



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 3

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE
BEATRICE LORENZIN SULLE LINEE PROGRAMMATICHE
DEL SUO DICASTERO

*(Le comunicazioni del Ministro sono state svolte anche nelle sedute del 4 e del 13
giugno 2013)*

20^a seduta: giovedì 4 luglio 2013

Presidenza della presidente DE BIASI

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

INDICE

Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Beatrice Lorenzin sulle linee programmatiche del suo Dicastero

PRESIDENTE

LORENZIN, *ministro della salute*

Sigle dei Gruppi parlamentari: Grandi Autonomie e Libertà: GAL; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT) - PSI: Aut (SVP, UV, PATT, UPT) - PSI; Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Misto: Misto; Misto-Sinistra Ecologia e Libertà: Misto-SEL.

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

Interviene il ministro della salute Beatrice Lorenzin.

I lavori hanno inizio alle ore 14,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito delle comunicazioni del ministro della salute Beatrice Lorenzin sulle linee programmatiche del suo Dicastero

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le comunicazioni del ministro della salute Beatrice Lorenzin sulle linee programmatiche del suo Dicastero, sospese nella seduta del 13 giugno scorso.

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

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

Innanzitutto ringrazio il ministro Beatrice Lorenzin per la gentile disponibilità manifestata nei confronti di questa Commissione, in relazione anche al protrarsi dei lavori della seduta antimeridiana dell'Assemblea che ha determinato la posticipazione dell'orario di inizio della seduta.

Tenuto conto poi dei ristretti tempi a nostra disposizione, comunico che i restanti senatori iscritti a parlare - vale a dire la senatrice Mattesini, i senatori Scilipoti e Bianco, le senatrici Padua e Maturani e il senatore Romani - potranno far pervenire al Ministro le proprie domande in forma scritta, con l'impegno di ricevere la relativa risposta.

Do quindi la parola al Ministro della salute.

LORENZIN, *ministro della salute*. Presidente, mi dispiace di non avere a disposizione più tempo perché le questioni che sono state sollevate sono moltissime. Oggi pertanto cercherò di dare una risposta complessiva alle domande poste dai colleghi, riservandomi di comunicare per iscritto ulteriori considerazioni rispetto alle diverse questioni scaturite nelle precedenti sedute, unitamente alle risposte scritte alle domande che non siamo riusciti ad espletare oggi.

Metto inoltre a disposizione della Commissione una serie di aggiornamenti sulle implementazioni delle linee programmatiche che ho predisposto. Uno concerne il sistema informativo e statistico-sanitario, al cui interno potete trovare anche l'aggiornamento sul bilancio LEA, rispetto al quale, tra l'altro (lo dico informalmente, troverete tutto nella relazione) siamo pronti; quindi, alla fine del mese avrete la possibilità di consultare i bilanci LEA legati sia agli ospedali, sia ai territori. Si tratta di un dato molto importante che ci permette di fare una valutazione seria sugli esiti nelle diverse realtà.

Avremo la possibilità di avere subito i dati analitici di tutte le prestazioni per i diversi *settings* assistenziali erogati dalle Regioni nell'anno 2012 ed entro il prossimo mese anche di quelli relativi al primo semestre del 2013. Sto cercando, inoltre, di predisporre un sistema informatico che dia la possibilità di avere un aggiornamento in tempo reale e non solo a livello semestrale. Credo che questo sia un elemento estremamente importante per la valutazione degli impatti, che successivamente ci servirà anche come base di analisi dei dati per tutto il lavoro di valutazione delle *performance* che dovremo fare nei prossimi anni.

Troverete inoltre tutto lo stato dell'arte delle iniziative di informatica elettronica. Come è noto, nell'Agenzia digitale presso la Presidenza del Consiglio è stata predisposta una nuova normativa che riguarda l'Anagrafe sanitaria nazionale. Sarà quindi possibile avere, in tempo reale, un quadro conoscitivo dei diversi dati e informazioni e avviare un dialogo tra gli stessi sistemi informativi e l'Anagrafe nazionale. Cominceremo ad avere, dunque, un'infrastruttura di dati integrati sulla quale innesteremo anche i dati del Ministero della salute. L'idea è far dialogare i sistemi informativi.

