

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

1.

SEDUTA DI MARTEDÌ 27 GIUGNO 2006

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MIMMO LUCÀ**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Dioguardi Daniela (RC-SE)	24
Lucà Mimmo, <i>Presidente</i>	3	Garavaglia Massimo (LNP)	20
Audizione del ministro della salute, Livia Turco, sulle linee programmatiche del suo dicastero (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento):		Gardini Elisabetta (FI)	13
Lucà Mimmo, <i>Presidente</i>	3, 4, 14, 22, 24, 25	Lucchese Francesco Paolo (UDC)	3
Astore Giuseppe (IdV)	23	Pellegrino Tommaso (Verdi)	17
Burtone Giovanni Mario Salvino (Ulivo) .	21	Poretti Donatella (RosanelPugno)	15
Cancrini Luigi (Com.It)	19	Turco Livia, <i>Ministro della salute</i>	4, 13, 23
Di Virgilio Domenico (FI)	3	Volonté Luca (UDC)	14, 25
		Zanotti Katia (Ulivo)	3, 21
		ALLEGATO: Linee programmatiche di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini	27

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: L'Ulivo: Ulivo; Forza Italia: FI; Alleanza Nazionale: AN; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; UDC (Unione dei Democratici Cristiani e dei Democratici di Centro): UDC; Lega Nord Padania: LNP; Italia dei Valori: (IdV); La Rosa nel Pugno: RosanelPugno; Comunisti Italiani: Com.It; Verdi: Verdi; Popolari-Udeur: Pop-Udeur; Democrazia Cristiana-Partito Socialista: DC-PS; Misto: Misto; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.ling.; Misto-Movimento per l'Autonomia: Misto-MpA

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MIMMO LUCÀ

La seduta comincia alle 14,05.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della salute, Livia Turco, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, l'audizione del ministro della salute, senatrice Livia Turco, sulle linee programmatiche del suo dicastero.

Do il benvenuto al ministro a nome mio e di tutta la Commissione e lo ringrazio per aver aderito tempestivamente al nostro invito. Seguiranno altre audizioni, con altri ministri, le cui competenze afferiscono al lavoro di questa Commissione. Faccio presente che, dopo la relazione, sui temi oggetto dell'audizione i deputati potranno esprimere considerazioni e formulare domande.

Non vi sono limiti temporali agli interventi dei commissari. Tuttavia, il buon senso richiede di mantenersi entro limiti compatibili con l'esigenza di proseguire i nostri lavori sugli altri argomenti all'ordine del giorno.

Per quanto riguarda la seduta odierna, dovendo allontanarsi alle ore 16 il mini-

stro ha dato la propria disponibilità a proseguire l'audizione nella giornata di domani.

Invito, pertanto, i colleghi a contenere i tempi dei loro interventi, al fine di consentire la più ampia partecipazione al dibattito. Salutiamo anche il sottosegretario Giampaolo Patta, che ringraziamo per la presenza.

DOMENICO DI VIRGILIO. Signor presidente, vorrei intervenire sull'ordine dei lavori e, comunque, non prima di aver dato il benvenuto al ministro e al sottosegretario.

A nome del gruppo di Forza Italia propongo che, terminata la relazione del ministro, il seguito dell'audizione sia rinviato ad altra seduta, in modo da consentire ai membri della Commissione di approfondire i contenuti della relazione. A tal proposito disporre del testo stampato sarebbe estremamente utile.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Vorrei ringraziare il ministro Turco per essere qui con noi. Abbiamo già avuto un'esperienza di Governo precedente, in occasione della quale abbiamo collaborato bene, cosa che speriamo avvenga anche in questa legislatura.

Poiché saremo molto attenti a quello che ci dirà il ministro, e volendo approfondirlo, ritengo utile accogliere la richiesta dell'onorevole Di Virgilio di affrontare la discussione domani.

KATIA ZANOTTI. Anche io vorrei rivolgere un augurio di buon lavoro al ministro Livia Turco.

Il mio gruppo è disponibile a proseguire l'audizione nella giornata di domani, accogliendo anche un'esigenza di appro-

fondimento della relazione, che viene dai parlamentari dell'opposizione, purchè, qualora i tempi lo consentano, sia data la possibilità di intervenire ai deputati che desiderino farlo subito dopo la relazione del ministro.

PRESIDENTE. Ritengo si possa procedere secondo buon senso, consentendo nella giornata odierna gli interventi compatibili con gli impegni del ministro e rinviando a domani, alle 14, il seguito dell'audizione.

Do ora la parola al ministro della salute, Livia Turco.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Innanzitutto rivolgo un saluto a tutti i componenti della Commissione. Lascero agli atti un testo scritto, cui farò riferimento nella mia illustrazione, che non sarà così approfondita come il testo al quale rinvio.

Vorrei partire da una premessa. La mia esperienza parlamentare e la precedente attività di governo mi suggeriscono di attribuire grande importanza al dialogo e al confronto costante in Parlamento. Per questo mi assumo l'impegno a fare in modo che il rapporto con questa Commissione e con la sua omologa del Senato da parte mia e dei sottosegretari sia, in tal senso, il più produttivo possibile.

La consapevolezza della centralità del Parlamento mi ha suggerito di utilizzare questa sede per illustrare in modo compiuto i programmi e gli obiettivi del Ministero della salute in base ai compiti affidati.

Nel corso di questo mese e mezzo di attività, ho avuto modo di parlare di singole questioni sulle quali stiamo lavorando, ma non c'è alcuna mia intervista che parli dell'attività complessiva del Ministero. Questa è la prima sede in cui lo faccio.

Il punto di riferimento del mio mandato è sicuramente il programma dell'Unione, ma non solo. Ciò che vi illustrerò in questa sede è il frutto anche di quanto ho avuto modo di ascoltare in questo mese e mezzo da parte delle tante preziose

competenze che ci sono al Ministero; è il risultato del confronto di esperienze con le regioni, con il governo locale, con i medici, con le professioni sanitarie, con il mondo dell'impresa, dei sindacati e del volontariato, con la Chiesa e con i singoli cittadini.

L'ascolto proseguirà, in modo intenso, nel mese di luglio e rappresenterà una costante del nostro lavoro. Il fine ultimo è quello di contrarre un « patto per la salute ». Un vero e proprio *new deal* per la sanità italiana, che sappia raggiungere e coinvolgere tutte le componenti del sistema, finalizzandone l'operato verso un unico grande obiettivo.

Il nuovo « patto per la salute » è l'obiettivo per il raggiungimento del quale intendiamo lavorare. Il che significa ridefinire modi e forme del sistema, perché esso sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini, ma che sappia anche considerare la produzione del benessere della salute come principale baricentro delle nostre politiche.

A bisogni di salute sempre più crescenti devono, infatti, corrispondere investimenti adeguati sull'insieme delle strategie comprese tra la prevenzione della malattia, la responsabilizzazione dei cittadini ed il controllo complessivo dei diversi determinanti della salute.

Occorrerà, quindi, programmare una riconversione graduale degli indirizzi di spesa all'interno del sistema sanitario e dare luogo, nel contempo, a politiche sempre più integrate, che si sviluppino attraverso un vero e proprio piano di azione interministeriale.

A questo punto, avanzo la prima proposta sulla quale vorrei lavorare insieme alla Commissione, in quanto si tratta sicuramente di una novità significativa per il nostro paese: non intervenire soltanto sul sistema sanitario in quanto tale, ma mettere a punto un vero e proprio programma interministeriale per la promozione e l'equità nella salute, che sia coerente con l'affermazione che tante volte abbiamo fatto, vale a dire che la salute è connessa non solo al sistema sanitario, ma anche ai cosiddetti determinanti della salute.

Poiché tale iniziativa è stata avviata in alcune realtà locali, pensiamo sarebbe una grande forma di indirizzo, una grande assunzione di responsabilità predisporre un programma interministeriale che agisca sui determinanti della salute.

Un « patto per la salute » deve essere orientato attorno ad alcune parole chiave, di cui ho ricevuto molte conferme in un giro di ascolto dei tanti soggetti che prima menzionavo.

La prima parola chiave è: fiducia. Sentiamo di dover creare un rapporto di fiducia fra i cittadini e il sistema sanitario. Questo significa avere, come inderogabile punto di riferimento, il cittadino, la sua dignità, la sua concreta condizione di vita; il cittadino come portatore di diritti, ma anche di doveri. Ci piace parlare del « dovere di non ammalarsi », non soltanto del diritto alle prestazioni. Con questa espressione, vogliamo mettere in risalto le competenze del cittadino e l'importanza di una politica di promozione della partecipazione del cittadino, che ne valorizzi la responsabilità e, appunto, le competenze.

La fiducia poi si costruisce conoscendo e valorizzando la buona sanità, compito questo quasi etico che attribuisco al Ministero. Infatti non si può parlare soltanto di malasanià; bisogna guardare a quella che funziona, per ricreare fiducia nei cittadini, preconditione per promuovere quel diritto alla salute che è il fondamento di un'efficace azione di governo, sicuramente, di quella del centrosinistra, che, nella difesa del servizio sanitario pubblico, universalistico e solidale, ha il suo punto di riferimento essenziale.

Fiducia significa anche generare fiducia, attraverso la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità di chi opera nella sanità e la condivisione di un progetto comune. Anche per questo — ed è la seconda proposta che avanziamo —, a fine ottobre, vorremmo promuovere gli stati generali degli operatori e delle operatrici della salute per discutere e condividere i valori e le scelte di questo nuovo patto per la salute, nella consapevolezza che la sa-

nità italiana ha bisogno di serenità, di certezze di valori, di regole e di migliorare dall'interno la sua qualità.

La sanità italiana è una casa solida, che va ristrutturata, abbellita, resa più accogliente ed equa, attraverso il concorso di tanti e di tante, soprattutto di quelli che lavorano, a vario titolo, al suo interno.

La seconda parola chiave è la qualità. Si tratta di un principio trasversale che deve ispirare ogni atto sanitario, ma anche ogni procedura gestionale ed amministrativa. La qualità nella sanità riguarda non solo gli aspetti squisitamente clinici, ma anche quelli connessi con un'organizzazione e una catena di governo efficienti e in linea con gli obiettivi di salute prefissati.

In un recente incontro promosso dalle ASL di Bologna, ho avuto modo di avere riscontro dell'importanza e del valore dell'organizzazione e delle modalità di lavoro. Il tema dell'organizzazione del lavoro, del lavoro a rete, del superamento della gerarchia è stato uno degli elementi indicati come volano non soltanto di qualità, di efficacia delle prestazioni, ma anche di uso oculato delle risorse.

La terza parola chiave è: umanizzazione. Si riassume fondamentalmente nella capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico-assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e *comfort* con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino.

Per questo, stiamo verificando la possibilità di riprendere anche il progetto « ospedale modello », avviato dall'ex ministro Veronesi nel 2000, al fine di valutare, insieme alle regioni, la possibilità di mettere in rete le intuizioni e le soluzioni innovative in esso contenute.

Altro concetto chiave è: unitarietà del sistema. Su questo pongo una particolare enfasi anche per dire che, se si chiede al ministro della salute quale sia in questa fase il suo compito precipuo, la sua inderogabile missione, la risposta è sempre l'unitarietà del sistema che, in termini pratici, comporta un impegno e un onere molto preciso, vale a dire non acconten-

tarsi delle leggi scritte, degli indirizzi definiti, ma darsi gli strumenti per verificare, di volta in volta, come questi indirizzi diventino diritti per i cittadini.

L'altra parola chiave è: responsabilità. Nella sanità si vince la battaglia per il risparmio e per tenere i conti pubblici in ordine, soltanto se il criterio guida di ogni attore — dai medici, ai cittadini, ai manager — è quello della responsabilità: nella prescrizione (la battaglia per le liste d'attesa è molto legata a questo), nella valorizzazione dell'autonomia della professione di ciascun attore, nell'appropriatezza della lotta agli sprechi. Ed in questo siamo tutti impegnati: i medici ospedalieri, quelli di famiglia, i singoli cittadini.

Vorrei richiamare un esempio, che mi ha molto colpito: la moltiplicazione delle prescrizioni di esami diagnostici inutili da parte del medico, ma anche, molte volte, il mancato ritiro dei relativi referti da parte del cittadino. Questo è un aspetto di quella responsabilità che forse bisogna mettere in risalto per promuovere davvero un efficace diritto alla salute.

Vi è poi la legalità e la cultura dei risultati. Dobbiamo adottare degli indicatori per il monitoraggio, che possano dare informazioni in tempo reale sull'appropriatezza, la qualità e il rispetto di un corretto rapporto costi-benefici. La cultura del risultato è quella che manca nel nostro paese, e credo sia quella sulla quale insistere, dotandoci, però, della strumentazione necessaria.

Vi è poi una politica delle alleanze: se la salute è un grande investimento, e non un costo, come ha detto il Presidente del Consiglio, allora bisogna che tutti gli attori economici e sociali — non soltanto il soggetto pubblico, quindi — concorrano alla promozione di questo bene.

Tuttavia, la costruzione di larghe alleanze significa anche che tutti gli attori devono essere coinvolti, giorno per giorno, nella costruzione delle politiche. Per questo intendo adottare presso il Ministero della salute alcuni strumenti di dialogo costante con i medici, con le professioni sanitarie, con il volontariato, con i sindacati e con le imprese.

Ancora un altro concetto chiave è: l'Europa e il mondo. Dobbiamo costruire una nuova politica di relazioni, costituendo una presenza costante e qualificata dell'Italia nelle sedi europee, nelle organizzazioni di cooperazione internazionale, promuovendo un programma di *partnership* internazionale nei vari paesi del mondo, a partire dal potenziamento della rete degli ospedali italiani all'estero, quale bandiera, ma anche quale occasione di sviluppo e promozione di opportunità del nostro sapere medico, scientifico, assistenziale e gestionale negli altri paesi del mondo.

I riferimenti normativi fondamentali nella sanità sono: l'articolo 32 della Costituzione, la legge 23 dicembre 1978, n. 833, la riforma costituzionale che prevede la competenza concorrente delle regioni nella definizione dei livelli essenziali di assistenza e il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Non credo vi sia bisogno di nuove leggi in sanità: questa legislazione è e sarà il punto di riferimento del nostro lavoro.

Come dicevo, quel che è importante è il governo del sistema, che ha bisogno di due motori: il primo vede lo Stato e le regioni impegnati in un'azione concorde, in una concertazione quotidiana. Parlare di governi regionali e locali significa parlare di sussidiarietà, che non rappresenta soltanto il trasferimento di un livello istituzionale, ma vuol dire anche partecipazione della comunità. Per questo, crediamo sia davvero importante governare con le regioni e con i vari attori economici e sociali. Ma non c'è dubbio che esiste una responsabilità primaria dell'istituzione, perché regioni e Governo nazionale sono un unitario soggetto istituzionale.

Ed è proprio perché intendiamo in questo modo il rapporto istituzionale con le regioni e così vogliamo praticarlo, che il primo atto del Ministero è stato quello di istituire un tavolo permanente di consultazione con le regioni — ci sono già stati due incontri, altri ce ne saranno nel mese di luglio —, al fine di affrontare tutte le questioni a partire da quelle più rilevanti, che saranno al centro del prossimo DPEF,

che riguarderà la definizione di regole e risorse certe per il sistema sanitario pubblico, universalistico e solidale.

L'altro motore del governo del sistema è il superamento della cattiva politica. Questo è un punto che sta particolarmente a cuore al Presidente del Consiglio. Lo esplicito, perché mi ha dato su questo un mandato particolare, ossia fare in modo che, nella sanità, sia superata sempre più la cattiva politica e sempre più siano valorizzati talenti e capacità.

L'abrogazione di quella norma che prevedeva che i parlamentari e i consiglieri regionali potessero fare i direttori delle ASL, è stato un fatto simbolico nel segno di un indirizzo sul quale vogliamo essere molto determinati.

Il sistema sanitario ha delle risorse che noi vogliamo valorizzare. Il primo modo è dare alla sanità un assetto finanziario certo. Vengo così alla fase più delicata che stiamo vivendo. Si tratta di un passaggio delicatissimo per la situazione economica e sociale del paese, che richiede a tutti, non solo al Governo, di coniugare una politica di rigore, di messa a posto dei conti pubblici, ad una politica di equità e di crescita.

Per questo, abbiamo proceduto fin da subito verso la sottoscrizione con le regioni di un nuovo « patto per la spesa sanitaria », capace di traghettare il sistema verso una stagione di certezze e stabilità di governo, ormai avvertita come priorità assoluta da tutte le regioni italiane, senza distinzione di colore politico o di collocazione territoriale. Il dialogo per la definizione del patto è in pieno svolgimento, e ci sarà un incontro nei prossimi giorni proprio sul tema del DPEF. In quest'aula, essendo una sede istituzionale rilevante, la più appropriata, vorrei anticipare gli orientamenti che il Ministero della salute intende condividere con le regioni e con il Governo nel suo complesso e che sono stati anche rappresentati al Ministero dell'economia e delle finanze.

Al primo punto di questo patto vi è l'esigenza di avere una valutazione condivisa con le regioni del fabbisogno di spesa, anche attraverso un attento riesame del-

l'appropriatezza dei LEA e tenendo conto del consuntivo di spesa dell'anno 2006.

Bisogna avere — e siamo al secondo punto — e dare al sistema certezze di risorse finanziarie, individuando, per il triennio 2007-2009, nel 6,6 per cento del PIL un punto di partenza per la programmazione dei piani delle politiche regionali, cui affiancare un fondo straordinario per le regioni che presentano grandi criticità finanziarie, con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009.

Il terzo punto è il riconoscimento e la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità del governo regionale, cancellando vincoli unidirezionali ed imposti e liberando la possibilità di ricorso all'autonomia impositiva locale.

Il quarto punto è la valutazione dell'andamento della spesa e del raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso la costituzione di un organismo bilaterale Governo-regioni, per il monitoraggio costante in corso d'opera, incentrato sulla dinamica di specifici indicatori di risultati.

Questi quattro punti (lo dico per obiettività e non per polemica) sanciscono una discontinuità rispetto alla precedente azione di Governo. In essa abbiamo avuto non una valutazione condivisa del fabbisogno, ma una politica di vincoli e nessun monitoraggio della spesa. Tant'è che ci troviamo nel 2006 con uno sfondamento della spesa sanitaria. Su questo vogliamo sancire una netta discontinuità.

I termini concreti di un accordo sulla sostenibilità del sistema sanitario possono essere i seguenti: lo Stato si impegna a ridefinire entro l'anno il sistema di finanziamento, in modo da dare certezze circa le risorse destinate al servizio sanitario, su un arco pluriennale ragionevole.

