorni lo strumento vigente, inizialmente adottato per il periodo 2010-12, e poi prorogato a tutto il 2013.

Il PNP ha rappresentato in questi anni un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese, legato alla scelta strategica di investire ulteriormente nell'area della prevenzione per raggiungere migliori risultati di salute. Il modello si basa su una linea di *governance* partecipata, che il Ministero intende continuare a perseguire, valorizzando al meglio le potenzialità degli strumenti di pianificazione e coordinamento.

Nell'anno in corso sarà perciò adottato il nuovo Piano, col quale saranno bisstate le strategie di prevenzione per il quinquennio 2014 – 2018.

Il prossimo Piano prediligerà l'approccio trasversale, per determinanti e strategie complessive, rispetto a quello verticale, per singola patologia. Ritengo fondamentale, infatti, in linea con le indicazioni dei principali organismi internazionali del settore salute, in primis l'OMS, adottare – nelle scelte di sanità pubblica - un approccio strategico quanto più possibile "intersectoriale", basato sul principio della "Salute in tutte le politiche" (*Health in all policies*), promuovendo la salute come bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alle istituzioni e alla società .

Porrò quindi attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai fattori ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano i comportamenti del singolo. Dedicherò particolare attenzione a far sì che le azioni messe in campo mirino ad agire sui principali fattori di rischio nel nostro Paese attraverso un forte

investimento in salute e interventi il più possibile trasversali e multisettoriali, anche con il coinvolgimento di altri soggetti istituzionali e della società civile, ove ciò sarà non solo necessario ma anche opportuno.

Sollevo adesso l'attenzione su alcuni aspetti specifici di significativa rilevanza per le linee programmatiche del Dicastero attribuito alla mia responsabilità.

Mi riferisco in particolare alle azioni di contrasto al fumo e alla dipendenza da gioco patologico.

E' noto a tutti - statistiche recenti lo confermano - che il fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie gravissime e spesso mortali, come le patologie cardiovascolari e le neoplasie; personalmente mi preoccupano i dati allarmanti relativi ai minori che presentano già l'abitudine al fumo, pertanto la mia azione di contrasto alla dipendenza del fumo sarà netta.

Colgo l'occasione per anticipare che continuerò l'azione già intrapresa dai miei predecessori volta promuovere azioni di contrasto e di recupero delle forme di dipendenza dal gioco patologico.

Inoltre, il mio impegno sarà rivolto a tutti i comportamenti a rischio, lontani dalla tradizione nazionale, mi riferisco a tutte le forme nuove di dipendenza, quali i consumi fuori pasto e in quantità non moderate, le ubriacature e il *binge drinking*, soprattutto tra i giovani.

Non dimentichiamo che è sempre in aumento il consumo da parte dei giovani di sostanze alcoliche. Per tale disagio sociale intendo intervenire sia a livello culturale, continuando a diffondere informazioni precise e univoche sul rischio connesso, sia per adottare politiche e azioni di prevenzione con specifico riguardo all'identificazione precoce del problema, sia per accrescere la disponibilità e l'accessibilità di trattamenti per i soggetti con comportamenti di grave abuso.

Sempre tra i comportamenti a rischio, un'altra area problematica, che merita uno specifico impegno è rappresentata dai disturbi del comportamento alimentare (bulimia e anoressia DCA): qui continuerò a promuovere progetti nell'ambito della prevenzione sociale, della promozione di percorsi di cura, in età evolutiva e in età adulta. A tale riguardo, rendo noto che a breve sarà pubblicato uno dei Quaderni del Ministero della salute dedicato ai disturbi alimentari, con specifica attenzione all'epidemiologia, alla prevenzione, al trattamento e ai percorsi di riabilitazione.

Tra le linee programmatiche non può mancare l'indicazione al grave fenomeno delle "tossicodipendenze"; per tale specifica problematica intendo continuare a uniformarmi alla strategia europea, che si confronta con il Piano di azione in materia di lotta contro la droga (2009/2012); il Piano si basa su un apporto integrato, multidisciplinare ed equilibrato tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta di droga. In tale settore l'attività di prevenzione dovrà essere specialmente mirata sulle nuove droghe sintetiche, verso le quali si stanno orientando i consumi della popolazione giovanile.