Ovviamente il Ministero della salute dispone di un bagaglio enorme di dati, evidentemente delicati e sensibili, che speriamo consentano alla fine, unitamente ai dati dell'Anagrafe nazionale, di avere un monitoraggio costante di tutto il territorio nazionale.

Ne approfitto per fornirvi un dato su questo punto. Sto parlando molto di *e-health* (sanità elettronica), cioè di mettere in rete tutto il territorio nazionale. Ciò significa non solo informatizzare i dati, ma utilizzare lo stesso linguaggio informatico. Oggi, infatti, c'è differenza non solo tra Regione e Regione, ma anche tra le diverse ASL e spesso, all'interno della stessa struttura sanitaria, pure tra ospedale e reparti. Mettere a sistema tutte le informazioni con un unico linguaggio permette

non solo di disporre del fascicolo sanitario elettronico e di poter inviare una lastra da Bari a Milano, ma anche, attraverso la ricetta elettronica e un'analisi di ciò che viene prescritto, di avere il conteggio dei costi e il profilo sanitario delle cure e dell'appropriatezza delle prescrizioni rispetto a un singolo paziente. Questo sistema, messo a regime, consente un risparmio di 7 miliardi di euro in spese dirette e di 14 miliardi di euro in spese indirette. Queste sono le cifre che possiamo ricavare e reinvestire da questo tipo di azione.

Ho preso un impegno e ho chiesto alla nostra dirigenza che si occupa di sistemi informatici, insieme alla nuova Agenzia digitale, di lavorare in stretta connessione per raggiungere nel più breve tempo possibile questo risultato, tenendo conto che abbiamo definito per legge il termine del 31 dicembre 2014 per la messa a regime di tutto il sistema. Ci rendiamo conto che è un termine abbastanza stringente, ma a volte quando si hanno degli obiettivi si lavora con più forza.

Troverete, inoltre, un'integrazione che riguarda lo stato dell'arte di un altro dei temi fondamentali che ci interessano e che ci interesseranno nei prossimi mesi, vale a dire quello dei dispositivi medici e della loro regolamentazione.

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

Vorrei ora entrare nel merito delle tematiche di maggior rilievo che sono state sollevate nella discussione svoltasi nelle due scorse sedute e di cui vi ringrazio molto, e lo dico senza retorica. Le questioni che avete trattato, infatti, mi hanno aiutata molto, in questi primi due mesi (pochissimo tempo) di esperienza nel Ministero, a focalizzare delle evidenti priorità nell'azione del Governo in tale materia. Tra l'altro, ognuno di voi nel proprio intervento ha dato il punto sulle priorità, sulle scadenze, sulle emergenze, ma anche sulle necessità di programmazione.

Uno dei temi sollevati in questa ma anche nell'omologa Commissione della Camera dei deputati è proprio quello della copertura dei costi delle linee programmatiche. Mi è stato detto che si tratta di un programma molto ambizioso e costoso. In realtà, questo non è vero, nel senso che l'idea che mi ha animata nella relazione sulle linee programmatiche del Ministero è stata guidata da un approccio estremamente pragmatico.

Avrei potuto darvi tutta la lista delle cose che a mio parere il Ministero della salute dovrebbe fare da qui ai prossimi cinque anni, ma non ho fatto questa scelta: ho preferito individuare delle priorità e all'interno di queste riorganizzare la spesa sanitaria. Queste priorità, tra l'altro, si legano

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

insieme: *governance* e livelli essenziali di assistenza, quindi *governance* dei territori e capacità di erogare i servizi per entrare in una nuova fase, che è quella della riorganizzazione dei piani di rientro e delle funzionalità e della programmazione sanitaria a livello territoriale.