Le regioni vengono chiamate ad un'assunzione forte di autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio. Se una regione ottiene guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, può utilizzarli a sua discrezione, secondo indirizzi che la regione stessa si dà. Se non li ottiene, deve finanziare le spese eccedenti con risorse proprie. Dobbiamo cioè mettere fine — nella pratica, non soltanto nelle afferma-

zioni di principio — alla cosiddetta politica del piè di lista. Infatti, se non si inaugura una assunzione di responsabilità, di autonomia e, nello stesso tempo, di certezze per le regioni, non si attueranno mai quei meccanismi virtuosi essenziali per dare serenità al diritto alla salute.

Il nuovo sistema di finanziamento, secondo noi, dovrebbe comporsi di una parte ordinaria, che assicura risorse adeguate ai costi dei LEA nelle regioni che hanno risultati migliori, e di una parte, scorporata dalla prima, che sia esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle regioni meno virtuose. Questa seconda parte dovrà prevedere un percorso di rientro — quindi dovrà ridimensionarsi rapidamente nel tempo —, e dovrà essere condizionata alla realizzazione effettiva delle azioni di efficientamento, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi e l'utilizzo pieno delle leve fiscali di competenza regionale.

Per questo, per alcune regioni — ed è stato chiesto dagli stessi governatori delle regioni — è importante l'affiancamento da parte del livello di Governo centrale, fino al conseguimento degli obiettivi di rientro stabiliti, che, per quanto ci riguarda, coincidono non soltanto con il contenimento della spesa, ma anche con l'affermazione di obiettivi di salute: infatti realizzare la riconversione tra ospedale e territorio è un grande obiettivo di salute, oltre che di contenimento della spesa. Questo è il senso del patto finanziario che vogliamo realizzare.

L'altra importantissima risorsa del sistema da valorizzare è quella della professionalità. Sappiamo — e questa Commissione, nella precedente legislatura, ha affrontato la questione — che le straordinarie professionalità del nostro sistema, oggi, vivono una crisi in termini di ruolo, di potenzialità di innovazione, di assunzione di responsabilità, di garanzia di autonomia nell'esercizio del proprio lavoro.

Per questo, individuiamo alcune priorità per gli operatori del sistema sanitario. La prima è sviluppare quel governo clinico e assistenziale che ne responsabilizzi

l'esperienza, allo scopo di orientare il sistema verso l'obiettivo prioritario della soddisfazione dei bisogni del cittadino, attraverso modalità di intervento, basate sulla qualità e l'appropriatezza delle prestazioni e dei percorsi terapeutici assistenziali.

L'altro impegno che ci assumiamo e per il quale stiamo lavorando con il sottosegretario Patta, qui presente, e con i sottosegretari Zucchelli e Gaglione, è quello di dare piena applicazione alla legge 1° febbraio 2006 n. 43 sulle professioni sanitarie: abbiamo costituito un tavolo di lavoro per attuare la delega al Governo finalizzata all'istituzione degli ordini e degli albi professionali relativi.

La terza grande priorità sulla quale ci accingiamo a lavorare è la riforma del sistema di educazione continua in medicina.

La quarta questione è rappresentata dalla necessità di superare forme di lavoro atipiche, che mascherano spesso un vero e proprio precariato, o addirittura un lavoro nascosto, come nel caso dei medici specializzandi. Il precariato in sanità è grave per due ragioni: per chi vive la situazione di precarietà, ma anche per la qualità delle prestazioni erogate ai cittadini.

Vogliamo poi — siamo al quinto punto — costruire un nuovo sistema concorsuale per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie, che sappia coniugare la necessità di trasparenza nelle nomine, di competenza dei candidati e di massima condivisione nelle scelte, con la funzione di responsabilità decisionale, che riteniamo debba rimanere in capo agli organismi gestionali delle aziende, ma secondo criteri molto precisi, che prevedano le caratteristiche del posto messo a concorso da definire nel bando, i titoli di carriera a carattere generale posseduti dal candidato, i titoli specifici per il posto messo a concorso, l'attività scientifica e le pubblicazioni del candidato e, soprattutto, la verifica e la valutazione dell'operato in base ai risultati ottenuti nell'esercizio dell'incarico.

Sul tema del governo clinico e sul tema della trasparenza in sanità, vorremmo la-

vorare ad un provvedimento legislativo (una delle pochissime norme che intendiamo presentare in questa legislatura). L'altra risorsa del sistema sanitario, come dicevo, è rappresentata dalla partecipazione. Abbiamo istituito un tavolo di lavoro con i sindacati e con il mondo delle imprese.

A questo proposito, mi piace sottolineare la novità intervenuta all'interno del mondo delle imprese, che ha superato un approccio liberista e parla di sanità come grande investimento. E le cifre illustrate da Confindustria — che non è sospetta di essere un partito della spesa pubblica — ne sono la più lampante testimonianza. Tutto ciò conferma il fondamento di quanto dichiarato dal Presidente del Consiglio; ossia guardare alla sanità come ad un grande comparto di sviluppo economico e sociale del nostro paese.

Per questo, vorremmo, come risorsa del sistema, portare avanti un dialogo con i sindacati, con il mondo delle imprese, oltre che con il volontariato e con tutte le associazioni di tutela dei cittadini.

Il cittadino, perno del sistema, deve condurre ad una riflessione concreta e ad un'innovazione, anche rispetto alle tante carte scritte e agli strumenti finora adottati. Per esempio, guardiamo con attenzione al fatto che, in molte realtà locali, è stata introdotta la rendicontazione nei confronti dei cittadini da parte del soggetto pubblico. Penso che questo dovrebbe diventare un vero e proprio asse strategico dell'azione del governo della salute. Quindi, piani strategici, linee di indirizzo, programmi, attività effettivamente svolte, risultati conseguiti, bilancio di missione.

La partecipazione del cittadino, dunque, non deve ridursi ad una chiamata ogni tanto a dire la propria, ma, in qualche modo, deve essere incorporata nel sistema.

Pensiamo che, per segnalare la volontà di ricercare queste strade nuove, sia anche importante fare di quello della salute un Ministero accogliente, disponibile a prestare ascolto al mondo del volontariato, dell'associazionismo e delle associazioni di tutela, che sono tantissime. Per questo,

vorremmo costituire una consulta permanente delle associazioni, dopo l'incontro che faremo a settembre con tutte le associazioni, alla preparazione del quale stiamo lavorando.

Un'altra grande risorsa della sanità, troppo trascurata, è quella della ricerca. Vogliamo lavorare per un piano triennale di governo nella ricerca sanitaria, scientifica, tecnologica e sui servizi, tenendo conto delle priorità dell'Unione europea. La politica della ricerca ha bisogno non soltanto di risorse, ma anche di criteri nuovi. Anche su questo abbiamo ritenuto di dover cambiare musica. Abbiamo riformulato, in accordo con le regioni, il decreto che stanziava 100 milioni di euro per la ricerca oncologica. Per consentire a tutti i soggetti di concorrere a questa ricerca, abbiamo voluto valorizzare il metodo dei bandi pubblici. Infatti la ricerca in sanità non interessa soltanto Milano e Roma. Qui ci sono grandi centri d'eccellenza, ma ve ne sono anche nel Mezzogiorno e in tante altre parti d'Italia.

Bisogna, quindi, che nella ricerca ci siano non soltanto più risorse, ma che queste siano utilizzate con criteri adeguati, che sono quelli della competenza e del merito. Una ricerca che sia applicata alle patologie, ai nuovi bisogni di salute, ma anche al sistema sanitario pubblico, perché se questo non si avvale di una attività costante di innovazione e di ricerca, invecchia, impoverisce, diviene inefficace.

Riteniamo, inoltre, come altra grande risorsa del sistema sanitario, di dover definire una nuova politica farmaceutica — per essere breve vi rinvio al testo —, e di affrontare alcune criticità del sistema.

La prima è quella delle liste d'attesa, tema sul quale è molto facile fare propaganda. Molto più difficile, invece, è ottenere risultati. Per questo, ho ritenuto di non parlare delle liste di attesa, ma di utilizzare quanto è stato fatto. Non ho difficoltà a riconoscere che, nel precedente Governo, la questione era stata affrontata con un provvedimento. Sarebbe stato sbagliato se, per un desiderio di pura discontinuità, avessi vanificato il lavoro fatto,

tradotto in un accordo fra le regioni per il contenimento delle liste d'attesa. Ritengo doveroso, da parte del Governo attuale, fare il punto con le regioni — cosa che faremo nel mese di luglio —, per verificare quali risultati ha ottenuto quell'accordo sul contenimento delle liste di attesa. Su questo, penso che dovremmo applicare quel principio di monitoraggio e di valutazione dei risultati richiesto per realizzare un effettivo diritto alla salute.

Sarà importante valutare gli effetti delle attività di contenimento delle liste di attesa non soltanto nelle regioni più prevedibili, ma in tutte le regioni, a partire da quelle più in difficoltà sul fronte del diritto alla salute dei cittadini. Dunque, il compito che mi assumo riguardo questa relevantissima criticità è quello di verificare i risultati dell'accordo tra le regioni, per valutare cosa si può fare di più e meglio, soprattutto in termini di informazione nei confronti dei cittadini, di promozione della responsabilità della professione medica, di battaglia per l'appropriatezza. Infatti, mi pare di aver capito che la questione delle liste di attesa sia specificamente un problema di appropriatezza.

Altra criticità è l'autosufficienza nel Mezzogiorno. Il tema di come il Mezzogiorno debba mettersi al passo con l'Europa è una sfida importantissima per realizzare l'unitarietà del sistema. Anche qui vi rinvio al testo scritto. È una questione sulla quale ci siamo impegnati molto e vogliamo continuare a farlo. In questa sede, vorrei sottolineare soltanto un punto che mi sta molto a cuore. Su questo tema abbiamo lavorato parecchio quando eravamo all'opposizione (ricorderete un disegno di legge, primo firmatario Massimo D'Alema, proprio sulla sanità nel Mezzogiorno). Il Mezzogiorno ha bisogno di grandi investimenti; per ammodernare le tecnologie, le strutture, la rete ospedaliera e, soprattutto, per realizzare la medicina del territorio.

Dunque è un problema non solo di livelli essenziali di assistenza, ma anche di ammodernamento della rete sia ospedaliera sia della medicina del territorio.

L'ammodernamento della sanità nel Mezzogiorno richiede risorse certe, ma anche un sostegno alle capacità progettuali e di spesa. Ricordo che, nella precedente legislatura, il Senato svolse un'importantissima indagine conoscitiva sulla sanità nel Mezzogiorno, da cui è emerso che il problema cruciale era la capacità di progettazione e di spesa.

Su questo fronte abbiamo due impegni. Riteniamo indispensabile che nel Documento di programmazione economico-finanziaria si parli di investimenti nella sanità del Mezzogiorno, ma non solo: servono investimenti per tutta la sanità. Investimenti nelle tecnologie, nelle strutture, nelle professionalità. Inoltre, pensiamo sia utile predisporre degli accordi di programma tra regioni, tesi ad attivare uno scambio di professionalità e di esperienze realizzate. Cito un esempio che mi ha molto colpito: la regione Sardegna, che ha una grande arretratezza per quanto riguarda il tema della salute mentale, ha sottoscritto un gemellaggio con la regione Friuli, che vanta, invece, esperienze particolarmente innovative in questo ambito. Ebbene, questa è una metodologia che vorremmo diffondere.

Non posso poi non parlare delle carenze e delle diseguaglianze in oncologia. Come potrete rilevare nel testo scritto, ci sono carenze che riguardano i servizi essenziali di radioterapia, l'assistenza domiciliare, la terapia del dolore. Ho ritenuto doveroso verificare se ci fossero risorse stanziare e non spese, che, per quanto riguarda l'oncologia, abbiamo trovato sia con riferimento alla radioterapia, sia per la realizzazione di strutture per le cure palliative.

Infine, c'è una innovazione importante che vorremmo realizzare: la costruzione della medicina del territorio. Anche qui, per evitare di dilungarmi, sintetizzo quanto è scritto nel testo. Va costruita la medicina delle cure primarie e l'integrazione sociosanitaria, facendo in modo che questa non sia una delle tante priorità, ma il cambiamento significativo da realizzare in un tempo certo. Quindi, da parte del Ministero della salute occorre avviare

quell'azione di indirizzo, di monitoraggio e di valorizzazione dei risultati ottenuti sul territorio.

Questo è un punto che mi sta particolarmente a cuore. Sono infatti convinta che sia doveroso da parte di chi governa fare riferimento al programma, a ciò che ha imparato, ma che ci metta anche qualcosa di suo: ed io avverto come decisiva la costruzione della medicina delle cure primarie e dell'integrazione sociosanitaria.

Per dirvi quanto sia innovativa tale questione per la sanità, vi faccio presente che nella importante e bella struttura del Ministero della salute, vi sono tantissimi uffici, tantissime commissioni, ma manca una direzione sull'integrazione sociosanitaria e sulla promozione delle cure primarie, che è ciò che voglio realizzare.

Intendiamo, altresì, promuovere la prima conferenza delle cure primarie, perché ci sembra importante analizzare le criticità del sistema delle cure primarie della medicina del territorio e definire un modello di intervento — anche se forse non è l'espressione migliore —, un sistema che parta dalla riflessione con tutti gli attori (medici di famiglia, operatori dei distretti, altre figure professionali) su come mai questa medicina del territorio non è decollata e sulle relative ragioni, non soltanto con riferimento alle risorse, ma anche in termini di organizzazione delle professionalità e in termini simbolici, per cui, quando ad un cittadino gli parli di ospedale sa di cosa parli, quando gli parli di medicina delle cure primarie non capisce bene cosa sia.

Dunque, vorremmo fare questa prima conferenza nazionale, per valutare le buone pratiche, i risultati positivi, le esperienze, per comprenderne le criticità e per ragionare insieme su un progetto condiviso. A noi piace molto l'idea di una « casa della salute », che metta insieme tutto ciò che c'è sul territorio, che però oggi risulta disperso. Mi ha molto colpito la riflessione di un responsabile di un distretto avanzato, che sollecitava di prestare attenzione al fatto che la difficoltà della medicina del territorio non è legata solo alle risorse, ma

è dovuta al fatto che viene considerata, anche simbolicamente, una medicina povera. C'è un problema di organizzazione, di « pezzi » che fra loro non si parlano.

Da qui, l'idea di costruire una « casa della salute », che metta insieme, che riorganizzi, che chieda ai medici di medicina generale un patto di diritti e doveri, che costruisca un lavoro a rete, che, ovviamente, implementi questa medicina anche dal punto di vista delle risorse: mi pare un'innovazione importante. Mi piace l'idea di una « casa della salute », come messaggio entro il quale raccogliere la medicina del territorio.

Non v'è dubbio che un sistema di cure primarie ha bisogno di una integrazione con la rete ospedaliera, che deve proseguire la sua innovazione, puntando sull'alta specialità, riconvertendo i piccoli ospedali in RSA, in *day hospital*, in centri di cure primarie. Insomma, integrando medicina del territorio e ospedale.

Abbiamo poi inserito nel programma quattro importanti voci concernenti la sicurezza: delle cure, dei luoghi di lavoro e dell'ambiente domestico — sui quali pensiamo di dover svolgere un importante lavoro legislativo, in accordo con gli altri ministeri competenti —, ambientale ed alimentare. Su questo, però, vi rinvio al testo scritto.

Concludo sugli interventi già avviati o che avvieremo nei prossimi mesi. Il primo riguarda la salute della donna, la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato. Stiamo lavorando — non è la prima volta che lo dico, ma lo faccio per confermarvi un impegno — per l'elaborazione di un livello essenziale di assistenza concernente l'analgesia epidurale, che, ad oggi, non è un livello essenziale di assistenza davvero esigibile. Siamo impegnati per realizzarlo, però pensiamo che questo da solo non risolva la vera sfida, che è quella di consentire alle donne l'esperienza, sempre e comunque per scelta, del parto fisiologico.

Per questo, vogliamo accompagnare questa definizione del livello essenziale di assistenza con l'aggiornamento del pro-

getto materno infantile, che aveva avviato Rosy Bindi. Nei prossimi giorni, porterò in Consiglio dei ministri un disegno di legge che trae spunto da un lavoro svolto nella precedente legislatura: una legge-obiettivo per i diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato.

Altra azione sul tappeto è la promozione dello sviluppo delle terapie del dolore. Intanto, vorremmo introdurre in un provvedimento legislativo l'eliminazione del ricettario speciale per la terapia del dolore. Vorremmo insistere per l'applicazione delle linee guida del progetto « Ospedale senza dolore », a cominciare dalla misurazione del dolore come parametro vitale; rendere obbligatoria l'informazione degli operatori, a partire dai medici di famiglia, attraverso il sistema dei crediti dell'ECM; aumentare le informazioni nei confronti dei cittadini, per far comprendere a tutti che il sollievo non è soltanto desiderabile, ma anche possibile.

La terza azione concreta sulla quale stiamo lavorando e che, insieme alla medicina del territorio, è l'altro tema sul quale investo molto in termini di convinzione personale — peraltro, so che in questa Commissione ci sono delle competenze preziose — è la presa in carico del problema della salute mentale.

Nel 2007, si terrà la Conferenza nazionale sulla salute mentale. Riteniamo doveroso ascoltare le tante esperienze di operatori che lavorano in questo settore e le famiglie gravate dal problema. Pensiamo ad un aggiornamento del progetto obiettivo sulla salute mentale, a partire dalle risorse. E nell'ambito di quelle finalizzate dal Ministero, quella della salute mentale sarà la questione che porremo.

Attenzione, inoltre, verrà dedicata al tema delle malattie rare, per il quale pensiamo sia doveroso orientare l'attività di ricerca e anche l'assistenza. Sapete che si tratta di famiglie e di persone che vivono in situazioni di grandi difficoltà, per fronteggiare le quali vogliamo mettere in campo azioni concrete.

Intendiamo anche promuovere, per quel che ci compete, un'attenzione nei

confronti della disabilità (si tratta di un tema di integrazione sociosanitaria da promuovere con il ministro del lavoro e delle politiche sociali).

Particolare attenzione verrà posta nei confronti delle persone anziane, a partire dai provvedimenti per contrastare il problema del caldo, già da quest'estate. Il Ministero ha predisposto delle linee guida e ha innovato le sue azioni di sostegno e implementazione nei confronti dell'attività dei comuni e delle regioni su un punto in particolare: il coinvolgimento dei medici di famiglia nell'ambito dei servizi socio-assistenziali dei comuni. La richiesta sarà quella di approfondire particolare impegno soprattutto verso gli anziani più fragili, quelli non autosufficienti, i settantenni e quelli in condizioni economiche precarie, che devono essere precocemente individuati, definendo anche un elenco di persone al fine di svolgere un'azione di prevenzione, evitando così l'insorgere di situazioni irreparabili. Il piano è stato costruito con i sindacati e con le associazioni di volontariato, domani verrà definito con le regioni e gli enti locali e nei successivi giorni verrà presentato in dettaglio.