Offro di seguito una sintetica panoramica sui dati scaturiti da una rilevazione effettuata dal Ministero della salute nel corso del 2010. Sono stati presi in carico dai 554 Servizi pubblici per le tossicodipendenze 176.430 pazienti con un rapporto M/F 5,53.

I pazienti considerati sono in maggioranza assuntori di eroina (70,1%). L'uso di cannabinoidi e di cocaina come sostanze primarie per le quali si richiede un trattamento è diminuito nel tempo (rispettivamente 9,2 e 15,2).

Sono stati effettuati programmi farmacologici nel 66,4% dei casi (72,7% con metadone).

Da altri studi riportati nella Relazione al Parlamento 2011 sulle tossicodipendenze, si evince che la stima del numero di tossicodipendenti da oppiacei problematici è di circa 218.425 pazienti.

Il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze – uso quotidiano) è di circa 2.924.500. Nel 2008 tale numero era stimato in circa 3.934.450 persone e quindi nel 2010 si è registrato un calo del 25,7%.

Sempre nell'ambito delle politiche di prevenzione segnalo anche le iniziative per contrastare il fenomeno dell'uso delle droghe leggere da parte dei giovani. Il Ministero ha finanziato con 490.000 € un progetto del Centro Controllo delle Malattie (CCM), svolto dalla Regione Emilia Romagna dal titolo "*Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi*", che ha costruito una vera e propria "MAPPA" delle rotte giovanili e dei comportamenti legati al consumo di sostanze nei luoghi di vacanza e divertimento, al fine di proporre un Documento di indirizzo e delle Raccomandazione per le Amministrazioni pubbliche, i servizi territoriali, i gestori e gli utenti, finalizzati alla prevenzione dei rischi per la salute legati anche all'uso di droghe leggere (ad esempio nei locali notturni, discoteche, pub..). Con tale progetto si è giunti anche a strutturare materiale per la formazione di operatori finalizzata alla conoscenza e diffusione delle buone pratiche.

Altri progetti ai quali il Ministero della Salute partecipa in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga sono:

1 – DAD.NET – Donne alcol e droghe: attivazione di un network italiano per la promozione di offerte specifiche rivolte al genere femminile e finalizzate alla prevenzione dei rischi correlati all'uso di alcol, droga e patologie correlate, incentivazione all'adeguamento dei Servizi essenziali sui specifici bisogni delle donne tossicodipendenti (Ufficio VII)

2 – DRDS _ Sistema per il monitoraggio dei decessi droga correlati (Ufficio VII)

3 – Monitoraggio e valutazione del drug-test nei lavoratori con mansioni a rischio (Ufficio II)

4 – EDU-CARE Educazione e supporto alle famiglie, diagnosi precoce e neuroscienze del comportamento (Ufficio VII)

5 – NEWS 2010 – Implementazione e mantenimento del Sistema di allerta precoce e Risposta Rapida alle droghe (Ufficio VII – Ufficio VIII)

6 – NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati (Ufficio II)

7 – SGS – Strada per una guida sicura (Ufficio II)

Tornando al nuovo Piano Nazionale Prevenzione, segnalo che esso riunisce progetti di ampio respiro, prima di tutti il programma “Guadagnare salute”, e le pianificazioni di settore, tra le quali vanno menzionate: il Piano nazionale per le vaccinazioni, quelli sul controllo delle sostanze chimiche o quello sugli interventi nel settore della sicurezza sul lavoro, che come è noto a questa Commissione, contribuiscono tutti insieme al raggiungimento degli obiettivi di promozione e prevenzione.

Faccio anche un breve cenno al Centro per il controllo delle malattie (CCM), cui va riconosciuto un ruolo fondamentale in materia di prevenzione.

Parlando di politiche di prevenzione, non posso non riferirmi anche alle raccolte sistematiche di dati e ai sistemi di sorveglianza diretti verso specifiche fasce di popolazione, individuate per età o per composizione. A questo proposito, rendo conto che è in corso la preliminare ricognizione dei sistemi e dei registri, in attuazione dell’art. 12 del DL n.179 del 2012, in materia di fascicolo sanitario elettronico. Gli esiti saranno noti a breve.

Devo ricordare che le aree prioritarie nelle quali si svilupperanno gli interventi di prevenzione tengono conto delle indicazioni e delle programmazioni comunitarie e dell’OMS (*in primis* i programmi Health 2020 e UE2020).