Su questo tema mi sono confrontata a lungo anche con le Regioni. Ci troviamo a un bivio nella storia dell'assistenza sanitaria in questo Paese. Abbiamo avuto due grandi momenti. Il primo è stato quello della riforma sanitaria che ha tradotto in universalità di assistenza il dettato dell'articolo 32 della Costituzione e ha portato l'Italia a essere un Paese unico, da questo punto di vista, a livello internazionale, mettendo insieme il diritto alla cura, la libertà della cura, ma anche un diritto all'assistenza. Stiamo parlando, infatti, di salute e in questo caso, anche un po' debordando dalle nostre funzioni, di socio-assistenza. Stiamo parlando cioè di come si tiene insieme la prestazione medica con la prestazione socio-sanitaria, con tutte le difficoltà che ci sono, sapendo che per la salute sono previsti dei livelli essenziali di assistenza, un bilancio vincolato che è però al di fuori del Patto, mentre nel caso dell'assistenza socio-sanitaria non è così. Ciò nonostante, dobbiamo tenere insieme questi due aspetti, altrimenti non si

riesce a dare una prospettiva e a delineare un progetto di lunga durata che permetta di rendere sostenibile il sistema.

Questo per dire - e faccio un passo indietro - che, dopo questa grande riforma, c'è stata un'altra grande riforma, che ha comunque impattato sul sistema sanitario: sto parlando della riforma del Titolo V della Costituzione, con la *deregulation* della materia sanitaria alle Regioni, una *deregulation* talmente importante che ha finito per coprire l'80 per cento del *budget* delle Regioni.

In questa riforma ci sono state luci ed ombre, che tutti conosciamo. Per quanto riguarda in particolare le ombre, mi riferisco principalmente allo splafonamento della spesa sanitaria a livello regionale, da ricondurre essenzialmente ad un problema di *governance*, nonché al fatto che, a seguito della *deregulation*, non c'è più stata la possibilità di avere uno stesso identico livello di assistenza da Milano alla punta estrema del nostro Paese, con il determinarsi così di alcune disparità.

Il fulcro della riforma del Titolo V della Costituzione e delle questioni esaminate nel corso degli ultimi anni dalla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, è stato proprio quello

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

di riequilibrare ciò che non andava bene, trovando dei sistemi per dare attuazione e rendere operativa la riforma stessa. Da qui, dunque, il passaggio dalla spesa storica ai costi *standard*; il concetto di premi e sanzioni e di valutazione degli esiti e, infine, il principio della sussidiarietà e la creazione di una diversa rete di responsabilizzazione dei governatori e dei governanti. Ne è derivata la fase aspra, pesante e difficile del commissariamento di metà del Paese.

Ora siamo in una nuova fase - mi scuso se sto divagando rispetto al tema riguardante il reperimento delle risorse necessarie, di cui dirò tra poco, ma credo che sia importante avere una visione di carattere generale - che consiste nell'andare avanti e nel non tornare indietro, capendo cioè che, dopo che la maggior parte delle Regioni è in piano di rientro e sta trovando un sistema di sostenibilità economico-finanziaria, noi dobbiamo ridisegnare, in accordo con le Regioni, una nuova fase di *governance* dei territori, importando le migliori tra le *best practices* che abbiamo visto realizzate sul territorio nazionale. Da questo punto di vista c'è da dire, infatti, che non siamo all'anno zero. Sembra sempre che si debba cominciare con una nuova riforma, mentre noi dobbiamo proseguire un lavoro, non azzerare e ricominciare daccapo.

Il lavoro che è stato fatto fino ad oggi ci dice che ci sono modelli che funzionano e che si sono rivelati efficienti, sia dal punto di vista finanziario, che sotto il profilo della trasmissione di un servizio di alta qualità ai cittadini. Dobbiamo prendere dunque questi modelli ed esportarli. Anche questo, per la verità, si sta già facendo, sia pur tra mille difficoltà e a macchia di leopardo.