Un'altra azione concreta è l'iniziativa « Un sorriso in salute », relativo al tema dell'odontoiatria, che è una grande questione sociale. Da donna di sinistra — consentitemi questa battuta — potrei dire che è la più grande questione di classe presente oggi nel nostro paese. Se, infatti, si guarda il sorriso di un immigrato o comunque, in generale, di una persona, se ne può desumere il ceto sociale di appartenenza.

Ritengo, quindi, importante affrontare questo rilevante tema sociale, che rappresenta un diritto. Pensiamo si debbano aggiornare i livelli essenziali di assistenza e che per le cure odontoiatriche per i bambini, gli anziani, ma soprattutto per quanto riguarda la prevenzione, occorra prevedere un ampliamento degli stessi livelli essenziali di assistenza. Vogliamo costruire un accordo con le professioni e con i presidi pubblici e pensiamo che, su questo tema, potrebbe essere sperimentato l'avvio di quella sanità integrativa che,

nell'ambito del decreto legislativo n. 229 del 1999, è, comunque, un punto di decollo importante. Affronteremo, inoltre, la rivoluzione tecnologica e comunicativa e la questione della presa in carico delle persone tossicodipendenti.

L'ultima azione di cui voglio parlare tra quelle intraprese o che stiamo intraprendendo, riguarda il fatto che il Ministero della salute, come previsto dal programma dell'Unione, concorrerà, con molta convinzione, al lavoro avviato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e dagli altri ministeri interessati per la predisposizione di un nuovo provvedimento in materia di lotta alle droghe, di tutele e assistenza ai tossicodipendenti.

È un impegno sottoscritto nel programma dell'Unione. E, poiché i programmi si rispettano, noi vareremo questo provvedimento, che pensiamo debba essere accompagnato da iniziative amministrative proprie del Ministero. Tra queste, la più importante da realizzare con il Ministero dell'istruzione e con il Ministero per le politiche giovanili, è un programma di prevenzione primaria, che punti sulla responsabilità dei ragazzi, sulla loro creatività, e di prevenzione secondaria precoce, ancora poco diffusa nel nostro paese, i cui destinatari sono i giovani che presentano un iniziale comportamento legato al consumo di sostanze stupefacenti. Penso, soprattutto, alle nuove droghe e al fatto che, a volte occasionalmente, questi ragazzi si trovano a contatto con sostanze di cui non conoscono la pericolosità. Vanno perciò adeguatamente informati, utilizzando magari il loro linguaggio, per un'efficace azione di prevenzione.

Questo programma di prevenzione primaria e secondaria è di assoluta priorità per il mio Ministero, che, oltre a quanto scritto nel programma di Governo, ha come punto di riferimento la politica europea di lotta alle droghe. Essa si basa su quattro pilastri: la prevenzione primaria; la lotta al traffico; la presa in carico; le politiche di riduzione del danno. Questa è la politica dell'Europa.

Noi vogliamo istituire, presso il Ministero, un tavolo di lavoro con gli operatori

e le associazioni. Ritengo poi, secondo quanto previsto dal programma dell'Unione — cioè disporre di una legislazione che stabilisca una netta distinzione fra consumo e spaccio —, di dover intervenire sulla legge varata dal precedente Governo, per variarne in modo radicale alcune previsioni, in particolare per modificare quelle che equiparano, ai fini delle conseguenze sanzionatorie — qui non c'è un giudizio morale —, il possesso e l'uso di cannabis al possesso e all'uso di droghe pesanti. Questo è il cuore dell'intervento legislativo che l'Unione vuole realizzare, correggendo la legislazione precedente. Lo ripeto: l'intervento è determinato dalla valutazione delle conseguenze sanzionatorie generate dall'equiparazione fra droghe leggere e droghe pesanti.

È chiaro che ciascuno di noi si sente impegnato, come adulto, in una battaglia per prevenire e superare l'uso di qualunque droga. Però, un conto è una battaglia educativa, un altro è lo strumento sanzionatorio. Noi pensiamo che se sul piano educativo sia importante dire ai ragazzi che le droghe sono nocive, sul piano sanzionatorio sia necessario fare opportune distinzioni (*Commenti*).

ELISABETTA GARDINI. Però, se ti droghi, va bene uguale !

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Vedo che siete molto dialoganti. Per questo è mia intenzione, con atto amministrativo, elevare il quantitativo massimo di cannabis detenibile, senza incorrere nella presunzione di spaccio, con i conseguenti provvedimenti punitivi fino al carcere. Lascio alla Commissione una nota tecnica, così potrà entrare ancora più nel merito. Nella tabella c'è una parte che attiene alla commissione di esperti, nominata dal precedente Governo, che io non ho ancora cambiato, anche se è stata scelta con criteri sui quali ci sarebbe da discutere.

La parte della tabella su cui intervengo, quindi, è quella di assoluta discrezionalità del soggetto politico all'interno della legislazione vigente: definire il quantitativo massimo di cannabis detenibile, senza in-

correre nella presunzione di spaccio e, perciò, in provvedimenti punitivi fino all'arresto e al carcere.

Sostanzialmente, si tratta di una disposizione tesa a impedire che un leggero uso di cannabis possa esporre al rischio di collocare un ragazzo, magari a sua insaputa, nel giro infernale del reato penale. Infatti, stando a quanto ci dicono gli operatori del diritto e la polizia, questo è quanto può rischiare con la normativa attualmente in vigore.

Si tratta, dunque, non solo di un intervento simbolico; si vuole dare un aiuto, in termini di certezza, a coloro che, ogni giorno, operano per la prevenzione e per il recupero delle persone tossicodipendenti. Una nota tecnica vi spiegherà che si tratta di un intervento di tipo amministrativo, assolutamente consentito dalla legislazione vigente — si pensi un po'! —, nella piena facoltà del soggetto politico competente; quindi, non rientra nel raggio d'azione della commissione tecnica, che, invece, verrà interpellata quando si entrerà nel suo ambito.

PRESIDENTE. Desidero ringraziare il ministro Livia Turco per la sua relazione piuttosto impegnativa ed esauriente. Ho molto apprezzato in particolare l'impegno alla valorizzazione del ruolo del Parlamento. La relazione scritta è a disposizione dei commissari.

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

LUCA VOLONTÈ. Signor presidente, più per avere un'idea del tempo a disposizione che per richiederne di più, quanti minuti ho per il mio intervento?

PRESIDENTE. Al suo buon cuore.

LUCA VOLONTÈ. Allora, inizio con il ringraziare il ministro della salute, senatrice Turco. Evidentemente, su molti degli aspetti toccati nel suo intervento sarà necessario un approfondimento sul testo scritto, cosa che peraltro faranno anche gli altri colleghi. Lei stessa, infatti, ha detto di

aver riassunto una relazione che vedo corposa, quindi immagino anche più approfondita di quanto non ci abbia potuto raccontare a voce.

Evidentemente, sono legittime tutte le linee guida di mandato del Ministero. Su alcune ho colto aspetti interessanti, su altre, credo lo immagini anche lei, signor ministro, abbiamo posizioni assolutamente diverse.

Vorrei partire dall'ultima questione da lei sollevata. Sui giornali di queste settimane abbiamo potuto rilevare la particolare attenzione sull'introduzione dei palliativi del dolore, attraverso la cannabis, e sulla « legge Giovanardi-Fini ». In conclusione, nel suo intervento lei ha fatto ben presente come la commissione di tossicologici abbia compiti diversi, ed è legittimo che lei usi il provvedimento amministrativo.

Mi chiedo e le chiedo se la prudenza non richieda l'attesa di qualche effetto di questa legge, di modo che la decisione sui livelli possa disporre di qualche dato preso dalla realtà. Sono consapevole che esiste un Governo con un programma elettorale. Tuttavia, la inviterei a non dare per scontato che chi ha concorso in un altro schieramento conosca a memoria il programma elettorale dell'Unione. Lei, da quando ha firmato davanti al Presidente della Repubblica, è il ministro della Repubblica italiana; ha firmato per l'interesse esclusivo dei cittadini. Glielo chiedo perciò come cortesia: non ci obblighi a studiare il programma dell'Unione, perché mi sembrerebbe francamente fuori luogo.

Per tornare al merito della questione, lei ha citato con attenzione il tema della ricerca. Si è riferita, in più di una occasione (precisamente tre), alla ricerca oncologica: quando ha citato l'ideale di ospedale moderno dell'ex ministro Veronesi; quando ha citato la ricerca; quando ha citato alcuni capitoli di spesa non utilizzati nelle regioni del Mezzogiorno.

Prendo atto che, non da oggi, ma già da qualche anno, un luminare della scienza, un chirurgo ed oncologo come Veronesi, in qualche modo, è uno dei riferimenti im-

portanti della coalizione che oggi governa. Mi chiedo come mai sul tema della ricerca lei non abbia fatto cenno a quella — di cui si è discusso anche in queste ultime settimane — che vede il nostro paese al primo posto nella competitività europea: mi riferisco alla ricerca sulle cellule staminali adulte, in particolare quelle del cordone ombelicale. Questo mi sembra un capitolo della ricerca, anzi, il capitolo della ricerca in campo medico che ci vede obiettivamente al primo posto in Europa.

Nella sua riflessione sulla legge obiettivo per il parto (uso questa definizione riassuntiva), non ho sentito fare cenno alle due relazioni che vi sono state nella scorsa legislatura, che sottolineavano la necessità di valorizzare nell'ambito dell'applicazione della legge n. 194 del 1978 lo strumento dei consultori come tutela della maternità ed accompagnamento.

Lei ha detto di voler promuovere, in questa legislatura, pochissime azioni legislative: di conseguenza, l'azione del suo Ministero nei prossimi cinque anni si baserà esclusivamente sugli atti amministrativi, quindi, in qualche modo, vi sarà un rapporto diverso tra Governo e potere legislativo?

Inoltre, lei ha parlato, soprattutto quando ha discusso del nuovo « patto per la spesa sanitaria », citando il rapporto tra enti locali, regioni e Stato, del problema della spesa sanitaria. Ha, quindi, fatto cenno, a fronte di un percorso, che io chiamerei non virtuoso, da parte delle regioni, da un lato all'affiancamento da parte dello Stato, dall'altro all'attivazione di poteri sostitutivi. Ora, questa è una ipotesi di scuola oppure rappresenta — anche alla luce dei colloqui, di cui abbiamo letto sui giornali, che ha avuto con il Ministero dell'economia e delle finanze — una ipotesi concreta che verrà messa in campo nei prossimi mesi e nei prossimi anni?

Mi permetta, poi, un'ultima osservazione. Lei ha citato, come secondo motore del governo del sistema, il superamento della cosiddetta cattiva politica. Le sarei grato se, oltre al caso di alcuni ex deputati o ex consiglieri regionali che hanno rico-

perto cariche pubbliche nell'ambito della sanità, lei ci dicesse a quale tipo di superamento intenda riferirsi; se, ad esempio, di questa cattiva politica facciano parte anche le ipotesi concorsuali che si sono svolte a livello regionale su alcune graduatorie formate per l'indicazione di *manager*, o se per cattiva politica siano da intendersi i rapporti fra il sistema della salute pubblica statale e il sistema della salute pubblica non statale, cui mi sembra non si sia fatto nessun cenno, almeno nell'ambito dell'importante, ma riassuntivo, discorso che lei ha sviluppato nella giornata di oggi.

DONATELLA PORETTI. Nell'augurare un buon lavoro alla ministra Turco, anche io parto dal suo intervento preannunciato sulle tabelle a proposito degli stupefacenti, intanto per dichiararle la mia soddisfazione rispetto all'iniziativa. Vorrei poi chiederle se così come è stata introdotta la legge sulle droghe, non si ritenga opportuno abrogare per decreto la riforma Fini-Giovanardi, riaprendo il dibattito su un provvedimento sugli stupefacenti.

Tanti giovani, infatti, rischiano di finire in carcere (tra l'altro il sistema carcerario rischia di collassare e su questo vorrei ricordarle anche l'opportunità di varare un provvedimento di amnistia). Girando per le carceri, ho parlato con i medici penitenziari che addirittura sollecitano un intervento di sanità preventiva, per svuotare queste carceri che versano davvero in una situazione disastrosa dal punto di vista della salute degli stessi detenuti, che andrà peggiorando in vista dell'estate.

Se è utile ripartire da zero sulle leggi sugli stupefacenti, credo lo sia altrettanto parlare di riduzione del danno. Si era aperto un dibattito, anche con toni troppo accesi, sulle *narcosalas*, che rappresentano uno dei tanti possibili interventi di riduzione del danno. Prima sentivo dire da qualcuno che aveva una figlia. Ho una figlia anche io che, semmai dovesse divenire tossicodipendente, preferirei che si bucase in una *narcosalas* con dei medici, con un'assistenza sanitaria, piuttosto che nel sottoscala di una stazione, o in un

mezzo ad una strada. Tutto questo non ha nulla a che fare con ideologie proibizioniste o antiproibizioniste: sarebbe, semplicemente, un intervento sanitario.

A proposito di procreazione responsabile, invece, e di una piena applicazione della legge n. 194, le chiedo e le sollecito nuovamente un'attenzione particolare sulla pillola RU 486. È un intervento pienamente previsto della legge n. 194, laddove si parla di aggiornamenti di tecniche. Se, fino ad oggi, l'aborto è stato praticato soltanto con interventi chirurgici, non vedo perché non si possa fare anche con interventi farmacologici. Peraltro, le ricordo che la ditta francese, la Exelgyn, che produce la RU 486, ha già avviato la procedura europea di registrazione del farmaco, che è già stato sperimentato nel resto dei paesi europei. Io chiederei per questo di chiudere questa diatriba sulla sperimentazione o meno di questo tipo di farmaco in Italia. È già stato sperimentato, siamo nell'Unione europea, non vedo perché non si possa recepire semplicemente quel che si definisce negli altri paesi.

Ricordo, inoltre, il risparmio che si otterrebbe con un intervento solo farmacologico tramite la RU 486 rispetto ad un intervento chirurgico, per il quale vi è la necessità per un paziente di essere ricoverato in ospedale.

Sempre a proposito di procreazione responsabile, invece, un plauso va al parto epidurale. Vorrei ricordare i dati della commissione maternità e parto del Ministero per le pari opportunità. Il parto indolore e l'anestesia epidurale in Italia sono un miraggio; siamo in una situazione davvero pazzesca: vi si può ricorrere solo nel 37 per cento delle strutture sanitarie.

Io vengo dalla Toscana, ho partorito da poco, e a Firenze c'è un solo ospedale in cui, su richiesta della donna, è possibile praticare il parto con l'anestesia epidurale. Senonché, nell'unico ospedale dove è teoricamente possibile, nella pratica è impossibile attuarlo. Gli anestesisti, infatti, sono gli stessi che seguono la sala parto e il pronto soccorso. Di conseguenza, a chi partorisce di notte, non spetta l'anestesia

epidurale. Io ho potuto chiamare il medico al telefonino, che cortesemente è venuto a praticarmi l'anestesia epidurale, altrimenti non avrei mai potuto partorire in questo modo. E parlo di Firenze, non di chissà quale assurda realtà italiana.

Credo che, in questo senso, ci sia la necessità di intervenire e di sollecitare le regioni, le quali da sole, nonostante la previsione nel piano sanitario regionale, alla fine non riescono ad attivare questa pratica.

Altra questione su cui mi interessava sollecitarla è quella relativa ai farmaci, cui ha, comunque, accennato: mi riferisco, in particolare, alla liberalizzazione dei farmaci, perlomeno di quelli senza obbligo di ricetta, quelli da banco. Non è pensabile che debbano continuare ad essere venduti in regime di monopolio dalle farmacie. La soluzione di questo problema è stata sollecitata da parte dell'*Antitrust* e da altre parti. Vi sarebbe, ovviamente, un risparmio per i consumatori e l'opportunità di poterli reperire in altri ambienti, e non soltanto nelle farmacie. Un esempio valga per tutti: la domenica bisogna fare giri inenarrabili per trovare un'aspirina. Non si capisce per quale motivo l'aspirina debba essere venduta solo nelle farmacie.

Signor ministro, lei non ha fatto alcun cenno alla legge 19 febbraio 2004, n. 40 sulla fecondazione assistita. Credo che riprendere in mano quella legge disastrosa debba essere una delle priorità. È una norma che sta provocando danni in particolar modo alle donne che non possono permettersi di andare all'estero. Chi ci può andare, infatti, può accedere a tutti i tipi di servizi vietati dalla legge n. 40, che interviene anche sulla ricerca scientifica, in particolar modo su quella che utilizza le cellule staminali embrionali. Peraltro, il Parlamento europeo ha stabilito la possibilità di finanziare, con fondi europei, ricerche con staminali embrionali, laddove sono consentite. Ora, non vedo perché in Italia, visto che la ricerca sulle staminali embrionali importate dall'estero è consentita — perché non è vietata dalla legge n. 40 —, non si possano finanziare perlo-

meno le linee di staminali embrionali. E in Italia, sei centri hanno sollecitato un qualche tipo di finanziamento.

Per quanto riguarda le cellule staminali del cordone ombelicale, vorrei sollecitare la creazione in Italia di « banche private del cordone ombelicale ». Al momento, è consentita solo la donazione pubblica, fra l'altro con estrema difficoltà. Credo che il Ministero dovrebbe promuovere una campagna sulla donazione pubblica e per diffondere una maggiore informazione nei confronti delle donne che partoriscono. Inoltre, dovrebbe, essere consentito, laddove qualcuno lo voglia fare (oggi si può fare, ricorrendo a banche estere), conservare le staminali cordonali per proprio uso.

Infine, vorrei parlare dell'eutanasia e del testamento biologico, due questioni, per certi versi, collegate. Credo sia davvero necessario che questa Commissione, in collaborazione con il Ministero della salute, avvii un'indagine conoscitiva sul fenomeno dell'eutanasia clandestina in Italia. Se ne parla a livello di inchieste e di indagini giornalistiche, ma credo sia fondamentale parlarne anche con i dati alla mano. Si sono fatte cose simili all'estero, anche per verificare se esiste un fenomeno clandestino, prenderne atto e, in qualche modo, regolamentarlo. Questo perché, evidentemente, il divieto non è bastato ad impedirlo.

Quanto al testamento biologico, si tratta di un'altra priorità che i tempi impongono. Se un paziente cosciente può andare in ospedale, rifiutare alcune cure o addirittura l'alimentazione e l'idratazione, non si capisce per quale motivo non si possa rispettare la volontà del paziente che arriva in ospedale senza più essere cosciente; volontà che, in precedenza, ha specificato in un testamento biologico. In questo senso l'associazione « Luca Coscioni », di cui faccio parte, sta pensando di promuovere una raccolta di testamenti biologici, per il momento, ovviamente, senza alcun valore legale, visto che non c'è una legge, per verificare questo fenomeno e dargli un senso.