Per tali attività ritengo indispensabile mantenere e rafforzare le collaborazioni già avviate con organismi internazionali, quali l’OMS, l’OCSE, l’European Center for Disease Control, oltre che con i Ministeri e gli organismi tecnici di altri Paesi europei ed extraeuropei, finalizzati a creare nuove sinergie.

Con riguardo alle tematiche alle quali sarà prestata prioritaria attenzione e verso le quali saranno dedicate le principali iniziative di prevenzione:

- è assolutamente fondamentale proseguire e rafforzare l’impegno per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, considerando in quest’ambito innanzitutto le patologie cardiovascolari, quelle del sistema respiratorio e del sistema nervoso centrale, le neoplasie, le gravi insufficienze d’organo, il diabete;
- ritengo altresì imprescindibile rinforzare gli interventi dedicati alla salute della donna, nelle diverse fasi della vita, e del bambino, anche in linea con i *Millenium development goals* delle Nazioni Unite per il periodo 2000-2015 e di tutte le Convenzioni internazionali miranti alla tutela di questi categorie, (da ultimo, la settimana scorsa la Camera dei Deputati ha votato la legge di ratifica della Convenzione di Istanbul a tutela della donna e proprio in questa settimana ha votato le mozioni volte a contrastare ogni forma di violenza sulle donne);

- la salute mentale e il benessere psicologico e psicofisico costituiscono un prezioso patrimonio della popolazione, a cominciare dalle fasce d'età più giovani, che va salvaguardato attraverso la prevenzione, in tale contesto vanno inclusi sia gli interventi di prevenzione delle forme psichiatriche che quelli rivolti alla prevenzione ed al riconoscimento precoce dei disturbi dell'evoluzione e della comunicazione, come anche la prevenzione delle dipendenze da alcol e droghe e della ludopatia, di cui ho già riferito;
- occorre rafforzare il contrasto agli incidenti domestici e stradali, e proseguire nello sforzo – in coordinamento con le altre Amministrazioni competenti in materia - per conseguire una drastica riduzione del numero e della gravità degli incidenti sul lavoro;
- nel contesto ambientale che caratterizza il nostro Paese, ritengo di prioritaria importanza proseguire e rafforzare il dialogo e la collaborazione con il Ministero dell'ambiente e con gli organismi tecnici operanti nel settore, per sviluppare il monitoraggio - per l'impatto sanitario - delle matrici ambientali (acque, suolo, aria, ivi inclusa l'attenzione alle conseguenze sanitarie dell'esposizione alle radiazioni di diversa natura);
- pur nel mutato quadro epidemiologico, non si può “abbassare la guardia“ nei confronti delle malattie infettive, con speciale attenzione per quelle più gravi, per quelle riemergenti, per le forme ad alta resistenza, per le malattie trasmissibili che compaiono per la prima volta nel nostro Paese a seguito dei mutamenti climatici, e per quelle di nuova insorgenza. Le reti di sorveglianza e le pianificazioni per gli interventi in tale ambito vanno mantenute attive, rafforzando – tra l'altro - le capacità operative degli Uffici periferici di sanità marittima, aerea e di frontiera;
- Infine, lo scenario internazionale non consente di ridurre l'attenzione per iniziative – da assumere in coerenza e in collegamento con altri organismi coinvolti, a partire dalle strutture di Difesa civile – finalizzate a garantire un adeguato livello di azioni, quali misure precauzionali, nei confronti di minacce di tipo terroristico, siano esse di natura biologica, chimica o radiologico/nucleare. In tale prospettiva risulta necessario mantenere aggiornata la pianificazione nazionale e consistenti le scorte di antidoti e altri presidi sanitari indispensabili per affrontare questa tipologia di emergenze.

Su molti dei temi sopra sintetizzati ritengo utile realizzare anche campagne di comunicazione, nella convinzione che esse possano significativamente contribuire a rafforzare la conoscenza e l'educazione sanitaria nel pubblico generale e favorire l'adozione di stili di vita e comportamenti salutari.

Programmazione sanitaria

Riorganizzazione della rete assistenziale

Passo ora a illustrare un altro obiettivo che necessita realizzare, anch'esso di rilevanza strategica, e cioè la riorganizzazione dell'assistenza territoriale per rafforzare i legami tra ospedale e territorio. Non vi è dubbio, infatti, che su questo tema si gioca la stessa sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Su questo fronte occorre collaborare con le regioni per accelerare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) deputate ad erogare l'assistenza primaria in un'ottica di complementarità con le strutture ospedaliere e di accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito dal SSN.