Il nuovo Patto della salute deve quindi servire per offrire la cornice, gli strumenti e la regolamentazione per rendere queste *best practices* - vale a dire il modello del quale ho parlato nella mia relazione - esportabili in tutto il territorio nazionale, tenendo certamente conto dei diversi aspetti, dagli ospedali alla riorganizzazione in ambito territoriale, dalla medicina di iniziativa alla prevenzione, dalla disponibilità dei farmaci a tante altre questioni.

Come si finanzia tutto questo? Dobbiamo partire, innanzitutto, da un fatto e cioè che il nostro Fondo sanitario nazionale è molto consistente, pur essendo stato fortemente stressato: parliamo di un fondo che si attesta in questo momento a 109 miliardi di euro. È necessario, però, fare un ragionamento diverso anche nei confronti del Ministero dell'economia e delle finanze e per questo occorre un atteggiamento diverso, di

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

responsabilità forte e condivisa tra Regioni e Ministero della salute. Il ragionamento di base dal quale dobbiamo partire è quello che dice basta ai tagli lineari, perché il sistema non è più in grado di sopportarli, non ce la può fare, perché i tagli lineari vengono realizzati dall'oggi al domani ed hanno poco a che fare con la forza e la capacità di riorganizzazione. La spesa sanitaria è stata già aggredita; oggi va messa a reddito, va resa cioè più efficiente.

Questo non vuol dire che non ci sono sprechi: i margini di spreco sono enormi. Vi ho fatto prima un esempio di efficientamento legato all'*e-health*: possiamo recuperare moltissimo con la centrale unica di acquisto, così come possiamo recuperare moltissimo in settori che sono marginali dal punto di vista della cura, ma che sono invece essenziali dal punto di vista delle spese (penso, ad esempio, a tutto il settore dei pasti ospedalieri, delle lavanderie, delle pulizie e, più in generale, a tutto ciò che è accessorio).

Si tratta di razionalizzare anche il modo di concepire alcuni interventi, che vanno ovviamente condivisi, perché non è detto che tutto debba essere fatto in tutte le Regioni. Ci possono essere, ad esempio, centri di grandissima eccellenza per aree macroregionali, capaci di attrarre

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

pazienti a livello internazionale: dobbiamo cercare di razionalizzare gli interventi e di raggruppare le eccellenze, potenziando l'assistenza sul territorio. Non si tratta, quindi, di ridurre la spesa, ma piuttosto di riconvertirla all'interno di uno stesso ambito.

Mi rendo perfettamente conto che per fare questo c'è bisogno di una grande azione di *governance* e che occorre investire sulla managerialità e sulla capacità di governo dei processi all'interno della pubblica amministrazione. Da una parte, quindi, bisogna lavorare su questo fronte; dall'altra, è necessario lavorare sul fronte della valorizzazione del personale medico e del personale sanitario, di quegli operatori che devono essere le "gambe" sulle quali si muoverà la nuova fase della sanità nel nostro Paese.

Per fare ciò è necessario un grande patto sociale. Parliamo di idee che sono il risultato di una maturazione avvenuta all'interno della stessa Conferenza Stato-Regioni, tra gli assessori regionali che si occupano di sanità, oltre che tra i direttori generali delle strutture ospedaliere. Ormai chi è sul campo ha capito che occorre una nuova marcia e raggiungere un nuovo livello. Dobbiamo però essere sinergici nel lavoro per produrre questi risultati, che sono risultati economici e di salute. Solo in questo modo si eviterà la mannaia dei tagli lineari o delle procedure di infrazione

per splafonamento della spesa o per mancato controllo delle modalità di spesa dei denari pubblici.

Tutto questo richiede un nuovo Patto per la salute, vale a dire un vero e proprio patto tra governanti dei processi e popolazione.