TOMMASO PELLEGRINO. Saluto il nostro ministro Turco, che ringrazio soprattutto per la relazione che oggi ha svolto. Si è trattato di un intervento dettagliato e, soprattutto, concreto, che ci ha fatto toccare con mano tutti i vari aspetti che riguardano la nostra sanità.

La cosa che mi ha fatto maggiormente piacere è che finalmente il Ministero della salute ha riacquisito quell'importante ruolo di raccordo rispetto alle regioni, ferma restando l'autonomia — cosa importantissima — delle stesse. Quest'azione di monitoraggio degli indirizzi che il Governo e il ministro della salute oggi intendono effettuare ritengo sia stata una delle grandi lacune degli anni precedenti.

Troppe volte, e nelle più svariate situazioni, abbiamo constatato l'assenza di analisi dei risultati o di verifica degli indirizzi che venivano dati. Penso che questo sia un punto nodale — e lei, signor ministro, lo ha sottolineato — dell'azione di questo Governo.

Ritengo che tutto ciò sia utile anche per la Commissione: è importante che ci sia una collaborazione e concertazione, per svolgere al meglio il lavoro dei prossimi mesi ed anche per relazionarci con le singole regioni, magari attraverso il tavolo istituito dal Ministero.

Altro punto importante riguarda la tematica degli sprechi. Anche su questo si è fatto poco. Come ricordava il ministro in precedenza, purtroppo, c'è stato un continuo aumento degli sprechi in sanità, soprattutto negli anni passati. Ora, è fondamentale iniziare a parlare di domanda e di offerta. Non è più possibile continuare a fare come negli scorsi anni; al contrario, occorre verificare concretamente ed efficacemente la corrispondenza fra domanda e offerta.

È chiaro che laddove c'è una discrasia tra offerta e domanda, si verificano degli sprechi. È inevitabile. E questo non perché lo dico io, ma perché lo dicono tutti gli economisti, soprattutto nel settore della nostra sanità. È importante, dunque, per cercare di ridurre tutta una serie di sprechi della nostra sanità, partire da questo concetto di base.

Ho molto apprezzato poi, che il ministro abbia fatto un riferimento alla situazione dei giovani che lavorano nella sanità. Purtroppo, sono ancora tanti i contratti atipici nella sanità, che non sono solo quelli degli specializzandi. Vi sono ancora circa 10 mila giovani medici che hanno dei contratti atipici, a tempo determinato, retribuiti con cifre irrisorie e costretti a fare una quantità di lavoro molte volte non regolamentato e non disciplinato. Dunque, è importante intervenire anche su questo fronte.

Mi ha fatto piacere ascoltare il passaggio riguardante gli specializzandi. Ormai da anni si dice di voler risolvere la questione degli specializzandi. Vi è una legge rimasta completamente inapplicata. Mi auguro che, anche su questo punto, riusciamo a dare finalmente una risposta concreta ai tanti specializzandi che si attendono molto da questo Governo e da questa maggioranza.

Altro punto importante è quello relativo alla prevenzione. Oltre a quella legata alla tossicodipendenza, che chiaramente è fondamentale, ritengo che la scuola debba essere uno strumento importante per la prevenzione in genere: delle malattie della donna e di tante altre malattie, per una corretta alimentazione e via dicendo. La scuola è importante, perché è un canale per promuovere il concetto della prevenzione. Noi non possiamo pretendere che le persone, arrivate alla soglia dei 50 anni, all'improvviso, inizino a sottoporsi ad una serie di controlli annuali. È fondamentale, quindi, insistere moltissimo nelle scuole, per divulgare la cultura alla prevenzione. Io considererei anche questo uno dei punti nodali nell'ambito del capitolo legato alla prevenzione per una buona salute dei nostri cittadini.

Vorrei accennare brevemente alla legge Fini-Giovanardi. Mi fa piacere che questa sia stata una delle prime azioni intraprese dal nostro ministro e dal Governo. Dobbiamo intervenire immediatamente, perché non è possibile che in una condizione di malattia, che ha bisogno di grande attenzione, si venga puniti. È chiaro che bisogna intervenire, anche in modo radi-

cale se necessario, per ridiscutere tutto, ma bisogna assolutamente intervenire. Voglio ricordare, inoltre, che l'uso controllato dell'eroina è un metodo scientificamente provato, in altri paesi giudicato valido. In Svizzera, per esempio, ha ridotto del 20 per cento il numero dei decessi per *overdose*. È una pratica scientifica dimostrata. Purtroppo, in questi giorni, vi è stato anche un difetto di comunicazione. Infatti nel momento in cui si parla di « stanza del buco », sembra quasi che vogliamo invitare i giovani e i cittadini ad andarsi a drogare in alcune stanze.

Io penso invece che il concetto vada ricollegato ad un discorso prettamente scientifico: quello di intervenire sulla condizione di malattia che molte volte è la tossicodipendenza; quindi, in questo caso, l'uso controllato dell'eroina può essere — ma non è una certezza — uno dei metodi scientifici per cercare di arginare un determinato fenomeno.

È importante disciplinare il testamento biologico — se ne sta parlando tantissimo in questi giorni —. A mio avviso si tratta di un atto di grande civiltà, in un paese come il nostro. È importante che un cittadino possa scegliere, nella piena coscienza delle proprie facoltà, cosa fare. Certamente, un intervento legislativo in tal senso deve costituire l'oggetto di lavoro da parte della nostra Commissione.

Il ministro ha toccato tanti punti importanti, ma quello della sicurezza alimentare e ambientale mi sta particolarmente a cuore. L'alimentazione è salute, tanto più perché oggi il numero delle patologie correlate alla cattiva alimentazione e alla disastrosa gestione del nostro ambiente sono chiaramente in aumento. Penso che per fronteggiare questo fenomeno vada intrapresa una forte azione non solo di sensibilizzazione dei cittadini, di educazione nelle scuole e tra i giovani, ma, se del caso, anche di carattere legislativo rispetto ad alcune situazioni e ad alcuni territori. Ciò per intervenire in modo forte ed efficace, al fine di ridurre queste patologie legate all'alimentazione e all'ambiente.

LUIGI CANCRINI. Prima di tutto, oltre che formularle i miei auguri di buon lavoro, vorrei dire al ministro Livia Turco che sono veramente contento della chiarezza e dell'ampiezza della sua esposizione. Mi sembra che questo sia davvero un bell'inizio per un nuovo modo di governare nel campo della sanità.

Volevo proporre alcune sottolineature. Ritengo sia davvero importante l'idea della direzione che si occupa della materia sociosanitaria. Mi pare che sia un punto sul quale siamo assai indietro. Probabilmente, questo andava fatto molto tempo fa. È bene che sia fatto ed è questo uno dei grandi problemi della differenza fra sociale e sanitario, e il ministro Turco lo sa bene.

Una normativa e una gestione intelligente di questa normativa possono alzare enormemente i livelli elementari di assistenza in tutto il paese, soprattutto nelle zone del disagio.

Su questo punto, vorrei sviluppare una riflessione. È stata proposta di recente, dal CNCA, in una conferenza pubblica, l'indicazione relativa alla differenza spaventosa che c'è nel nostro paese tra la spesa pro-capite del settore sanitario e del sociale. Se ricordo bene le cifre a mente, si trattava di 1.350 euro, contro 14 euro.

Penso che il settore del sociale, in questo paese, soffra paurosamente e credo che il sociosanitario sia la strada che può portare verso la soluzione. Però, è una strada che ha dei tempi. Allora, chiedo al ministro del lavoro e delle politiche sociali se non sia importante riflettere su come, in una prima fase, qualche cosa vada fatta per reintegrare i fondi dell'ambito sociale.

Come ritengo il ministro sappia bene, in molte città d'Italia sarà difficile rifinanziare la legge 28 agosto 1997, n. 285; stanno finendo infatti i fondi a disposizione. Quegli avanzamenti, che faticosamente erano stati conquistati, rischiano così di ritornare paurosamente indietro. Credo che questo sia un punto sul quale anche la spesa sanitaria si qualifica nella misura in cui si lega ad un intervento importante sul sociale.

Un altro punto sul quale ritengo sia importante riflettere è il rilancio della ricerca, di cui il ministro ha parlato. Credo ci sia un punto rispetto al quale abbiamo molto sottovalutato l'importanza della ricerca e riguarda le prescrizioni farmacologiche che durano a lungo nel tempo. Sono uno psichiatra; e nel mio campo, in particolare, con i neurolettici si va avanti anche per 10-15 anni. In questo momento, nel mercato in Italia, grava pesantemente sulle casse un farmaco il cui nome commerciale è Zyprexa (il nome tecnico è olanzapina). Negli Stati Uniti la casa farmaceutica ha deciso uno stanziamento di 750 mila dollari, per operare transazioni rispetto ai danni che questo farmaco ha provocato nei pazienti.

Da noi, perfino nel foglietto illustrativo accluso non ci sono indicazioni relative al diabete che questo farmaco provoca nelle lunghe somministrazioni. Noi abbiamo una legislazione e una ricerca sul farmaco basate su tempi brevi di sperimentazione, prima di metterlo in circolazione.

Su questo dobbiamo cambiare modo di operare. Dobbiamo ridare all'Istituto superiore di sanità delle competenze forti su questa materia, e dei fondi per esercitarla. Dovremmo pensare a qualcosa di simile a ciò che fa la Food & Drug Administration negli Stati Uniti.

La sorveglianza sugli effetti secondari dei farmaci va protratta nel tempo della somministrazione. Sono convinto che questo sia un impegno di grande rilevanza.

Un'altra riflessione che mi sembra importante fare è quella relativa alla situazione della salute carceraria. Nel 1999, era stato deciso che la sanità carceraria passasse tutta al sistema sanitario nazionale. Si è poi proceduto solo per la parte che riguardava i Sert, e ci si è fermati. Un'indagine svolta dalla Commissione, nella precedente legislatura, non si è conclusa. Io chiedo al ministro di riprendere in mano la questione. Soprattutto, per ciò che riguarda i bisogni psicologici e psichiatrici nel carcere, c'è una tensione quotidiana. E c'è una insufficienza drammatica di strutture e di personale.

A questo collegio, signor ministro, il problema degli ospedali psichiatrici giudiziari. Sono stati completamente trascurati dagli impianti legislativi, sono strutture che esistono, ma non si capisce bene cosa debbano fare. C'è da riflettere seriamente su una riforma della sanità nelle carceri. Così come una riflessione sugli ospedali psichiatrici giudiziari dovrebbe rientrare nel programma del Governo e, spero, della maggioranza del Parlamento.

Vorrei segnalare ancora tre questioni, una soltanto di mia curiosità: vorrei sapere se nel Ministero si discute di informatizzazione del libretto sanitario. So che in Francia c'è un dibattito forte su questo punto.

Molti sostengono che l'informatizzazione del libretto sanitario individuale determinerebbe una forte diminuzione della spesa complessiva, soprattutto per la non ripetizione degli esami, dal momento che ognuno avrebbe con sé tutti gli esami che ha fatto (nel sistema informatico su cui stanno lavorando, vi sarebbe spazio anche per le indagini per immagini, come ad esempio la TAC). Quello che vorrei sapere è se esistano una disponibilità ed un interesse a ragionare su queste cose.

Per ciò che riguarda la psichiatria, sono contento del fatto che si vada a discutere nel 2007 sull'assistenza psichiatrica; tuttavia, credo che una questione possa essere esaminata in sede di sessione di bilancio. L'allora ministro Veronesi stabilì, nella conferenza precedente, un impegno del Governo sui dipartimenti di salute mentale — che poi non si fece in tempo a mantenere — nella misura del 5 per cento della spesa sanitaria.

Credo che questo sarebbe un segnale molto importante, perché abbiamo una psichiatria debole dal punto di vista della dotazione finanziaria, soprattutto nelle regioni del sud. Il 5 per cento non altera i conti della sanità in alcune regioni italiane, ma in altre sì.

Vorrei anche rappresentare al ministro Turco che ho preparato una proposta di legge per l'accesso alla psicoterapia che riprende il testo di un progetto di legge di iniziativa popolare che è stato per cinque

anni fermo nella scorsa legislatura e che credo sarebbe importante riproporre nel quadro degli interventi sulla salute mentale.

L'ultima questione che voglio rappresentare riguarda l'intervento sulle tossicodipendenze e sulle droghe. Credo che il ministro Turco bene abbia fatto a proporre questo aumento della dose minima dei tetraidrocannabinoli. Penso che sia un buon provvedimento che salva alcune situazioni. Quello che, però, costituisce per me un motivo di preoccupazione è il fatto che, nel dibattito sulle droghe di questi primi mesi di Governo, si sia parlato soprattutto di «camere del buco» e di tetraidrocannabinoli e poco si sia parlato, invece, dell'inferno dei Sert, che sono spaventosamente deboli, signor ministro.

Noi dobbiamo riflettere molto seriamente su questa grande lacuna del nostro sistema assistenziale e sulle condizioni disastrose in cui versa la gran parte delle strutture di privato sociale a cui i Sert si affidano per i loro programmi. I ritardi nei pagamenti, l'inadeguatezza delle rette, l'inadempienza da parte delle regioni rispetto ai criteri che debbono essere riconosciuti, fanno sì che oggi in questo campo ci sia una situazione abbastanza selvaggia, a cui bisogna riporre mano, partendo dall'accordo Stato-regioni del 2000, ma anche riproponendosi il problema degli organici dei Sert. Credo che questa sia una grande priorità. Dal mio punto di vista lo è molto di più del dibattito sulle «camere del buco».

MASSIMO GARAVAGLIA. Voglio fare anch'io gli auguri al ministro Turco, di cui ho apprezzato sinceramente la chiarezza dell'esposizione e la concretezza. Ovviamente, su tante cose siamo in disaccordo. Gli auguri, poi, sono assolutamente dovuti dopo aver ascoltato alcuni degli interventi di oggi, che mi hanno particolarmente preoccupato. Quindi, sarà oggettivamente difficile riuscire ad avere una linea comune con certe posizioni, in particolare con quelle de La Rosa nel Pugno. Questo, però, è un altro problema.

A caldo, per quanto riguarda la relazione, che avremo modo di leggere approfonditamente, due punti in particolare hanno risvegliato una forte preoccupazione. Innanzitutto, vi è l'impressione che si voglia mischiare il sociale con il sanitario. Noi abbiamo su questo punto esperienze concrete disastrose a livello locale. Sappiamo che questa via, spesso e volentieri, produce sprechi e duplicazioni inutili e con poca certezza di come vengono spesi i soldi. Questo è un tema che, soprattutto in Lombardia, è molto sentito, con i cosiddetti piani di zona, dove si fa un gran caos, finendo con il distrarre risorse dalla sanità, che ne ha bisogno, per pseudo-progetti di carattere sociale che hanno dei dubbi obiettivi.

L'altro tema che ci preoccupa riguarda questa lunghezza dei piani di rientro delle regioni cosiddette non virtuose. Anche qui, non possiamo più credere alla solita regola aurea secondo la quale le cose andranno a posto da sole. Ci preoccupa, altresì, il punto tre dell'aspetto cosiddetto finanziario, in cui si propone di liberare risorse per la fiscalità aggiuntiva. No, ministro Turco, non vogliamo fiscalità aggiuntiva! Vogliamo le nostre tasse e le vogliamo spendere noi sul nostro territorio.

Questi due punti ci hanno particolarmente preoccupato.

KATIA ZANOTTI. Per fortuna, abbiamo vinto il referendum!

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Io ho apprezzato molto la relazione del ministro Turco, perché ha voluto perseguire l'obiettivo di parlare con chiarezza, individuando chi deve essere il soggetto dell'intervento per il quale deve essere impegnato il Ministero e, soprattutto, il Parlamento: il soggetto è il cittadino, sono la donna e l'uomo della nostra comunità, che devono ricevere sicurezza e appropriatezza della cura, impegno per la farmacovigilanza, sicurezza sul lavoro.

A tale ultimo riguardo, signor ministro, mi permetta di ricordare l'episodio drammatico accaduto pochi giorni fa in Sicilia: la morte di un giovane operaio, che ha

rimesso al centro il tema della sicurezza del lavoro, in una realtà che vive drammaticamente il problema della disoccupazione e, nel contempo, della insicurezza nel mondo del lavoro.

Ma la sicurezza deve essere anche ambientale ed alimentare. Ora, per fare questo e per non rientrare in un percorso generico e retorico, lei ha giustamente individuato alcuni interventi strutturali che noi condividiamo, primo fra tutti la realizzazione della direzione sociosanitaria per integrare gli interventi che non debbono essere solo sanitari, ma anche di tipo sociale.

Lei, però, ha anche detto che ricorrerà molto meno all'intervento legislativo e farà fortemente leva sugli atti amministrativi. Noi condividiamo anche questo aspetto, signor ministro, perché siamo consapevoli e convinti che tutto ciò non significherà un ruolo inferiore del Parlamento, anzi credo che il suo rapporto con il Parlamento sarà costante e proficuo. Se poi dovessi pensare agli atti legislativi che abbiamo emanato nella precedente legislatura, dovrei fare riferimento soltanto a leggi che sono state approvate per ripianare lo sfioramento della spesa sanitaria, o a qualche altro provvedimento certamente non collegato ad interventi strutturali necessari a dare un disegno diverso alla sanità.

Credo che la sua volontà di snellire le procedure e lavorare su piattaforme legislative vigenti per migliorarle con atti amministrativi possa essere un terreno su cui lavorare e confrontarci. Anche perché lei, ministro Turco, ha individuato alcune scelte di fondo delle politiche che dobbiamo portare avanti. Una scelta fondamentale è quella della professionalità. Lei, infatti, ha detto che il cittadino rimane il punto di riferimento delle nostre cure. Noi abbiamo bisogno di riprendere fiato sul campo delle professioni sanitarie e dobbiamo lavorare in maniera concreta e fattiva. So che, la prossima settimana, è prevista una riunione al Ministero sulla formazione continua. Dobbiamo lavorare con grande realismo sul governo clinico, perché sul territorio va data una diversa impostazione alle scelte, che spesso non

sono legate alla professionalità. Come è stato detto più volte, senza polemica, va rivisto un metodo di scelta che, spesso, è clientelare.

Accanto alla professionalità, non c'è dubbio che il motore della sanità è rappresentato dalla ricerca, che deve andare avanti e servire ad alleviare le sofferenze e a trovare metodiche e cure che possano servire ai nostri cittadini che si trovano sulla frontiera della malattia.