Nella medesima ottica, occorre continuare e completare il percorso iniziato dal Ministro Fazio per potenziare il ruolo delle farmacie convenzionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio. La Farmacia dei servizi, tenuto conto della presenza capillare delle farmacie sull'intero territorio nazionale, può garantire, con ridotti oneri per il SSN, prima assistenza e un'efficace missione di orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari. Tale nuovo ruolo delle farmacie potrà comportare effetti virtuosi per la finanza pubblica, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere e ai pronto soccorso in relazione alle effettive necessità dell'assistenza sanitaria, anche preventiva, con esclusione dei casi di domanda di servizi suscettibile di adeguata soddisfazione da parte delle farmacie.

Aggiungo che, come è ben noto a questa Commissione, è all'esame della Conferenza Stato-Regioni lo schema di regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" previsto dal decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge n. 135 del 2012, che contiene, tra le altre, l'indicazione utile ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del Servizio Sanitario Nazionale in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale.

Livelli essenziali di assistenza

E' noto che i LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. I LEA rispondono all'esigenza di garantire quel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana; ciò comporta che gli stessi, benché non abbiano la pretesa di essere esaustivi rispetto ai bisogni assistenziali riconducibili al singolo e alla collettività, debbono prevedere comunque una soglia minima di interventi, al fine di non vulnerare la sfera giuridica

soggettiva che l'art. 32 della Costituzione ha voluto tutelare e garantire in modo assolutamente pieno ed esclusivo.

Vi comunico che la proposta di provvedimento di aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 5, commi 1 e 2, della legge n. 189 del 2012, è stata predisposta e trasmessa al Ministero dell'economia e delle finanze per acquisire il previsto concerto tecnico.

Dopo la formulazione di una specifica valutazione economica da parte del Ministero dell'economia e finanze, lo schema di decreto è stato trasmesso il 12 marzo 2013 alla Conferenza Stato Regioni per l'avvio dell'istruttoria ai fini dell'intesa.

Il Nuovo Patto per la salute

Un breve cenno merita il Patto per la Salute, che come è noto, è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Va a questo punto ricordato che le disposizioni di cui al decreto-legge 2012, n.95 stabiliscono che, in mancanza della definizione in sede Stato- Regioni entro il 15 novembre 2012 del Nuovo Patto per la salute 2013-2015, sarebbero divenute operative le misure fissate dal medesimo decreto in campo sanitario, misure che, diversamente, con il Patto avrebbero potuto essere rimodulate, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali.

Il nuovo patto non è stato ancora perfezionato, ma tale obiettivo riveste significativa rilevanza, visto che lo stesso presenta finalità sia di carattere programmatico che di definizione di convergenze tra Stato e Regioni nel governo del sistema sanitario nazionale.

Colgo l'occasione per rappresentare la mia volontà di istituire in tempi brevi un tavolo di concertazione con i rappresentanti delle Regioni per addivenire rapidamente a soluzioni condivise, necessarie per il perfezionamento del nuovo Patto.

Ritengo infatti che la stipula del nuovo Patto possa rappresentare il vero punto di partenza per mettere insieme le esigenze dei cittadini e quelle imposte dal mutato quadro delle esigenze avvertite dal livello governativo, centrale e regionale.

Fondo sanitario nazionale

A causa delle manovre correttive di finanza pubblica dal 2010 (d.l. 78/2010, d.l. 98/2011, d.l. 95/2012, l. di stabilità 2013), il livello di finanziamento del FSN è stato ridotto in misura veramente straordinaria, fino a determinare nel 2013, per la prima volta, un decremento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato pari a -0,88% rispetto all'anno precedente.

Confermo che ulteriori riduzioni di risorse non appaiono compatibili con la sostenibilità del sistema sanitario, già messo a dura prova dai recenti provvedimenti legislativi.

Anche le Regioni “virtuose” potrebbero avere serie problemi se non si corregge l'impostazione del recupero di risorse, senza entrare nei livelli di complessità che caratterizzano il settore.