Per quanto riguarda, invece, la situazione dei giovani medici e delle scuole di specializzazione, su cui quale da parte di molti senatori è stata richiamata l'attenzione, è un tema che mi sta particolarmente a cuore. Stiamo lavorando insieme al ministro Carrozza, che si è dimostrata molto disponibile, per individuare una soluzione immediata che dia una risposta soprattutto agli specializzandi per gli anni che verranno, a cominciare già dal prossimo. Corriamo infatti il rischio di non avere abbastanza specializzati in rapporto al numero di laureati ed in relazione al fabbisogno sul territorio. Spero di riuscire a concludere al più presto questo lavoro, così da poter arrivare ad una soluzione condivisa che possa poi essere portata all'attenzione del Parlamento.

Un discorso analogo riguarda la questione dei precari, sulla quale stiamo lavorando insieme al ministro D'Alia. Abbiamo già predisposto una soluzione condivisa, per la quale stiamo aspettando la bollinatura e la

relativa sostenibilità finanziaria. L'idea non è quella di fare chissà che cosa di eccezionale, ma di trovare dei percorsi, soprattutto per i precari della sanità, che hanno una loro specificità rispetto ad altre professioni, visto che mandano avanti di fatto la maggiore parte delle strutture ospedaliere. Si tratta di lavoratori che non hanno i problemi di altri, nel senso che c'è un rinnovo *sine die* dei contratti, ma c'è sicuramente la necessità di trovare un meccanismo di valorizzazione professionale per queste persone, che devono poter poi intervenire all'interno delle strutture, prevedendo per esse anche un percorso di crescita e di avanzamento.

Per quanto riguarda il blocco del *turn over* - l'altro grande problema che è stato sollevato dai senatori D'Ambrosio Lettieri ed Aiello - come sapete, c'è ad oggi la possibilità, sia pure con procedimenti complessi da parte delle Regioni in piano di rientro, di superare il limite del 15 per cento, laddove ci siano problemi di livelli essenziali di assistenza.

Il piano sarà il luogo in cui giocheremo anche quest'altra partita, cioè quella di stabilire una nuova fase per i piani di rientro, che probabilmente dovranno chiamarsi in altro modo, anche perché a volte i nomi aiutano nell'individuare gli obiettivi. Mi viene in mente una definizione del tipo «piani di rilancio», ma magari troveremo un nome migliore che dia l'idea

di mettere un punto e a capo: siamo arrivati; abbiamo raggiunto questa massa critica. Soprattutto, ricordo che praticamente quasi tutte le Regioni hanno portato a compimento il piano, eccetto qualcuna (senza fare nomi), però c'è ancora un lavoro da fare, in alcune Regioni in maniera incisiva; in altre, invece, stiamo raggiungendo un equilibrio, anche se questo non significa che tutte le Regioni hanno raggiunto buoni livelli essenziali di assistenza. Allo stesso tempo, è necessario capire bene come uscire fuori dal piano di rientro e soprattutto come fare in modo che, una volta usciti, dopo tre o quattro mesi non si debba rientrare. Stiamo cercando di mettere a punto un nuovo meccanismo di accompagnamento, che preveda la fuoriuscita dai piani di rientro. Sicuramente all'interno di questa tematica si inserisce il blocco del *turn over*, che in alcune realtà territoriali italiane è diventato un problema gigantesco, che di fatto sta bloccando il funzionamento di interi reparti ospedalieri e dei pronto soccorso.

In questo campo dobbiamo soprattutto cercare di dare una risposta, congiuntamente alla norma sugli specializzandi, ad una domanda che ci viene dal mondo sanitario, che è molto importante perché è la domanda della capacità di un settore a così alto tasso strategico di immettere, all'interno dei suoi gangli, personale, menti, livelli nuovi, cioè freschezza.