Per quanto riguarda le risorse, signor ministro, negli anni scorsi probabilmente alcune regioni non sono state virtuose, però bisogna dire che non hanno avuto neppure la certezza delle risorse e spesso hanno subito il ritardo nella loro distribuzione. Dobbiamo fare questo patto finanziario a cui lei si riferiva; stabilire la certezza delle risorse e, nel contempo, chiedere rigore alle regioni, responsabilizzarle, perché queste possano far crescere innanzitutto i servizi nel territorio.

Infine, signor ministro, desidero sollevare alcuni elementi critici, che credo rappresentino la priorità delle scelte che lei e il Governo avete compiuto, a partire dalle liste d'attesa. Anche noi, come lei, riconosciamo che il precedente Governo, in modo particolare il ministro Storace, aveva posto questo tema. Alcune regioni accusano grandi ritardi. Nella mia regione, la Sicilia, in cui sembrava che si dovesse avviare una politica seria di riduzione delle liste d'attesa, dopo tante chiacchiere, nulla si è visto.

C'è bisogno di riprendere questo tema. Siamo pronti ad affrontarlo nel dibattito con lei e con l'opposizione. Non vi è dubbio che questo tema è più forte e cruento nel Mezzogiorno, dove occorrono alcuni interventi strutturali in determinati settori particolarmente sensibili. Lei, ad esempio, ha fatto giustamente riferimento alle carenze e alle disuguaglianze in oncologia. E l'esistenza di ciò va fortemente ribadita.

Giungo alla conclusione, signor ministro. Non c'è dubbio che c'è un terreno che deve vedere il nostro impegno legislativo (lei ha fatto riferimento alla salute mentale). Bisogna tornare a riflettere su

tali questioni, senza pregiudizi, rivedendo la materia. Così come va posto il tema della non autosufficienza, delle malattie rare e via dicendo.

Con i colleghi ci permettiamo di ricordare che c'è un disegno di legge, il cui primo firmatario è il ministro Rutelli, che insiste su queste tematiche. Avremmo voluto, infatti, che la questione delle malattie rare venisse affrontata nella precedente legislatura, cosa che non è stata fatta. Ora speriamo e contiamo su un intervento serio da parte del Governo.

Così come pensiamo che sulla tossicodipendenza — una questione così complessa e drammatica — non vadano operate semplificazioni. Noi, signor ministro, siamo stati contrari all'impostazione, al metodo e alle scelte adottate con la legge Fini-Giovanardi. Condividiamo i quattro pilastri che, in Europa, sono stati posti come baluardo contro la droga: dall'impegno sulla prevenzione, alla cura, alla lotta al traffico degli stupefacenti, alle iniziative per la riduzione del danno, onde evitare che si arrivi nella « terra di nessuno » in materia di tossicodipendenza.

Pensiamo, però, che alcuni atti debbano prevedere l'impegno del Governo. Sono state definite delle tabelle, ma trattasi di scelte molto discutibili, che vanno riprese, come va ripreso complessivamente il tema che affligge la nostra comunità giovanile, vale a dire quello della tossicodipendenza.

Riteniamo che non si debba assolutamente arrivare ad utilizzare scorciatoie, trattandosi di un tema talmente drammatico da imporre una rivisitazione complessiva. Non dico di cancellare le leggi, ma sostengo la necessità di affrontare un dibattito serio, che preveda un intervento del Parlamento, al fine di introdurre modifiche normative necessarie e fondamentali. Noi abbiamo condannato una « legge manifesto », una « legge propaganda », ma pensiamo che si debba sviluppare una riflessione molto seria, per arrivare a scelte condivise.

PRESIDENTE. Il ministro Turco ha chiesto di intervenire brevemente per un chiarimento.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Su un punto non vorrei assolutamente essere equivocata. Quando ho parlato di poche leggi, lo dicevo proprio per rispetto del ruolo del Parlamento, nel senso che immagino che questa sarà una sede legislativa che impegnerà nel confronto il Governo stesso. Penso che le leggi fondamentali siano state approvate e che, nell'ambito della certezza del sistema sanitario e della serenità del medesimo, non sia conveniente metterle continuamente in discussione. In corso d'opera, poi, si potranno anche approvare altre leggi. Il mio era un segno di rispetto del ruolo del Parlamento, non il contrario.

GIUSEPPE ASTORE. Credo che dipenda dalla materia, dall'oggetto del provvedimento.

Anch'io, a nome del gruppo dell'Italia dei Valori, saluto il ministro Turco e le auguro buon lavoro. Dico subito che sono contento di averla ritrovata, avendo io, come lei ricorderà bene, presieduto la Conferenza degli assessori al sociale, che ha prodotto anche la legge 8 novembre 2000, n. 328 (votata, credo, all'unanimità).

Ritengo che abbiamo un quadro definito da un punto di vista legislativo. Con il risultato del referendum, con la riforma del Titolo V della Costituzione, con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ritengo che questa Commissione possa lavorare su un quadro certo. Ai colleghi della Casa delle Libertà, pur nel rispetto delle posizioni di ciascuno, dico che, a mio parere, la sanità e il sociale sono proprio il discrimine tra noi, ciò che ci differenzia. Credo che questa differenziazione tra le nostre e le vostre posizioni — fermo restando il rispetto assoluto delle stesse — debba essere assolutamente sottolineata.

A mio parere, dobbiamo preoccuparci — affronto un argomento che lei, signor ministro, non ha trattato — del fatto che, in Italia, la sanità, in questi ultimi anni, sia oggetto perfino di malaffare, almeno in alcune zone del nostro territorio. Reputo che questa Commissione debba preoccuparsi di questa situazione e dell'impatto negativo di alcuni scandali dei quali ab-

biamo appreso negli ultimi anni e negli ultimi mesi, soprattutto considerando la delicatezza di questo settore. Il cittadino che entra nel tunnel della malattia è un cittadino debole, senza protezione. Credo che di questo il Parlamento e la Commissione si debbano assolutamente preoccupare.

Propongo che, almeno su alcuni casi, si avviino delle indagini, ritenendo che dobbiamo assolutamente essere informati per poter operare al meglio.

Ho apprezzato la sua relazione, signor ministro, in particolare per la sfida che lei ha lanciato del territorio. Credo che la vera sfida, laddove la sanità in Italia alcune volte si è fermata, sia proprio il territorio. Nelle regioni non si è scelto il territorio. Alcuni assessori — come me, ad esempio — spesso ci hanno rimesso il posto. Snellire gli ospedali e spostare la maggior parte delle cure sul territorio credo sia un rischio reale anche per i pubblici amministratori.

Dobbiamo aiutare le regioni che devono operare questa grande rivoluzione. Parliamo da tanto tempo di mettere il distretto, e non l'ospedale, al centro della sanità. È arrivato il momento di puntare sul territorio, tanto più in un paese come il nostro, con una popolazione anziana — la più anziana d'Europa — che ha bisogno di reti di assistenza importanti, con ottomila e più comuni, di cui diverse migliaia con popolazione inferiore a duemila abitanti. Credo che tutto questo debba assolutamente suscitare la nostra preoccupazione.

La risposta ospedaliera non può essere quella giusta. Ho letto alcuni dati che la Commissione ha messo a disposizione dei parlamentari, da cui emerge che, in alcune regioni, ultimamente, è aumentato il tasso di ospedalizzazione. Addirittura, in alcune regioni si è registrata una percentuale del 270-280 per mille, su una raccomandazione di 160-170 per mille. Dobbiamo assolutamente raccogliere questa sfida, d'intesa con le regioni, e portarla avanti.

Per quanto riguarda l'emergenza anziani, la proiezione della popolazione italiana nei prossimi cinquant'anni — mi

riferisco ai dati di uno studio ben noto — ci deve far riflettere su come impostare la nostra azione nel futuro. La differenza fra un politico, un parlamentare, un ministro ed un *manager* credo stia proprio nel tentativo di guidare e di anticipare il cambiamento nei prossimi anni.

Sono d'accordo sul fatto che l'integrazione — mi dispiace per l'onorevole Garavaglia — sia una sfida importante. Conosco i problemi, ma sostengo che i servizi alla persona, che è unica, devono essere unici. Pertanto, mettiamo insieme le forze, istituzionalmente e finanziariamente, per poter offrire un servizio adeguato.

Come meridionali, dobbiamo accettare la sfida che ci viene lanciata in questa relazione. Basta mendicare. Vivo in un paese terremotato, in cui gli anziani e i bambini vivono il dramma peggiore. So bene quanto sia drammatico essere dimenticati. E lo Stato spesso dimentica, non prevedendo centri di ascolto, assistenza e così via.

Credo che il vero federalismo significhi essere responsabili, nell'ambito di una perequazione e di una solidarietà nazionale, delle proprie azioni. Questa è la sfida che dobbiamo raccogliere.

Esprimo, pertanto, massima fiducia e massima approvazione nei confronti della relazione che abbiamo ascoltato.

DANIELA DIOGUARDI. Anch'io, a nome del mio gruppo, auguro buon lavoro alla ministra Turco, sottolineando che moltissime delle affermazioni contenute nella sua relazione ci trovano perfettamente d'accordo. Quello della sanità è un settore molto delicato, che deve mettere al centro l'essere umano, uomo e donna.

Sono perfettamente d'accordo sul fatto che non occorran tante leggi, e devo dire che questo, a mio avviso, non riguarda solamente la sanità, ma molti altri settori. Non serve la produzione esasperata di leggi — credo che la ministra possa garantirlo —, ma un buon governo della sanità italiana.

Sono siciliana e sono molto preoccupata per quanto sta succedendo nella sanità in Sicilia. Come sapete, purtroppo,

la mia regione è diventata il centro del malaffare, a fronte di tanti operatori che, invece, vi lavorano correttamente, con grande disagio e difficoltà. Noi lavoriamo in Sicilia e le rivolgo la preghiera, che proviene da tanti operatori che ho ascoltato finora, di venire nella nostra regione (qualcuno sostiene che dovrebbe farlo in sordina, non in maniera plateale).

La nostra situazione è grave. Si parlava di mancanza di fiducia, ed è il problema che ci riguarda. Si parlava delle liste di attesa e, purtroppo, anche delle morti che si sono registrate, innegabilmente legate anche alla malasanità. Il problema, probabilmente, è chiedersi come si diventa primari. È necessario un controllo, un monitoraggio continuo, ma anche un finanziamento legato ad obiettivi di salute.

Sono perfettamente d'accordo con l'integrazione sociosanitaria di cui ha parlato la ministra Turco; anzi, forse bisognerebbe chiedere un'indagine conoscitiva sulla legge n. 328 del 2000, in Sicilia quasi totalmente inapplicata.

Probabilmente, un'altra indagine conoscitiva dovremmo avviarla sulla questione del parto, sull'assistenza prima e dopo il momento della nascita. Credo che questo potrebbe aiutarci ad individuare molte scelte che già ora possiamo operare.

Infine, si è parlato di *ticket* e vi è, al riguardo, una grande preoccupazione da parte dell'opinione pubblica. Se il risparmio riguarda l'appropriatezza delle prestazioni o altri criteri simili, ben venga, ma non vorrei che questo dovesse pesare nuovamente sulle tasche dei cittadini. Siccome questa circostanza ha creato un certo allarme, vorrei sapere dalla ministra se ci siano previsioni rispetto al DPEF.

PRESIDENTE. Avverto che per il proseguimento dell'audizione, previsto per domani alle ore 14, sono già iscritti a parlare numerosi colleghi. Rammento che avremo a disposizione circa un paio d'ore e che dunque dovremo organizzare i nostri lavori in maniera tale da consentire a tutti di intervenire e al ministro Turco di replicare.

LUCA VOLONTÈ. Signor presidente, intervengo sull'ordine dei lavori. Non vorrei disturbare oltremodo il ministro Turco, tuttavia, vista la mole delle domande che le sono state rivolte e degli interventi previsti per domani — e avendo, come lei giustamente ha ricordato, solo due ore di tempo —, propongo, se il ministro Turco è disponibile, di dedicare la seduta di domani allo svolgimento di tutti gli interventi previsti, rinviando alla prossima settimana la conclusione dell'audizione con l'intervento di replica del ministro.

A molte delle domande che sono state poste non si può rispondere semplicemente con un sì o con un no, in quanto mi sembrano particolarmente complesse. Pertanto, se il ministro, avendo raccolto tutte le osservazioni che verranno espresse anche negli interventi di domani, potesse rispondere o svolgere una riflessione complessiva già giovedì (diversamente martedì o mercoledì della prossima settimana), sarebbe auspicabile. È la prima volta che ascoltiamo il ministro della salute e vor-

remmo avere modo di porre le nostre osservazioni, altrimenti diventa un lavoro poco utile, per noi e per lei.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per l'esauriente relazione svolta. Ritengo che, avendo acquisito la disponibilità del ministro, si possa concludere l'audizione mercoledì 5 luglio, qualora non fosse possibile esaurire gli interventi nella giornata di domani.

Rinvio pertanto il seguito dell'audizione alla seduta di domani, mercoledì 28 giugno, alle 14.

La seduta termina alle 16,10.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 7 agosto 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

ALLEGATO

Un New Deal della Salute

Linee del programma di Governo per la promozione
ed equità della salute dei cittadini

Audizione del Ministro della Salute Livia Turco
alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

Roma, 27 giugno 2006

PAGINA BIANCA

Indice

1. Perché serve un New Deal della Salute

2. Le "nove" parole chiave del New Deal della salute

3. Lo scenario

4. Il governo del sistema

4.1 Stato e Regioni: il nuovo asse per il governo della sanità

4.2 La "cattiva" politica

5. Le risorse del sistema

5.1 La questione finanziaria e il nuovo patto per la spesa

5.2 La ricchezza delle professionalità

5.3 Sindacato, impresa e Ssn: un nuovo dialogo per lo sviluppo

5.4 Il cittadino protagonista del sistema

6. La sfida della ricerca

7. Una nuova politica farmaceutica

8. Le grandi criticità

8.1 Tempi d'attesa

8.2 Progetto per l'autosufficienza sanitaria del Mezzogiorno

8.3 Le carenze e le disuguaglianze nell'oncologia

9. Un grande obiettivo: la Casa della Salute

10. Le "quattro" sicurezze

10.1 La sicurezza delle cure

10.2 La sicurezza nei luoghi di lavoro e nell'ambiente domestico

10.3 La sicurezza ambientale

10.4 La sicurezza alimentare

11. Le "dieci" azioni già avviate e di prossimo avvio

*11.1 La salute delle donne, la tutela delle partorienti,
la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato*

11.2 La promozione e lo sviluppo delle terapie del dolore

11.3 La presa in carico della salute mentale

11.4 Le malattie rare

11.5 L'impegno per le disabilità

11.6 Le prime azioni per il Mezzogiorno

11.7 La presa in carico delle persone tossicodipendenti

11.8 La promozione del progetto "un sorriso in salute"

11.9 L'attenzione alle persone anziane

11.10 La rivoluzione tecnologica-comunicativa

12. Conclusioni

1. Perché serve un New Deal della Salute

Onorevoli deputati e deputate,

la mia esperienza parlamentare e la precedente attività di governo mi suggeriscono di attribuire grande importanza al dialogo e al confronto costanti con il Parlamento.

Ma soprattutto mi confermano il dovere istituzionale e politico di far sì che il Parlamento sia sempre considerato come sede pubblica "primaria" ove illustrare le iniziative di governo che si intendono promuovere.

E' questa la ragione che mi spinge a considerare la presentazione del programma sulla sanità in questa sede un atto particolarmente impegnativo essendo, questa Audizione parlamentare, la prima occasione in cui saranno individuati in modo preciso i programmi, gli obiettivi e le attività del Ministero della Salute, in base ai compiti costituzionali ad esso affidati.

Punto di riferimento del mio mandato è il programma dell'Unione.

Esso, però, è qui precisato e sviluppato da quanto ho avuto modo di ascoltare ed anche imparare in questo mese di lavoro da parte delle tante e preziose competenze del Ministero, delle Regioni e delle altre Istituzioni di governo locale, dei medici, delle professioni sanitarie, dei farmacisti, degli imprenditori, dei sindacati, del mondo del volontariato e delle organizzazioni di tutela e dei consumatori, delle comunità religiose, dei singoli cittadini.

Ascolto che proseguirà in modo intenso nel mese di luglio e che sarà una costante del mio lavoro, con la finalità di contrarre un nuovo Patto per la salute, un vero e proprio "New Deal" per la sanità italiana che sappia raggiungere e coinvolgere tutte le componenti del sistema finalizzandone l'operato verso un unico grande obiettivo: ridefinire modi e forme del sistema perché esso sia finalmente orientato verso i bisogni e le esigenze dei cittadini. Ma che sappia anche considerare la produzione del benessere e della salute come il principale baricentro delle nostre politiche. A bisogni di salute sempre più crescenti devono infatti

corrispondere investimenti adeguati sull'insieme delle strategie comprese tra la prevenzione della malattia, la responsabilizzazione dei cittadini e il controllo complessivo dei diversi "determinanti della salute" (stili di vita, ambiente, lavoro, condizioni sociali ed economiche). Occorrerà quindi programmare una riconversione graduale degli indirizzi di spesa all'interno del sistema sanitario e dare luogo, al contempo, a politiche sempre più integrate che si sviluppino attraverso un vero e proprio piano di azione interministeriale.

2. Le "nove" parole chiave del New Deal

La fiducia. Dobbiamo ricreare il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il sistema sanitario. Ciò significa avere come inderogabile punto di riferimento il cittadino, la sua dignità, la sua concreta condizione di vita. Il cittadino come portatore di diritti e doveri, come protagonista del suo benessere, che ha il diritto alle prestazioni essenziali ma anche il "dovere" di partecipare attivamente ai programmi di prevenzione primaria e secondaria, che è "dovere" del Ssn attuare compiutamente e diffusamente.

La fiducia si costruisce conoscendo e valorizzando la buona sanità. E questo è un compito anche etico che attribuisco al Ministero che presiedo. Fiducia significa anche "generare fiducia" attraverso la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità di chi opera nella sanità e la condivisione di un progetto comune. Anche per questo, a fine ottobre 2006, vogliamo promuovere gli stati generali degli operatori e delle operatrici della salute: per discutere insieme e condividere un New Deal della salute nella consapevolezza che la sanità italiana ha bisogno di serenità, certezza di valori, regole e di migliorare dall'interno la sua qualità. La sanità italiana è una casa solida che va ristrutturata, abbellita, resa più accogliente ed equa attraverso il concorso di tanti e di tante.

La qualità. E' il principio trasversale che deve ispirare ogni atto sanitario ma anche ogni procedura gestionale e amministrativa. La qualità in sanità non riguarda, infatti, solo gli aspetti squisitamente clinici ma anche quelli connessi con una organizzazione e una catena di governo efficienti e in linea con gli obiettivi di salute prefissati.