Come ha sottolineato il Presidente del Consiglio, occorre abbandonare la logica dei tagli lineari auspicando un ripensamento della *spending review* sulla base dei costi e dei fabbisogni standard, così come peraltro suggerito anche dal “comitato dei saggi” istituito presso la Presidenza della Repubblica. E' necessario individuare, assieme alle Regioni, una mappatura ulteriore degli sprechi, specialmente in alcuni contesti del nostro Paese, dove ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi resi ai cittadini. Così come è necessario rendere possibile che le regioni in piano di rientro possano documentare oltre che un miglioramento dei conti, anche una concreta riqualificazione dei servizi a favore dei cittadini.

Ticket

Come è noto, l'art. 17, co. 1, lett. d), d.l. n. 98/2011 prevede a decorrere dal 2014 un incremento dei ticket corrisposti dagli assistiti per un importo stimato in **2.000 mln di euro** annui. Tale disposizione rinviava ad un regolamento per l'introduzione delle citate misure, la Corte Costituzionale – ritenendo che lo Stato non possa emanare regolamenti in materia di competenza concorrente, quale è la materia relativa alla tutela della salute – ha dichiarato l'incostituzionalità della norma, con effetto retroattivo.

Pertanto, il Governo con il recente Documento di Economia e Finanza (DEF 2013), approvato dal Parlamento, ha preso atto dell'avvenuta cancellazione della norma sui ticket dall'ordinamento, e nel contempo ha conformemente corretto (al rialzo) le previsioni di spesa sanitaria dal 1° gennaio 2014.

Analogo adeguamento verrà operato con la prossima legge di bilancio 2014.

Iniziativa in materia di assistenza transfrontaliera

Per quanto attiene alla sanità transfrontaliera, non è più possibile pensare a un modello di assistenza orientato a rendere competitivi tra loro i singoli sistemi regionali.

I tempi sono maturi e la parola d'ordine deve essere rendere competitivo il modello italiano in Europa.

Questo è ancor più vero se si pensa alla Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio recante “*L'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera*”, già in fase di attuazione.

Quindi, l'impegno che occorre assumere è quello di proporre anche in Europa un modello innovativo di assistenza, in grado di intercettare, di attrarre e di accogliere i cittadini europei che sceglieranno di curarsi presso gli ospedali italiani.

Noi disponiamo di elevatissime professionalità, di centri ospedalieri universitari di alta specializzazione e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico assolutamente competitivi, già oggi, rispetto ad analoghe realtà europee.

Questa è l'occasione anche per rilanciare le nostre Eccellenze all'estero.

Entro agosto sarà operativo, presso il Ministero della salute, un punto di contatto nazionale, previsto dalla Direttiva, che coordinerà le complesse attività che ruotano intorno all'applicazione dei contenuti della direttiva, anche relativamente all'istituzione di "contact point" regionali, in grado di intercettare la domanda proveniente da cittadini di altri Paesi europei.

E' previsto uno spazio specifico sul portale del Ministero, dedicato a ospitare tutte le informazioni relative ai nostri servizi sanitari e agli Ospedali e strutture di "eccellenza", presenti sul territorio nazionale, anche in lingua inglese, di cui si sta occupando Agenas su delega del Ministero.

Desidero migliorare la trasparenza delle nostre attività e consentire ai cittadini di scegliere dove curarsi, oltre che sulla base delle proprie conoscenze personali, anche verificando direttamente su internet i livelli di qualità delle cure e dei servizi, che ogni ospedale italiano è in grado di offrire.

Iniziative in materia di personale del SSN "Responsabilità professionale, attività libero-professionale e precariato"

Altro tema sul quale mi impegnerò nei prossimi mesi è quello della responsabilità professionale; ho consapevolezza che su questo specifico tema questa Commissione già nella passata legislatura, ha dedicato adeguati approfondimenti. Inoltre, ho ben chiaro che le pur importanti novità introdotte a livello normativo dal decreto-legge n.158, convertito dalla legge n. 189 del 2012 non risolvono completamente il problema. Tuttavia, attuarle rapidamente con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa, significa dare risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri ulteriori interventi.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, comunico che le Regioni nel mese di febbraio 2013 hanno sollevato la necessità di attuare gradualmente, nell'arco di sei mesi, il progetto sperimentale di messa in rete delle strutture presso le quali si svolge l'attività libero-professionale. Per tale esigenza ho avviato l'azione di monitoraggio, convocando già per la prossima settimana l'Osservatorio per monitorare lo stato di attuazione della norma.