Questo non perché gli altri non siano «freschi», ma per avere quel giusto bilanciamento che c'è tra giovani e meno giovani nello svolgimento di alcune professioni, che hanno, per loro stessa natura, la necessità anche di un passaggio del testimone dai maestri agli allievi. Forse nessun'altra professione ha questo tipo di rapporto come quella medica.

Sempre restando nell'ambito delle professioni mediche, un'altra questione che mi è stata posta con molta intenzione dalla senatrice Bianconi e dai senatori Romano e Simeoni concerne la responsabilità professionale. Nel merito abbiamo avuto importanti novità introdotte dal decreto-legge n. 158 del 2012, anche se, come sappiamo, si tratta di iniziative normative che non stanno risolvendo il problema. Io intendo dare rapidamente corso all'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa perché significa dare risposte concrete e preparare la strada anche per possibili, ulteriori interventi futuri. A tal fine presso il Ministero della salute è stato costituito ed opera un gruppo tecnico, a cui è stato affidato il compito di definire i contenuti del citato regolamento. Parallelamente è stata avviata una riflessione per riconsiderare il tema della responsabilità professionale e della colpa medica, anche ai fini di una nuova proposta legislativa condivisa. Vi renderete conto che abbiamo

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

necessità di trovare soluzioni ad un problema che si sta creando in modo emergente all'interno del mondo medico, e di cominciare a riflettere anche su alcune questioni rimaste fortemente aperte e sulle quali arrivano continui solleciti quotidianamente, ragion per cui non possiamo non occuparcene ed avviare un ragionamento nel merito, così come stiamo facendo.

Un'altra domanda che mi era stata posta dalla senatrice Simeoni riguarda il monitoraggio delle modalità di utilizzo delle risorse da parte dei commissari proposti alle Regioni in piano di rientro, anche questo un argomento di particolare importanza. Possiamo dire che già oggi i commissari si confrontano fortemente con una serie di iniziative di verifica e di monitoraggio piuttosto consolidate. A questo punto, però, la fase che deve cominciare in modo incisivo è proprio quella di tenere conto del monitoraggio dei commissari dal punto di vista finanziario accanto al nuovo progetto «Bilancio LEA». Quest'ultimo credo possa essere di valido aiuto nel monitoraggio come strumento che ci permette di tenere insieme la sostenibilità finanziaria rispetto agli obiettivi dei livelli essenziali di assistenza predisposti dal piano stesso, che all'inizio - ve lo ricordo - si chiamava piano di rientro e di riqualificazione del sistema sanitario regionale.

L'altra questione sollevata in modo incisivo dalle senatrici Dirindin e Petraglia concerne i *ticket*. Spero di essere riuscita a sanare il dubbio che aleggia da tutte le parti, ovvero se, dopo la dichiarazione di incostituzionalità della norma che sanciva un aumento dei *ticket*, ci sarebbero stati tagli lineari per coprire l'ammancio di due miliardi di euro previsti dalla norma medesima. Non ci sono nuovi tagli lineari: in tal senso ho avuto rassicurazioni dal ministro Saccomanni; è la prima questione di cui gli ho parlato all'indomani di quando si è evidenziato il problema dei *ticket*, praticamente due giorni dopo essere stata nominata Ministro, e comunque sia ne abbiamo discusso più volte anche nei giorni scorsi. Il ministro Saccomanni è perfettamente consapevole che non si può operare con i tagli lineari a copertura dei due miliardi previsti; la copertura c'è, dovremo però essere tutti responsabili nell'avviare un processo di recupero di risorse interne, laddove ci sono ancora margini di sprechi, per poter garantire un'ulteriore sostenibilità del sistema.

Un'altra questione estremamente importante - mi riservo di depositare agli atti la relazione stilata dai dirigenti del Ministero - concerne l'iniziativa in materia di farmaci per il diabete, ovvero le terapie incretiniche.