L'umanizzazione. E' la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino. In proposito si sta valutando, tra l'altro, la possibilità di riprendere il progetto di "ospedale modello" avviato dall'ex Ministro Veronesi nel 2000 al fine di valutarne, insieme alle Regioni, la possibilità di metterne in rete le intuizioni e le soluzioni innovative in esso contenute.

L'unitarietà del sistema. E' indispensabile per promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze. Ciò significa non accontentarsi delle leggi e degli indirizzi scritti e concordati ma lavorare quotidianamente per porli effettivamente al servizio delle persone.

La responsabilità. Riguarda tutti gli attori, a partire dal medico fino al cittadino e al soggetto pubblico, assunto nella sua unitarietà: Governo, Regioni, Enti Locali e Aziende sanitarie e ospedaliere. In proposito è bene richiamare quanto già detto sulla fiducia e sui doveri, prima delle strutture e degli operatori e poi del cittadino, di fare tutto il possibile affinché la malattia sia evitata. Quello che potremmo definire come una sorta di "dovere di non ammalarsi" inteso come assunzione piena di responsabilità di tutti gli attori per evitare le patologie evitabili con stili di vita salubri e azioni di prevenzione efficaci. Ma esiste anche un'altra responsabilità. Quella dell'appropriatezza e della lotta agli sprechi. Sprechi che sono troppe volte frutto di

negligenze e di comportamenti non appropriati. Gli esempi sono molti. Uno su tutti: la prescrizione e la moltiplicazione di esami diagnostici inutili da parte del medico, ma anche il mancato ritiro dei relativi referti da parte del cittadino.

Questa negligenza che, ribadiamo, è un venir meno ad un dovere di responsabilità, può essere sottoposta ad un ticket che perlomeno rimborsi la Comunità di parte delle spese inutilmente sostenute. L'unico ticket che oggi ha un senso è proprio quello sulla negligenza e l'inappropriatezza. Un ticket che dovrà essere quantificato e pagato dal sistema (in forma di penalizzazioni) ma anche dal cittadino (quale vera e propria "multa" per un comportamento scorretto e per il danno causato alle economie del sistema sanitario).

La legalità. Deve tornare ad essere un principio guida universale nei comportamenti individuali, nelle pratiche concorsuali e contrattuali, nelle negoziazioni per l'acquisto o l'appalto di forniture e servizi. Non possiamo immaginare un nuovo Patto sulla salute che non abbia nella profonda e radicata legalità del sistema la sua matrice fondante e di garanzia nei confronti del Paese e della collettività.

La cultura dei risultati. Abbiamo bisogno di una robusta iniezione di strumenti di valutazione e misurazione di ciò che garantiamo ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute. Il Ssn non può essere, infatti, considerato un mero erogatore di prestazioni. Ciò comporta un cambiamento di cultura, di pratica e l'adozione di adeguati indicatori e standard per il monitoraggio che possano dare informazioni in tempo reale sull'appropriatezza, la qualità e il rispetto di un corretto rapporto costi-beneficio.

La politica delle alleanze. E' indispensabile per tutelare un bene prezioso, come la salute, che è un investimento per l'intero paese e non solo per il singolo individuo. Per questo vogliamo costruire un nuovo patto, un New Deal della salute, che coinvolga,

insieme alla unitarietà del soggetto istituzionale, le professioni mediche e sanitarie, i cittadini attraverso le loro associazioni di tutela, gli attori economici e sociali.

Proprio perché la costruzione ed il governo di questo patto sia costruito insieme e condiviso, istituirò e renderò permanente al Ministero (oltre al confronto con le Regioni), la consulta dei medici, quella delle professioni sanitarie, la consulta delle associazioni e del volontariato ed il tavolo di concertazione con i sindacati e con le imprese.

L'Europa e il Mondo. Dobbiamo costruire una nuova politica di relazioni, costituendo una presenza costante e qualificata dell'Italia nelle sedi europee, nelle organizzazioni di cooperazione internazionale e promuovendo, pertanto, un programma di partnership internazionale nei vari paesi del mondo. A partire dal potenziamento della rete degli Ospedali italiani all'estero, quale bandiera, ma anche occasione di sviluppo e promozione di opportunità del nostro sapere medico, scientifico, assistenziale e gestionale negli altri Paesi del Mondo.

3. Lo scenario

La sanità italiana rappresenta oggi uno dei più importanti comparti di attività del Paese. Lo è dal punto di vista finanziario ed economico, dal punto di vista occupazionale e produttivo, per il valore aggiunto in termini di know how nella ricerca scientifica, tecnologica e nelle scienze mediche, gestionali e organizzative.

Lo è per la straordinaria esperienza accumulata in termini di "governo" di sistemi complessi ad alta valenza socio-economica, svolta in una logica di crescente coesione istituzionale tra Governo centrale e Governi regionali, quale esempio concreto di federalismo solidale applicato alla vita e agli interessi concreti dei cittadini.

Lo è, sopra ogni altra considerazione, per il fatto di essere l'unico comparto del Paese chiamato a rispondere quotidianamente alle esigenze di assistenza di "tutti" i cittadini, senza alcuna distinzione di età, condizione sociale, sesso, residenza.

In altre parole, la sanità può effettivamente considerarsi come un sistema organizzato e strutturato per rispondere ad un interesse universale della popolazione.

Questa dimensione deriva ovviamente dalla scelta compiuta nel 1978 quando il Parlamento, a larghissima maggioranza, decise di istituire un Servizio sanitario nazionale basato su tre grandi cardini: l'equità, l'uguaglianza, la solidarietà.

Tre capisaldi che hanno mantenuto intatto il proprio valore in questi 28 anni riuscendo a permeare le diverse riforme che si sono succedute fino a quella costituzionale del 2001 dove, con la previsione di livelli di assistenza sanitaria uguali per tutti in ogni parte del Paese, si è data definitiva attuazione a quella "garanzia del diritto alla salute" già prevista dall'art.32 della prima parte della Costituzione della Repubblica.

Oggi il servizio sanitario italiano si presenta con un sistema di Governo maturo, basato su due grandi pilastri, Stato e Regioni, che, insieme, hanno la piena responsabilità delle scelte, delle politiche, degli indirizzi, delle strategie, della definizione delle priorità e, conseguentemente, della determinazione delle risorse finanziarie, umane e tecnologiche, utili all'esercizio di questa funzione costituzionale.

Ed è proprio dal "Governo del sistema" che ritengo di dover avviare l'illustrazione del programma di questo Ministero.

4. Il Governo del sistema

4.1. Stato e Regioni: il nuovo asse per il governo della sanità

La progressiva crescita del ruolo delle Regioni nel governo del sistema sanitario, culminata nell'attribuzione al governo regionale dei poteri di legislazione concorrente, rappresenta, forse, una delle scelte più significative di questi ultimi decenni in campo istituzionale.

Essa si motiva con la necessità di avvicinare territorialmente, socialmente e culturalmente "l'offerta di servizi e la domanda di assistenza" nel rispetto del principio di sussidiarietà, liberando meccanismi virtuosi di autonomia programmatica, organizzativa e gestionale che in molte situazioni hanno dato luogo a esperienze straordinarie di governo della cosa pubblica.

Al momento attuale, tuttavia, ci troviamo all'inizio di una nuova fase, di un passaggio che possiamo identificare come "la necessità di una nuova forma di governo condiviso".

Al progredire delle autonomie regionali, infatti, non si è accompagnata una parallela innovazione nelle dinamiche di governo centrali capace di fare compiere un salto ideale e sostanziale al ruolo e alle competenze assegnate comunque al livello nazionale.

Al contrario, la nuova riattribuzione di compiti stabilita dal Titolo V, ha prodotto spesso difficoltà interpretative, se non addirittura diffidenze reciproche tra Stato e Regioni, senza dare luogo a quella nuova cabina di regia comune in grado di monitorare e governare l'intero sistema nel pieno rispetto delle autonomie.

E' per questo che il primo atto di Governo da me compiuto è stato quello di insediare un tavolo permanente di consultazione con le Regioni, al quale affidare il compito di governare il sistema privilegiando il metodo della condivisione su tutte le grandi questioni aperte in materia di tutela della salute.

In tal modo la logica dei poteri concorrenti si sviluppa e articola in quella del "concorrere" insieme al miglioramento e allo sviluppo della sanità pubblica italiana in

una rinnovata logica di unità, intesa come unitarietà di governo e di indirizzo capace di trasformare le differenze in opportunità, superando insieme le disuguaglianze, le disomogeneità e le discriminazioni ancora oggi presenti, non solo tra Nord e Sud ma anche all'interno di territori contigui.

4.2. La "cattiva" politica

Una riflessione a parte merita la necessità di portare a termine quanto già avviato con uno dei primi atti del Governo Prodi, laddove si è provveduto ad abrogare quella norma, varata sul finire della precedente legislatura, che prevedeva l'equiparazione del mandato di parlamentare o di consigliere regionale al quinquennio di esperienza manageriale aziendale, quale requisito previsto per l'incarico di direttore generale delle Asl.

Come ho già avuto modo di sottolineare, ritengo che non si può chiedere a gran voce efficienza, rigore, appropriatezza e competenza nella sanità e poi pensare e adottare una norma, come quella che abbiamo cancellato, che di fatto avrebbe aperto la direzione generale di Asl e Ospedali a persone che, senza nulla togliere all'importanza dell'esperienza di parlamentare o di consigliere regionale, non possono essere certo considerate esperte di gestione e organizzazione di azienda.

La politica è una cosa, la gestione della sanità pubblica un'altra e le due cose devono essere tenute ben distinte.

Ma, come sottolineato, non intendiamo fermarci qui.

La necessità che la politica della lottizzazione esca definitivamente dalla sanità nel suo complesso è, infatti, una necessità sulla quale auspichiamo si possa creare una reale condivisione tra tutte le forze politiche.

Non si tratta di fare facile demagogia "anti partiti", si tratta al contrario di far sì che la buona politica dei partiti possa riappropriarsi di quella capacità di lettura e di analisi dei bisogni e delle istanze della società, traducendola in azioni e fatti concreti e non in occupazione di posti e incarichi. Detto questo non si vuole, e sarebbe ridicolo

farlo, criminalizzare orientamenti e visioni personali che possono e debbono restare patrimonio di ciascuno, ma si vuole affermare che ciò che deve determinare la scelta di un Direttore Generale di un'azienda sanitaria o di un ospedale deve essere il curriculum e l'esperienza documentata, non la fedeltà a questo o quel partito. Qualunque esso sia.

5. Le risorse del sistema

5.1. La questione finanziaria e il nuovo patto sulla spesa

Il primo elemento di crisi di questa strategia va individuato nella costante sottostima, o meglio nella "incapacità" di stima, delle risorse finanziarie necessarie per il sistema sanitario che ha caratterizzato molte fasi della vita del Ssn e che oggi è giunta ad un punto di non ritorno con l'evidenza di disavanzi gestionali tali da far emergere un rischio reale di "non governabilità" del sistema stesso.

Tutto questo, quando stiamo vivendo un passaggio delicatissimo per la situazione economica e sociale del Paese che richiede una terapia d'urto in grado di dare, da subito, il segnale concreto di una svolta.

Da qui la decisione di avviare il confronto tra Stato e Regioni per la sottoscrizione di un "Nuovo patto per la spesa sanitaria" capace di traghettare il sistema verso una stagione di certezze e stabilità di governo, ormai avvertita come priorità assoluta da tutte le Regioni italiane, senza distinzione di colore politico o di collocazione territoriale.

Il dialogo per la definizione del Patto è in pieno svolgimento e troverà una prima sintesi il prossimo 4 luglio in occasione della presentazione delle linee del Dpef alle Regioni e del contestuale esame delle proposte regionali che saranno evidenziate al Governo in quella stessa data.

Posso qui anticipare gli orientamenti che il Ministero della Salute ha già ritenuto di condividere con le Regioni e il Governo:

1. Valutazione condivisa con le Regioni del fabbisogno di spesa, anche attraverso un attento riesame dell'appropriatezza dei Lea e tenendo conto del consuntivo di spesa dell'anno 2006.
2. Certezza di risorse finanziarie, individuando nel 6,6% del Pil per il triennio 2007/2009 un punto di partenza per la programmazione dei piani e delle politiche regionali, cui affiancare un fondo "straordinario" per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009.
3. Riconoscimento e valorizzazione di autonomie e responsabilità del governo regionale, cancellando vincoli unidirezionali e imposti e liberando la possibilità di ricorso all'autonomia impositiva locale.
4. Valutazione dell'andamento della spesa e del raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso la costituzione di un organismo bilaterale (Governo-Regioni) per il monitoraggio costante e in corso d'opera incentrato sulla dinamica di specifici indicatori di risultato.

I termini concreti di un accordo sulla sostenibilità del sistema sanitario possono essere i seguenti:

- lo Stato si impegna a ridefinire entro l'anno il sistema di finanziamento in modo da dare certezza circa le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale ragionevole (inizialmente triennio 2007-2009). Le Regioni vengono richiamate ad una assunzione forte di autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio: se una Regione ottiene guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, può utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate; se non li ottiene deve finanziare le spese eccedenti con risorse proprie (adottando misure specifiche, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi);

- il nuovo sistema di finanziamento si compone di una parte "ordinaria", che assicura risorse adeguate ai costi dei Lea nelle Regioni con performance migliori; e di una parte, scorporata dalla prima, che sia esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle Regioni meno virtuose. Questa seconda parte dovrà prevedere un percorso di rientro, quindi dovrà ridimensionarsi rapidamente nel tempo, e dovrà essere condizionata alla realizzazione effettiva delle azioni di efficientamento, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi e l'utilizzo pieno delle leve fiscali di competenza regionale. Per alcune Regioni sarà inevitabile prevedere l'affiancamento da parte del livello di Governo centrale fino al conseguimento degli obiettivi di rientro stabiliti.

5.2. La ricchezza delle professionalità

Il secondo livello di criticità da affrontare in termini di risorse è quello delle diverse e straordinarie professionalità impiegate nel sistema, oggi attraversate da una profonda crisi in termini di ruolo, potenzialità di innovazione, assunzione di responsabilità e garanzia di autonomia nell'esercizio del proprio lavoro.

Possiamo in questa sede individuare alcune grandi priorità per gli operatori del Ssn:

1. Sviluppo del governo clinico e assistenziale quale "sistema" di governo partecipato dell'azienda sanitaria locale, ospedaliera e territoriale, prevedendo forme specifiche e garantite di governance che si articolino nelle diverse strutture del Ssn. Il fine è quello di valorizzare e responsabilizzare l'esperienza clinica e assistenziale allo scopo di orientare il sistema verso l'obiettivo prioritario della soddisfazione dei bisogni del cittadino, attraverso modalità di intervento basate sulla qualità e l'appropriatezza nelle prestazioni e nei percorsi terapeutici e assistenziali.
2. Dare piena applicazione alla legge 43 del febbraio 2006 sulle professioni sanitarie. In proposito è già avviato e vicino alla conclusione il confronto con le professioni interessate (infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-

sanitarie e della prevenzione) per l'attuazione della delega al Governo finalizzata all'istituzione degli Ordini e degli Albi professionali relativi.

3. **Riforma del sistema dell'Ecm (educazione continua in medicina) e dello stesso percorso universitario nelle lauree nelle scienze mediche e sanitarie** in grado di recepire le nuove esigenze sanitarie e le nuove dinamiche professionali, con particolare riferimento all'umanizzazione della medicina, alla gestione delle risorse, alla gestione dei percorsi decisionali e al lavoro d'equipe. In proposito appare urgente ridefinire il rapporto tra Università e Ssn nell'ottica della sinergia e del superamento di ogni corporativismo.
4. **Avviare il superamento delle forme di lavoro atipiche che mascherano spesso un vero e proprio precariato o addirittura un "lavoro nascosto",** come nel caso degli specializzandi, favorendo politiche di integrazione e regolarizzazione contrattuale anche attraverso forme innovative e sperimentali dei rapporti di lavoro, in accordo con le Regioni.
5. **Costruire un nuovo sistema concorsuale per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie** (dipartimenti, strutture semplici e complesse, ecc.) che sappia coniugare la necessità di trasparenza nelle nomine, di competenza dei candidati e di massima condivisione nelle scelte con la funzione di responsabilità decisionale che riteniamo debba rimanere in capo agli organismi gestionali delle aziende, ma secondo criteri che prevedano:
 - Le caratteristiche del posto messo a concorso da definire nel bando
 - I titoli di carriera a carattere generale posseduti dal candidato
 - I titoli specifici per il posto messo a concorso
 - L'attività scientifica e le pubblicazioni del candidato
 - La verifica e la valutazione dell'operato in base ai risultati ottenuti nell'esercizio dell'incarico

5.3. Sindacato, impresa e Ssn: un nuovo dialogo per lo sviluppo

Tra i miei primi atti di governo voglio ricordare l'istituzione di un Tavolo permanente di consultazione con i Sindacati confederali. Un Tavolo che affronterà tutti i temi riguardanti la tutela della salute dei cittadini e dal quale si attendono contributi preziosi per la definizione del Patto sulla salute, da contrarre con tutti gli attori del sistema.

In proposito, non possiamo non recepire, in questa sede, la grande novità emersa nel dibattito interno alla Confindustria in merito alla questione sanità.

Dopo anni di politiche sostanzialmente orientate verso una visione liberista, con uno sforzo di analisi e approfondimento rimarchevole, gli industriali italiani hanno prodotto un coraggioso ribaltamento nelle proprie posizioni, arrivando a sostenere la necessità di mantenere e rafforzare il nostro Servizio sanitario nazionale quale grande elemento di stabilità economica e sociale per l'intero Paese.

Partiamo dai dati che evidenziano come:

- le persone occupate nelle oltre 250 mila unità locali che compongono la filiera della salute ammontano complessivamente a quasi 1,4 milioni (corrispondenti a più del 6% delle forze di lavoro occupate nell'intera economia).
- il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 149 miliardi di euro, pari all'11,1% del PIL dell'intera economia nazionale;
- i servizi sanitari contribuiscono direttamente e indirettamente per il 7,1% alla formazione della ricchezza nazionale, la distribuzione di farmaci e prodotti medicali per il 2,4% e l'industria della salute per il rimanente 1,6%.

Questi dati forniscono un'ulteriore conferma, da fonte certamente non ascrivibile al "partito della spesa pubblica", a quanto dichiarato dal Presidente Prodi nel suo discorso programmatico alle Camere e cioè che la sanità non può essere più considerata come un mero fattore di spesa pubblica ma come un vero e proprio volano per l'economia.