Passo ora ad affrontare una tematica che mi sta particolarmente a cuore, perché riguarda i giovani medici. Mi riferisco al tema del precariato, del blocco del *turn-over* e della formazione specialistica e in medicina generale.

Per quanto attiene al precariato gli ultimi dati disponibili offrono un quadro non incoraggiante. Intendo pertanto, affiancare l'attività degli altri Ministri di settore (lavoro, economia, funzione pubblica) per individuare le soluzioni idonee a superare il problema. Ritengo che il precariato - fenomeno già di per se negativo in tutti i settori – per il SSN assume ulteriori connotazioni negative, in considerazione che le risorse umane dedicate all'assistenza sanitaria, devono riporre fiducia nella struttura sanitaria e sentirsi parte integrante della medesima; la stessa struttura deve poter contare, senza soluzione di continuità, nelle medesime risorse umane, garantendo loro il giusto spazio anche in termini di formazione professionale.

Quanto al blocco del *turn over* nelle Regioni in piano di rientro, la questione assume profili più complessi. La normativa, tuttavia, prevede la possibilità di derogare al blocco nei casi di effettiva necessità e a determinate condizioni. Il Ministero della salute giocherà fino in fondo il suo ruolo di Ministero affiancante per supportare un percorso virtuoso di politiche delle assunzioni.

Passo all'attività di formazione che è propedeutica all'assunzione : i giovani medici devono essere formati. Il possesso del titolo di specializzazione o dell'attestato di formazione in medicina generale è un requisito indispensabile per l'ingresso nel Sistema sanitario nazionale. Quest'anno, come saprete, il numero di contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dallo Stato è sceso da 5.000 a 4.500 per il primo anno di corso.

Ciò è una conseguenza dell'innalzamento da 4 a 5 anni della durata dei corsi di specializzazione, previsti dalla riforma delle scuole di specializzazione di area sanitaria del 2005. Il tutto ha comportato un anno aggiuntivo di permanenza di tutti gli specializzandi e, conseguentemente, un maggior numero di contratti da finanziare con il medesimo stanziamento annuale.

È mia intenzione avviare da subito un costruttivo confronto su questo tema con il Ministro dell'istruzione, università e ricerca, con il Ministro dell'economia e delle finanze e con le Regioni, per trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già a partire dal prossimo anno accademico.

Per quanto attiene la formazione in medicina generale, comunico che in Conferenza Stato-Regioni discuteremo presto dell'adozione di obiettivi formativi definiti a livello nazionale.

Da ultimo sempre in tema di risorse umane, anticipo che intendo avviare una riflessione sulle vigenti modalità di attribuzione degli incarichi ai dirigenti di secondo livello del SSN.

Ritengo infatti che i tempi siano maturi per individuare soluzioni condivise sull'impronta della trasparenza e imparzialità, affinché l'esito della procedura di attribuzione di tali incarichi garantisca una scelta oggettiva, che intervenga a conclusione di una pubblica selezione, con valutazione comparativa dei requisiti professionali dei partecipanti, escludendo ogni profilo di discrezionalità all'atto finale dell'attribuzione dell'incarico.

Iniziative in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Nelle linee programmatiche che sto annunciando non può mancare il riferimento a un elevato livello di sicurezza alimentare e di sanità veterinaria, che rappresentano un punto di riferimento ineludibile.

Il programma mondiale One Health concordato tra l'OMS e l'Organizzazione Mondiale della Salute Animale (OIE, con sede a Parigi), per la realizzazione di una sola Sanità, indica con chiarezza il collegamento imprescindibile tra salute umana e salute animale (basti considerare che il 75% delle malattie umane è di derivazione animale) e conferma la scelta strategica dell'Italia e mantiene una direzione politica unitaria delle professioni sanitarie.

Questa impostazione oltre ad una scelta di carattere culturale si è dimostrata un valore aggiunto, anche in termini di sviluppo economico, che si è concretizzato in trentatrè miliardi di euro di esportazioni agroalimentari nell'ultimo anno, realizzati grazie alla qualità delle produzioni italiane, ai controlli sanitari/veterinari e ai certificati sanitari negoziati con i maggiori partner mondiali.