L'Agenzia italiana del farmaco è consapevole dell'impatto epidemiologico e delle implicazioni clinico-assistenziali che il diabete di tipo 2 riveste nell'ambito delle malattie croniche, ed intende garantire i migliori e più appropriati *standard* diagnostici e terapeutici per le persone affette da diabete.

Negli ultimi anni le principali linee-guida nazionali ed internazionali, così come le raccomandazioni terapeutiche delle maggiori società scientifiche internazionali, hanno introdotto, seppur con differente livello di evidenza, le terapie incretiniche (Analoghi GLP1 e Inibitori DPP-4) come terapie di seconda o terza linea, prima dell'avvio alla terapia insulinica. Tuttavia, il ruolo di questi farmaci non è ancora univocamente definito e le diverse linee-guida si differenziano in base al posizionamento ottimale di questi farmaci nella gestione del diabete di tipo 2. Ciò premesso, si segnala che è in corso di definizione, presso l'Agenzia italiana del farmaco, un nuovo piano terapeutico per ottimizzare la prescrizione dei farmaci incretino-mimetici e definirne i criteri di rimborsabilità; il nuovo piano terapeutico è in fase di revisione finale. Mi sembra corretto comunicare che le società scientifiche impegnate nella cura del diabete, nonché le organizzazioni dei pazienti, sono state coinvolte in tale lavoro dall'Agenzia,

12^a Commissione

Resoconto stenografico n. 3

Seduta n. 20 del 04/07/2013

Sede CG 0037

ed inoltre che la necessità di revisionare il piano terapeutico dei farmaci incretino-mimetici, deriva dalle valutazioni effettuate sui registri di monitoraggio AIFA e dall'esigenza di valutare i rischi/benefici connessi a questo tipo di terapia, alla luce delle recenti evidenze scientifiche che ne sottolineano i potenziali rilevanti effetti collaterali nel lungo periodo. Rimanendo sempre nel tema, osservo che è attualmente in corso, a livello sia scientifico sia regolatorio, anche in ambito internazionale, un intenso dibattito relativo al profilo di sicurezza dei farmaci incretino-mimetici. Appare pertanto opportuno da parte dell'AIFA perseverare in un atteggiamento di cautela, al fine di garantire la sicurezza dei pazienti in trattamento con questi farmaci.

Vi lascio inoltre le risposte scritte alle domande che mi erano state poste dalla senatrice Granaiola in materia di sanità penitenziaria e per avere maggiori ragguagli sulle regolamentazioni dei farmaci orfani, dal senatore D'Anna sull'impegno del Ministro a riproporre le norme di cui all'atto Senato n. 2935, dalla senatrice Bianconi sullo *screening* e dal senatore Lanièce sulla riorganizzazione dei servizi che coinvolgono i medici e la medicina generale. Mi riservo altresì di rispondere per iscritto alle altre ulteriori questioni che mi verranno poste dai senatori.

<i>12^a Commissione</i>	<i>Resoconto stenografico n. 3</i> <i>Seduta n. 20 del 04/07/2013</i>	<i>Sede CG 0037</i>
-----------------------------------	--	---------------------

Mi dispiace del poco tempo a disposizione, spero di essere stata sufficientemente esauriente, ma penso che nel prossimo futuro avremo molte occasioni di vederci per confrontarci sul nuovo patto per la salute e per verificare i dati del nuovo bilancio LEA, che sarà sicuramente estremamente interessante per tutti.

Ringrazio la Presidente e anche voi senatori. So che lavoriamo tutti con gli straordinari in una difficile programmazione dei lavori, ma mi sembra che il lavoro che stiamo facendo con le Commissioni sia fondamentale anche per avviare questo nuovo metodo che spero ci porti buoni risultati.

PRESIDENTE. Ringraziando il Ministro e tutti i senatori, dichiaro concluse le comunicazioni del Ministro della salute sulle linee programmatiche del suo Dicastero.

I lavori terminano alle ore 15.