Un volano che, per iniziare ad essere universalmente percepito come tale, richiede un nuovo patto tra i diversi attori del sistema a partire dai grandi Sindacati dei lavoratori fino al mondo delle imprese, con il concorso dei diversi dicasteri competenti e in particolare Salute, Sviluppo Economico e Ricerca, con l'obiettivo di un nuovo piano di investimenti strutturali per il Ssn.

Un patto costruito sulla convinzione che questa filiera della salute ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare a tutti gli effetti una "grande impresa sociale" che crea ricchezza, know how, benessere e stimola innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale.

5.4. Il cittadino protagonista del sistema

Una riflessione non meno rilevante riguarda i cittadini e la loro centralità. Cosa significa dare effettività alla centralità dei cittadini?

Si potrebbe immaginare, e non sarebbe davvero poco, ad una azione in favore della attuazione effettiva di quanto già previsto dalle norme in vigore in tema di partecipazione. Ma ci serve, in realtà, qualcosa di più. Abbiamo bisogno, certamente, di incrementare quantitativamente luoghi, occasioni, momenti di partecipazione. Ma abbiamo bisogno, ancora di più, di mettere l'accento sulla qualità della partecipazione, puntando su di essa, ai diversi livelli per far emergere problemi e questioni irrisolti, ma anche, e soprattutto, per concorrere alla ricerca di soluzioni percorribili. Abbiamo bisogno di considerare i cittadini come risorsa strutturale del Ssn, e non quali meri destinatari di servizi e prestazioni e di valorizzare, all'insegna del principio di sussidiarietà, il tanto che essi fanno, ai diversi livelli, per la cura del Ssn come bene comune.

Non si tratta di promuovere una partecipazione generica, come per esempio la consultazione su scelte già pre-definite, quanto piuttosto una partecipazione attiva, un coinvolgimento vero nei processi decisionali.

L'informazione è una pre-condizione per forme di partecipazione così intese. Una informazione chiara e accessibile, rappresenta, peraltro, anche una modalità per render conto del proprio operato, non solo garantendo l'accesso passivo dei cittadini, ma anche lavorando per disseminare attivamente l'informazione stessa rendendo trasparenti e comprensibili programmi, attività, risultati raggiunti. L'introduzione crescente di modalità e metodologie di rendicontazione nei confronti dei cittadini dovrebbe diventare un vero e proprio asse strategico della nostra azione. Piani strategici, linee di indirizzo, programmi, attività effettivamente svolte, risultati conseguiti, bilancio di missione, dovrebbero diventare, progressivamente, strumenti routinari di dialogo con fasce sempre più estese dell'opinione pubblica, avendo cura di confrontare quanto era negli obiettivi programmati rispetto a quanto si è riusciti effettivamente a realizzare e a rendicontare.

Ciò che abbiamo in mente è un Ministero accogliente, in grado di farsi portatore di un segnale forte nei confronti del mondo delle organizzazioni di tutela e dei consumatori, puntando sulla accoglienza, l'ascolto, la valorizzazione delle competenze, il rafforzamento della dimensione civica come componente essenziale e vera e propria risorsa del sistema, la valorizzazione delle attività di documentazione dello stato dell'arte e valutazione dell'impatto sociale delle politiche che questo mondo è in grado di esprimere. Realizzare tutto ciò significa riconoscere ai cittadini l'esercizio di ruoli e funzioni nella cura di un bene comune come il Ssn. Per questo abbiamo già messo in cantiere un programma di attività con l'obiettivo di costituire una consulta permanente delle associazioni che rifugga dalla occasionalità ed episodicità che troppo spesso hanno caratterizzato nel passato i rapporti tra Istituzioni e Cittadino. Prevediamo un primo incontro aperto alla più ampia partecipazione, da svolgere nel prossimo mese di settembre.

6. La sfida della ricerca

Anche per la ricerca è tempo di cambiare. Cambiare approcci, metodi, politiche.

In primo luogo dobbiamo superare quella sorta di duopolio tra Milano e Roma, valorizzando le altre esperienze italiane (tra tutte, a titolo di esempio, quella di Bologna, particolarmente attiva ormai da molti anni) in una rinnovata logica di "rete".

Intendiamo poi dare un immediato riscontro alla richiesta di trasparenza e rigore nell'attribuzione dei fondi, come testimonia il nuovo decreto ministeriale, già all'esame della Stato-Regioni, che ha provveduto a revocare il precedente Dm del 23 febbraio 2006 e a stabilire nuove modalità, attraverso appositi bandi pubblici, per accedere ai 100 milioni di Euro finalizzati a progetti di ricerca nell'area dell'oncologia.

Detto questo, la situazione della ricerca sanitaria in Italia è oggi:

1. molto frammentata, con difficoltà a sviluppare (con la principale eccezione dell'oncologia) progetti di valore internazionale in aree ben definite;
2. caratterizzata da un quadro di forte insufficienza delle risorse disponibili;
3. complicata da un notevole carico di lavoro amministrativo per l'assegnazione e l'utilizzazione delle risorse nonché per cercare di assicurare il loro mantenimento nel tempo. Inoltre, sussistono alcune difficoltà degli istituti italiani ad accedere alle importanti fonti di co-finanziamento europee della ricerca scientifica e tecnologica e sui servizi sanitari, rappresentati dal Programma quadro comunitario della ricerca scientifica e dal Programma di sanità pubblica.

Sulla base di queste considerazioni, l'azione futura per migliorare la situazione sarà finalizzata a elaborare, in collaborazione con gli altri Ministeri competenti e le Regioni, un piano nazionale triennale di governo della ricerca sanitaria scientifica e tecnologica e sui servizi, tenendo conto delle priorità dell'Unione Europea e della necessità di rafforzare la costituzione di reti nazionali con la partecipazione dei diversi istituti di ricerca italiani.

Il discorso sulla ricerca va comunque allargato con l'obiettivo primario di collegare gli indirizzi di ricerca ai bisogni di salute del paese, alle priorità e agli obiettivi della programmazione sanitaria definiti a livello nazionale e locale. Allargare il concetto di ricerca oltre l'ambito bio-scientifico e quindi mettere in campo ricerche sociali che sappiano cogliere le questioni emergenti del paese (ad esempio, anziani e invecchiamento), ricerche sulla dimensione organizzativa del sistema sanitario per migliorare la sua efficienza e specifiche ricerche di economia sanitaria e nell'ambito delle professioni.

Una ricerca allargata vale come sinergia e come collaborazione tra le università, gli istituti pubblici e la ricerca privata soprattutto in ambito industriale.

Nell'ambito dei programmi di ricerca si rileva la peculiarità delle malattie rare che richiedono un'assistenza specialistica e continuativa di dimensioni tali da non poter essere supportata e sostenuta al di fuori di un importante intervento pubblico (cfr. paragrafo 11.4).

7. Una nuova politica farmaceutica

Il mercato farmaceutico complessivo ammonta a circa 19 miliardi di Euro, di cui 13 a carico del servizio sanitario nazionale per la spesa farmaceutica convenzionata. L'Italia è il sesto mercato mondiale ed offre una copertura pubblica superiore al 70%, che risulta tra le più elevate in Europa.

Questi dati e le esperienze maturate sino ad oggi ci convincono che sia giunto il momento per puntare su una piattaforma complessiva, una vera e propria "Nuova politica farmaceutica" da definire, implementare e gestire attraverso un tavolo istituzionale allargato alle diverse componenti del settore.

L'ipotesi di fondo è che il farmaco, pur in un contesto di spesa programmata, può diventare elemento di sviluppo dell'intero sistema e degli strumenti di traino per il miglioramento della sanità e delle politiche di welfare.

Ed è per questo che la promozione di una nuova politica del farmaco ha necessità di politiche di coordinamento e di integrazione con i differenti ministeri all'interno delle quali collocare la proposta di un tavolo fra il ministero della Salute, ministero dello Sviluppo Economico, Agenzia Italiana del Farmaco, con la partecipazione degli operatori di settore.

Quattro sono i punti di un'agenda per la "nuova politica del farmaco".

1. **Qualità, appropriatezza e controllo della spesa.** Dobbiamo assicurare un monitoraggio attento e costante della spesa per la farmaceutica convenzionata e non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta) a livello nazionale e a livello regionale, secondo metodologie trasparenti e condivise fra le parti, migliorando le attuali capacità di monitoraggio e soprattutto indirizzandole verso logiche di qualità e di valutazione dei risultati in termini di salute per i cittadini. L'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche costituisce l'elemento fondante per garantire qualità delle cure e rigore nell'utilizzo delle risorse. Vogliamo definire un programma condiviso con le Regioni, con le aziende e con i medici promosso e finanziato dal Ministero e dall' Aifa, per promuovere l'uso razionale dei farmaci, investendo in formazione e informazione con specifici progetti che favoriscano anche una nuova cultura per l'uso corretto del farmaco da parte dei cittadini.
2. **Un tetto di spesa che risponda ai nuovi bisogni di salute.** Nel quadro di una nuova politica in grado, come già sottolineato, di coniugare qualità e uso appropriato delle risorse, andrà posta anche la questione della verifica di una eventuale rideterminazione del tetto per la spesa farmaceutica convenzionata, come percentuale del Fondo Sanitario nazionale. Occorre infatti cogliere i mutamenti e le variabili di contesto, quali l'invecchiamento della popolazione, il

trasferimento dell'assistenza farmaceutica dall'ospedale al territorio, il costo assai elevato dei medicinali innovativi e la necessità di garantire un accesso uniforme ed appropriato in tutte le Regioni.

3. Gli accordi per lo Sviluppo e l'innovazione. Vanno definiti diversamente valorizzati gli accordi di programma previsti nella precedente finanziaria, stabilendo forme e modi per incentivare gli investimenti da parte delle aziende farmaceutiche finalizzandoli all'incremento delle ricerche cliniche in Italia, alla registrazione di farmaci innovativi, all'apertura di nuovi stabilimenti di produzione, all'incremento del numero di ricercatori, all'aumento della esportazione dei farmaci innovativi prodotti in Italia.
4. Per un mercato etico. Sulla base di quanto previsto dal nuovo codice comunitario è necessario individuare misure efficaci per la lotta agli sprechi e agli abusi. In questo quadro la questione della trasparenza e della correttezza nei comportamenti delle aziende nel loro complesso, ma anche da parte dei singoli operatori farmaceutici, soprattutto nei confronti della classe medica è questione da affrontare con decisione, con determinazione e con lealtà. Non possiamo infatti immaginare alcun patto in presenza di logiche di marketing così esasperate con ripercussioni sulla stessa legalità del sistema, come purtroppo abbiamo registrato ancora di recente.

8. Le grandi criticità

8.1. Tempi d'attesa

La problematica dei lunghi tempi d'attesa è complessa e di difficile soluzione. Vi si confrontano tutti i Paesi europei e in Italia è stata oggetto di ripetuti interventi, troppo spesso basati più sulla logica del proclama che su quella delle azioni concrete. La riduzione dei tempi di attesa liste si può ottenere solo attuando appieno quelle

pratiche di buon governo della sanità che devono finalmente diventare patrimonio universale del sistema sanitario italiano.

Nel momento in cui ho avviato la mia iniziativa di governo ho chiesto immediatamente alle Regioni una verifica congiunta di quanto attuato delle norme previste dalla precedente legge Finanziaria.

Il tavolo di lavoro, già istituito in precedenza e che si occupa della attuazione dei provvedimenti previsti dalla Finanziaria 2006, ha ribadito la necessità di rispettare tempi e scadenze fissati nella scorsa Finanziaria procedendo alla presentazione dei Piani operativi regionali per la riduzione dei tempi di attesa.

Sino ad oggi, quindi, sono stati rispettate le decisioni precedentemente assunte e le scadenze individuate. Il Governo è ora impegnato su più fronti. Non è infatti possibile immaginare di estrapolare un solo aspetto, in questo caso i tempi di attesa, da tutto il resto, e trattarlo isolatamente. Non abbiamo intenzione di fare alcuna demagogia, né tanto meno di sbandierare bacchette magiche che non sono a nostra disposizione. Bisognerà lavorare intensamente per assicurare soluzioni stabili, che incidano strutturalmente sul sistema, e assicurino, anche grazie a questo approccio, risposte durature e non episodiche ai cittadini.

Cominceremo quindi con la verifica attenta di quanto le norme previste dal precedente Governo hanno prodotto sino ad oggi e produrranno nei prossimi mesi, preoccupandoci di promuovere e sostenere, nella attuazione dei provvedimenti, la omogeneità tra le diverse aree territoriali, evitando il rischio di riprodurre le disomogeneità che caratterizzano ordinariamente il nostro sistema sanitario. Occasioni di questo genere dovrebbero essere utilizzate per recuperare al Ssn il suo tratto unitario, senza nulla togliere alla autonomia delle Regioni e al rispetto di quanto stabilito dal titolo V della Costituzione.

Il controllo del rispetto dei tempi massimi non può passare attraverso espedienti che lo depotenzino e lo rendano finto. I cittadini se ne accorgerebbero e si sentirebbero

truffati. Al contrario, uno degli elementi di successo risiede nella possibilità di mettere in piedi un sistema informativo adeguato ed efficiente, serio e affidabile, che ci consenta di disporre in tempo reale del polso della situazione e di assumere decisioni basandole su elementi oggettivi. Particolare attenzione, inoltre, dovrà essere dedicata alla informazione nei confronti dei cittadini che, spesso, non conoscono esattamente diritti e doveri e alla valorizzazione della loro capacità di monitoraggio e documentazione, attraverso organizzazioni sindacali, di tutela dei consumatori, dello stato dell'arte e delle principali criticità.

Infine, ma non in ordine di importanza, siamo convinti che anche su un tema così delicato il nostro sistema sanitario abbia già sperimentato, in diverse aree territoriali, soluzioni di successo e di maggiore equità, anche a parità di risorse investite, per esempio attraverso la utilizzazione degli accessi differenziati per codice di priorità. E' da queste esperienze, che hanno già mostrato di funzionare, che abbiamo il dovere, oltre che tutto l'interesse, di partire.

8.2. Progetto per l'Autosufficienza del Mezzogiorno

Noi proponiamo un "progetto mezzogiorno", cioè un progetto che garantisca ai cittadini del Sud le stesse possibilità di salute degli altri.

L'idea operativa potrebbe essere quella di istituire una task force per il mezzogiorno, che sia composta dalle Regioni, dalle Istituzioni tecniche, dal Ministero della Salute da affidare all'Agenzia per i Servizi Regionali, che anche per svolgere compiti del genere va adeguatamente reimpostata.

Ma in cosa consiste la questione mezzogiorno ?

A partire dall'indagine conoscitiva del Senato, che assumiamo come base di partenza, si può riassumere tale questione, come il problema dell'autosufficienza sanitaria del Sud.

Sia i problemi di insufficienza dei servizi, sia quelli di disorganizzazione, che quelli della scarsa fiducia nel sistema sanitario da parte dei cittadini, sia quelli degli squilibri

territoriali, ecc., sono alla base del fenomeno della mobilità sanitaria. I dati ci dicono che trattasi spessissimo di una mobilità ordinaria per prestazioni ordinarie.

L'autosufficienza sanitaria del Sud è quindi l'obiettivo politico da raggiungere al fine di ridurre nel tempo i flussi migratori da Regioni per favorire la spendibilità di tutte le risorse nel mezzogiorno.

Tuttavia non è possibile nessun intervento sulla mobilità senza prima aver verificato lo stato reale dei Lea nel mezzogiorno.

Serve una ricognizione che individui "cosa c'è e cosa non c'è". Sulla base di tale ricognizione è possibile distinguere due tipi di politiche:

- quelle che agevolano l'accesso ai Lea disponibili;
- quelle che in modo transitorio disciplinano con accordi interregionali le mobilità in attesa di creare condizioni per l'autosufficienza.

Ciò permetterebbe di distinguere "oggettivamente" una mobilità giustificata da una mobilità ingiustificata e di disciplinarle in modo diverso, ad esempio sottoponendo la mobilità ingiustificata ad un particolare regime di autorizzazioni, con obiettivi di disincentivazione.

L'altra idea operativa è quella di adottare misure di contro-mobilità (Nord verso Sud) cioè muovere anziché i cittadini del Sud gli operatori del Nord.

"Nord verso Sud" è un progetto di collaborazione, di solidarietà, di sostegno, da sancire con accordi interregionali.

A fronte di situazioni di mobilità giustificata l'idea è anche quella di includere, negli accordi interregionali, specifiche intese volte a proteggere i cittadini del Sud rispetto agli alti costi finanziari che le famiglie sono costrette ad affrontare, ai problemi dell'alloggio e all'accesso ai servizi sanitari e ai tempi dei trattamenti.

In questo ambito vanno definite misure che potremmo definire di "continuità assistenziale" tra strutture sanitarie del Nord e strutture sanitarie del Sud.

Un'altra idea del progetto è di includere negli accordi regionali un sistema di telemedicina che in parte sorregga la collaborazione a distanza, in parte riduca la

mobilità Nord/Sud delle risorse professionali al minimo indispensabile, in parte affermi un metodo permanente di collaborazione.

Non ignoro a questo proposito le richieste avanzate da alcune Regioni del Sud, in particolare, dalla Campania, di rivedere il meccanismo della quota capitarla ponderata. Ma una revisione del genere, per la sua delicatezza e per le ripercussioni che avrebbe, sulle altre Regioni, necessita di uno studio accurato da fare soprattutto con l'insieme delle Regioni. Si tratta, tra l'altro, di non scorporare tale questione da quella più complessa sul modello di finanziamento e sul modello di distribuzione allocativa delle risorse.

In attesa di ciò noi pensiamo di dare al Sud con il progetto Mezzogiorno due risposte che nel loro significato, anche finanziario, rappresentano una risposta, anche se indiretta, alle richieste di modifica dei criteri di riparto della quota capitaria.

Il primo l'ho appena spiegato e si può sintetizzare in una politica di aiuti per l'autosufficienza. Il secondo è di intervenire sulle carenze strutturali con dei finanziamenti ad hoc. La questione di fondo che ci pone il mezzogiorno e che vale per l'intero fare è che bisogna tornare ad investire in sanità. Un programma pluriennale di investimenti è la scelta fondamentale e qualificante che vogliamo compiere per i prossimi anni.

Ma il progetto mezzogiorno non può ignorare il malaffare spesso emergente nel Sud sanitario.

Una caratteristica della sanità del mezzogiorno è infatti quella di detenere un alto potenziale speculativo che in molti casi favorisce il "privato" rispetto al "pubblico" e consente fenomeni di malaffare piuttosto consistenti.

Questo problema che è a un tempo funzionale e di ordine pubblico, non va in alcun modo sottovalutato, costituendo, a sua volta, un decisivo fattore di sfiducia delle comunità e una fonte notevole di sprechi.