Il made in Italy alimentare ha superato, per la prima volta, il settore manifatturiero in termini di esportazioni e rappresenta la seconda voce di ricchezza prodotta in Italia dopo il metalmeccanico.

Per rispondere alle opportunità che si stanno sviluppando e alle elevate aspettative dei nostri cittadini consumatori intendo realizzare, nel corso del mio mandato, un programma incisivo di valorizzazione e di potenziamento del nostro sistema sanitario/veterinario, soprattutto in materia di sicurezza alimentare.

Ritengo che un'occasione unica e irripetibile sia rappresentata da EXPO MILANO 2015, destinato al tema "Nutrire il Pianeta". Bisogna cogliere l'occasione sia per valorizzare i prodotti del made in Italy, sia, soprattutto, per promuovere il modello italiano in termini di sviluppo sostenibile. A tale fine intendo realizzare, nel periodo di EXPO MILANO una riunione del G8/G20 dedicato alla Sicurezza Alimentare.

Dobbiamo infatti sostenere una politica di sicurezza alimentare che dia la disponibilità di alimenti sicuri, provenienti da Paesi produttori di materie prime, con accordi professionali, economici e politici.

Aggiungo inoltre, che in collaborazione con il Ministro dell'ambiente stiamo per definire la realizzazione di un Centro permanente dedicato a "Sicurezza

Alimentare e Ambiente”, che renda permanenti i risultati che otterremo con EXPO.

D'intesa con il Ministro dell'istruzione pubblica, dell'università e della ricerca e i due rettori delle Università di Milano Statale e Cattolica proporremo poi l'istituzione di una Scuola Superiore di Alta Formazione Internazionale in materia di Sicurezza Alimentare.

È inoltre indispensabile completare la realizzazione di un sistema informativo nazionale per la sicurezza alimentare, che riunisca e coordini le banche dati già operative e le anagrafi animali, integrandole con gli anelli mancanti per assicurare un totale controllo del percorso dal campo alla tavola.

Politica sanitaria in materia internazionale

Tutti i settori nei quali si declina l'attività del Ministero della salute hanno risvolti e collegamenti a livello europeo e internazionale e pertanto non si può prescindere dalla considerazione di tale prospettiva nella definizione delle linee programmatiche per il prossimo futuro.

In primo luogo, in considerazione del rilievo che ha assunto nel corso degli anni l'analisi a livello comunitario delle tematiche più rilevanti di sanità pubblica, finalizzata a una pianificazione strategica condivisa, e tenendo conto della prossima Presidenza italiana dell'Unione europea, il Ministero intende rafforzare i rapporti con gli organismi comunitari e con i Paesi che si avvicenderanno, immediatamente prima e dopo l'Italia, nella presidenza, al fine di concordare gli aspetti prioritari che guideranno le attività comunitaria nel settore salute.

In tal senso è mia intenzione avviare ogni confronto utile con i partner comunitari su alcuni temi particolarmente significativi, tra i quali la promozione dei corretti stili di vita, la tutela della salute delle donne, le cure palliative e la terapia del dolore, la salute mentale.

Considero di grande rilevanza la valorizzazione, anche nello scenario internazionale, del sistema sanitario italiano con le sue eccellenze organizzative e tecnico-scientifiche. Conseguentemente, nell'ambito delle relazioni e degli accordi bilaterali, ritengo significativo sviluppare la diffusione della conoscenza del modello di sistema sanitario nazionale italiano presso i Paesi che, stanno attuando riforme dei propri sistemi sanitari in senso universalistico; intendo proseguire le collaborazioni già consolidate e partecipare alla realizzazione di nuovi progetti di gemellaggio e di assistenza tecnica finanziati dall'Unione europea.

Conclusioni

Nel rinnovare il mio ringraziamento alla Commissione ed al Presidente, concludo il mio intervento affermando che lo Stato e, per esso, il Ministero

della salute deve sostenere il suo ruolo di garanzia dell'unità del Sistema sanitario nazionale, per assicurare uguaglianza di trattamento e rispetto del diritto alla salute a tutti i cittadini.

Vi chiedo di collaborare con me per costruire insieme una *governance* del sistema forte e autorevole.

Il mio auspicio pertanto, è di potermi avvalere di ampio confronto per l'individuazione di risposte condivise sulle questioni da affrontare.