Si tratta di individuare quei settori che nel sistema sanitario del mezzogiorno hanno evidenziato in questi anni alti potenziali speculativi, come quello farmaceutico

(prescrizioni e distribuzione finale), quello diagnostico (rapporto pubblico-privato), quello delle strutture convenzionate di ricovero e, in generale, la delicata questione degli appalti e delle gare che nel Sud è particolarmente vulnerabile.

Per questi servizi ed altri, si tratta di mettere a punto un sistema di monitoraggio volto a controllare l'appropriatezza delle prestazioni, dei contratti, degli appalti e l'andamento dei flussi di spesa.

Infine, nel progetto mezzogiorno nel quadro degli accordi interregionali, prevediamo soluzioni di affiancamento e assistenza in particolare per le figure di direzione più importanti del sistema sanitario, al fine di rafforzare la capacità amministrativa del management nel suo complesso.

La lezione politica è che per il Sud non si tratta tanto di "copiare" il Nord ma di specificare le proprie caratteristiche con un proprio progetto.

8.3 Le carenze e le disuguaglianze nell'oncologia

Nonostante le professionalità indiscusse che il nostro Paese può vantare anche in questo settore del Ssn, l'area oncologica continua a presentare, sotto il profilo assistenziale, una serie di criticità, soprattutto nelle Regioni meridionali.

Le difficoltà riguardano essenzialmente la possibilità di ottenere una diagnosi certa e un intervento chirurgico in tempi brevi, di essere garantiti nell'accesso alla radioterapia, di poter disporre di assistenza adeguata al proprio domicilio, con l'attenzione necessaria ed indispensabile per la qualità della vita, nelle fasi terminali. Per quanto riguarda l'accesso ad una diagnosi certa e ad un intervento chirurgico in tempi brevi, sappiamo che una parte dei fenomeni migratori dalle regioni del sud verso il nord trovano proprio in questa difficoltà una delle ragioni principali. Lo stesso dicasi per quanto attiene alle prestazioni di radioterapia. Sappiamo che nelle regioni meridionali disponiamo, in questo momento, di poco più della metà delle unità di radioterapia delle quali avremmo bisogno per servire adeguatamente quel bacino di utenza, e sappiamo anche che ogni anno tra il 40 e il 50% di chi ha necessità di una

prestazione di radioterapia si sposta verso le regioni del centro-nord, intasando le liste di attesa delle strutture di destinazione. Ancora oggi il nostro Paese, in conseguenza di quanto appena detto, esporta ogni anno l'8% dei pazienti che fanno radioterapia in paesi limitrofi come la Francia. Non si può non ricordare, a tal proposito, che quasi la metà delle risorse messe a disposizione dal piano di potenziamento delle strutture di radioterapia (art. 28, comma 12 della L. n. 488/1999) restano, a tutt'oggi, non spese. Una azione per il recupero di questi finanziamenti e la loro utilizzazione immediata sarà messa in cantiere quanto prima per ovvie ed evidenti ragioni.

Sinora abbiamo parlato di quanto, in ambito oncologico, viene messo a disposizione delle strutture ospedaliere. Un'attenzione a parte merita la domiciliarità, vero elemento di debolezza del nostro sistema. Occuparsi di ciò significa, di fatto, preoccuparsi di dare il giusto peso alla qualità della vita nelle fasi terminali. Dare concreta dimostrazione della comprensione che la battaglia contro il cancro non può essere intesa solo come una sfida vita/morte, successo/insuccesso, ma che anche quando gli sforzi per sconfiggere la malattia sono vani si può e si deve impegnare tutto ciò che il progresso della scienza e della innovazione tecnologica mettono a nostra disposizione per la qualità della vita. Tutto ciò è parte integrante del percorso assistenziale e non qualcosa che può esserci o non esserci indifferentemente.

I dati e le informazioni a nostra disposizione, alcuni prodotti da organizzazioni di tutela impegnate sul campo, dimostrano che l'assistenza a domicilio, laddove viene messa a disposizione dei cittadini, è molto gradita perché allevia la pesantezza del vissuto quotidiano delle famiglie. Il problema fondamentale resta la sostanziale inadeguatezza quantitativa della offerta, con le solite disomogeneità territoriali, e la necessità di integrare, talvolta, di tasca propria le prestazioni offerte anche quando questa assistenza è assicurata. Il sistema si appoggia ancora troppo sull'impegno insostituibile delle famiglie o, comunque, di qualcuno che si prenda cura del malato, nella fase terminale. In una parte consistente delle realtà le misure di

terapia del dolore non sono garantite effettivamente e i cittadini lamentano ancora difficoltà nell'accesso ai farmaci oppioidi.

La presenza di posti letto in strutture di tipo hospice, che dovrebbero essere parte di un piano integrato di assistenza, resta una nota dolente. Cominciamo a raccogliere i primi frutti, su questo terreno, degli investimenti degli ultimi anni, ma la disponibilità di posti letto è ancora talmente esigua da non poter essere considerata una possibilità concreta a disposizione di cittadini ed équipe assistenziali. Vale la pena di ricordare, peraltro, che quote significative del programma nazionale per la realizzazione di strutture per cure palliative (art. 1, comma 1 del D.L. n. 450/98, convertito in legge dall'art. 1 della L. n. 39/1999, in attuazione di quanto previsto dal IV Obiettivo del Piano sanitario nazionale 1998-2000) restano ancora non spese, e anche per esse bisognerà mettere al più presto in campo una iniziativa per promuovere e sostenere la utilizzazione effettiva di queste risorse.

9. Un grande obiettivo: la Casa della salute

In sanità esistono molte priorità. Compito di questo Ministero, insieme alle Regioni, è quello di affrontarle tutte con cognizione dei mezzi e delle reali possibilità di soluzione.

In sanità non si possono ingannare i cittadini né gli operatori con facili promesse.

Ma, nell'ambito di questo programma di Governo, che vuole essere una prima agenda delle "cose da fare" che avrà costanti aggiornamenti e rimodulazioni grazie a quella politica dell'ascolto già avviata e che sarà una costante del mio mandato, intendo indicare fin d'ora "un grande obiettivo" di legislatura: quello di porre in essere l'effettiva integrazione socio-sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie a livello nazionale.

Solo così si potrà infatti realizzare quella continuità assistenziale, dall'ospedale al proprio domicilio, che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino.

L'integrazione socio-sanitaria richiede un forte sviluppo delle politiche sociali. Per questo da Ministro della Salute farò la mia parte per sostenere il Ministro della Solidarietà Sociale affinché il Fondo Nazionale delle politiche sociali sia dotato di risorse adeguate e perché siano definiti i Livelli Essenziali di Assistenza delle prestazioni sociali.

Nello stesso tempo vogliamo costruire presso il Ministero della Salute un organismo di coordinamento, prevenzione e indirizzo per lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e per la promozione e lo sviluppo delle cure primarie e intendiamo promuovere il prossimo anno, a Bologna, la 1^a Conferenza nazionale delle cure primarie.

L'obiettivo è quello di coinvolgere tutti i soggetti della medicina del territorio, di conoscere, confrontare e valutare le esperienze che si sono realizzate, i successi ottenuti e le criticità emerse per definire un progetto di medicina del territorio che possa essere apprezzato dai cittadini perché reale, vicino ed anche visibile.

Per far questo, bisogna partire dall'esperienza dei distretti.

Conoscere e valorizzare i successi e le eccellenze, ma anche capire come mai, pur previsto nel decreto legislativo 229/99, il distretto non è diventato ciò che doveva diventare.

Non è stata, e non è, solo una questione di finanziamento, ma di connivenze, inerzie, conservatorismi ed arretratezza. A differenza dell'ospedale dove la storia e la legislazione hanno prodotto una forte identità strutturale, con propri modelli e rituali organizzativi anch'essi oggetto di una straordinaria evoluzione, la sanità territoriale è stata tradizionalmente un aggregato povero di ambulatori e di servizi senza una propria identità e senza un proprio radicamento nell'immaginario collettivo.

L'altro aspetto, insieme al distretto, è la presenza ed il ruolo dei medici di famiglia. Ruolo cruciale per promuovere la continuità assistenziale e offrire al cittadino un punto di riferimento che lo guidi nel suo percorso di formazione, cura e riabilitazione. La convenzione dei medici di famiglia prevede, tra l'altro, lo sviluppo delle cure primarie attraverso la costituzione di nuovi modelli organizzativi sul territorio come l'Unità Territoriale di Assistenza primaria e forma di aggregazione dei medici di famiglia.

Vogliamo realizzare queste esperienze e proporre ai medici di famiglia un patto di diritti e doveri: diventare il perno del sistema delle cure primarie in un sistema di *governance*, un governo clinico del territorio che costruisca la squadra tra medico di famiglia, medici del distretto, specialisti ambulatoriali, professioni sanitarie in un lavoro che deve essere a rete e non più gerarchico e frammentato.

L'evoluzione del distretto, la figura rinnovata del medico di famiglia e di quello ambulatoriale, il ruolo forte delle professioni sanitarie e sociali può portare alla definizione di un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della salute.

La Casa della salute potrebbe diventare la struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione.

Nella Casa della salute lavorano insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base con il loro studio associato, gli specialisti ambulatoriali.

La Casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano; si persegue la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l'educazione sanitaria e le corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche; si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare ed infine si

istituzionalizza la partecipazione dei cittadini che viene garantita attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate.

Nella Casa della salute, dunque, devono potere essere effettuati tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno. Nella Casa della salute deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e devono venire attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina che consentano una diagnosi specialistica di 2° livello.

Nella Casa della salute, inoltre, attraverso l'elaborazione da parte degli operatori che in essa operano, devono trovare implementazione le linee guide condivise e i percorsi terapeutici ed assistenziali sulle principali patologie realizzando quella continuità terapeutica tra la fase acuta e quella della post-acuzie e riabilitazione oggi mancante. Questa ipotesi di riorganizzazione e crescita del sistema delle cure primarie la proponiamo al confronto, alla discussione di tutti gli attori del territorio, dei sindacati, dei cittadini.

Non vuole essere un modello calato dall'alto, ma la proposta di un'idea, di un progetto utile a rendere concreta la ricerca e la discussione che potrebbe essere adottata in modo sperimentale in alcune realtà attraverso anche un sostegno finanziario del Ministero.

Un nuovo sistema di cure primarie può realizzare quella efficace integrazione, tanto auspicata, con la rete ospedaliera che deve proseguire la sua innovazione puntando sull'alta specialità e sulla ricomposizione dei piccoli ospedali in RSA, sedi di day-hospital, day surgery polispecialistici, centri di cure primarie.

10. Le “quattro” sicurezze

10.1. La sicurezza delle cure

Dopo anni di discussione, a volte ideologica, siamo ormai in presenza di una consapevolezza diffusa della esistenza di rischi connessi all'espletamento di attività mediche ed assistenziali. Le ragioni che sono alla base della accelerazione definitiva verso questa consapevolezza sono molteplici, alcune di origine finanziaria, altre legate ad aspetti deontologici e all'impatto sociale del fenomeno. Le problematicità più visibili con le quali facciamo i conti quotidianamente, ai diversi livelli, sono legate alla crescita del contenzioso medico-paziente, ed è evidente che i riverberi di esse non si limitano a quelli, pur rilevanti, di natura economica, ma comportano conseguenze assai più negative sul rapporto di fiducia tra medico e cittadino, per la crescita della medicina difensiva e la mancanza di serenità degli operatori.

Il tema riguarda ciò che possiamo indicare, più generalmente come “questione professionale”, e che proprio in ragione di ciò necessita di una pluralità di interventi, da quelli che riguardano il governo clinico a quelli che favoriscono la gestione del contenzioso attraverso la promozione e il sostegno di forme di conciliazione. **Abbiamo bisogno di ribadire, e rendere definitivamente chiaro, che ciò di cui ci occupiamo e che abbiamo il dovere di combattere è l'errore e l'evento avverso, non il professionista che ne è stato vittima insieme al cittadino.** Ma il tema tocca anche le attività di prevenzione e di riduzione del rischio clinico per costruire percorsi terapeutici e assistenziali sicuri. I concetti e le tecnologie di risk management sono ormai sufficientemente evoluti e si sono fatti strada all'interno di alcune realtà aziendali e regionali. Siamo ormai in presenza di un approccio alla materia in grado di contemperare gli aspetti più strettamente collegati alla attività clinica con quelli economico-finanziari o relativi al contenzioso e alla sua gestione.

Presso il Ministero della Salute è attiva una Commissione apposita che sta lavorando tenendo conto delle esperienze già maturate al livello europeo e di

quanto di positivo si sta già facendo nelle realtà più sensibili, tanto per quanto riguarda le Asl che le Regioni.

Ciò che emerge con forza è la forte disomogeneità degli interventi predisposti, con una scarsa propensione alla valutazione della efficacia di questi stessi interventi, e la difficoltà di creare un vero sistema di risk management. Si fa molta fatica, ancora oggi, a raccogliere i dati, fatta eccezione per quelli di fonte assicurativa, raramente resi pubblici, e di quelli provenienti dalle principali organizzazioni di tutela e di consumatori. Non si può non rilevare, peraltro, che l'attuale dimensionamento del fenomeno da parte delle assicurazioni risulta eccessivo, perché mirato sulle richieste di risarcimento più che su quanto effettivamente erogato, con evidenti danni per il Ssn, e che non sembra essere assolutamente praticata una verifica realistica dei rischi, azienda per azienda, partendo da una mappatura di quelli effettivi.

L'introduzione di misure e tecnologie di prevenzione del rischio, oltre a creare progressivamente le condizioni per la limitazione dei rischi da pratica medica ed assistenziale e la maggiore sicurezza delle cure, potrebbe essere utilizzata efficacemente per puntare ad una riduzione sensibile degli oneri assicurativi per le Aziende sanitarie che abbiano introdotto adeguate misure di prevenzione. Queste stesse misure potrebbero divenire, per altro, indispensabili per l'accreditamento delle strutture per il Ssn, come si sta già ipotizzando e realizzando progressivamente nelle Regioni che hanno messo in cantiere i provvedimenti più significativi su questo terreno.

10.2. La sicurezza nei luoghi di lavoro e nell'ambiente domestico

L'ennesima tragedia sul lavoro avvenuta lo scorso 24 giugno presso il cantiere di costruzione della nuova autostrada Catania-Siracusa, sollecita il Governo e tutte le Istituzioni competenti alla massima vigilanza affinché sia finalmente interrotta questa catena di morti evitabili che offende la dignità e l'anima dell'intero Paese. Non posso che associarmi al forte richiamo del Presidente Napolitano laddove sottolinea

"la necessità di una più costante e forte vigilanza per il rispetto delle norme e delle condizioni di lavoro".

E in questa direzione va l'impegno per l'elaborazione di un testo unico della normativa nel campo dell'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, sulla base dell'indagine svolta dal Senato sugli infortuni e malattie professionali, di "Carta 2000" e degli indirizzi dell'Unione europea. Nel contempo si intende procedere alla promozione del piano pluriennale di prevenzione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e si dovranno determinare le condizioni per una più proficua e serrata collaborazione tra Ispesl, Inail e Regioni.

Intendiamo inoltre avviare la revisione della normativa sulla sicurezza dei prodotti e per la realizzazione di una normativa ad hoc per gli ambienti di vita che faccia tesoro dell'esperienza fatta con la "626" negli ambienti di lavoro.

Appare utile anche avviare una politica di incentivi per l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (rilevatori per il fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua) sopralluoghi nelle abitazioni, accompagnandola da appositi interventi formativi.

Desidero, altresì, introdurre nell'ambito del tema trattato, il problema degli infortuni domestici, per la peculiarità che esso riveste, sovente sottaciuta.

In Europa, nell'arco temporale 1998/2000, si sono riscontrate quasi 20 milioni di persone vittime di incidenti domestici (7% della popolazione residente) con oltre 5 milioni di ricoverati (0,4% della popolazione residente) e 56 mila decessi.

In Italia si è registrato un incremento degli infortuni domestici del 64 % nel periodo 1988/2003. A maggior rischio bambini (per quelli di età compresa fra 0 e 4 anni gli incidenti domestici rappresentano la prima causa di morte!) e anziani, le casalinghe, particolarmente esposte (molti infortuni sono ascrivibili a scarsa informazione su uso di detersivi e farmaci).

Occorre infine valutare alcune azioni mirate per la popolazione anziana per la modificazione dell'ambiente domestico e promuovere l'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare e il senso di equilibrio.

10.3. La sicurezza ambientale

Occorre prioritariamente fare i conti con il recente passato che ci ha consegnato una condizione di generale peggioramento delle condizioni ambientali. Si rende pertanto necessario anche in questo settore improntare una politica volta al cambiamento.

Il testo unico con il quale ricapitolare il complesso della normativa, dovrà comprendere una nuova normativa sull'amianto ed il Governo dovrà adoperarsi affinché tutto il materiale contenente la fibra presente sul nostro territorio venga effettivamente eliminato ed i siti bonificati.

Identico impegno dovrà assumersi per eliminare tutte le sostanze tossico/cancerogene e mutagene impiegate oggi nella produzione come anche per dare immediata applicazione al REACH, la cui definitiva approvazione da parte del Parlamento europeo, dovrà essere sostenuta con forza e determinazione dai rappresentanti del Governo italiano per impedire modifiche peggiorative del testo già elaborato.

Contemporaneamente dovranno essere assunte idonee iniziative di sostegno per aiutare le strutture produttive ad adeguare i propri cicli lavorativi alle nuove disposizioni in materia.

Una iniziativa politica altrettanto forte dovrà essere condotta in tema di bonifica e controllo delle discariche disseminate nel Paese nelle quali è accumulato materiale di cui si ignora spesso provenienza e costituzione e che pertanto continua a rappresentare un pericolo per gli abitanti delle zone circostanti.

Una particolare attenzione dovrà essere riposta nel rafforzamento dei dipartimenti delle ASL i cui compiti istituzionali fondamentali sono prevenzione e vigilanza e

nell'azione di coordinamento dei diversi Enti tecnico- scientifici preposti al controllo monitoraggio delle condizioni ambientali.

10.4. La sicurezza alimentare

Il Regolamento comunitario n 882/2004CE prevede che per realizzare un approccio uniforme e globale in materia di controlli ufficiali, gli Stati membri stabiliscano ed applichino piani di controllo nazionali pluriennali conformemente a orientamenti elaborati a livello comunitario.

Questi orientamenti devono promuovere strategie nazionali coerenti, identificare le priorità in base ai rischi nonché le procedure di controllo più efficaci.

Ciò che richiede la legislazione comunitaria, al di là di competenze e delle attività che possono essere svolte dalle diverse Autorità centrali, regionali o locali, un approccio completo ed integrato ai sistemi di controllo.

Il Piano di controllo pluriennale deve coprire la normativa in materia di alimenti, mangimi, salute e benessere degli animali.

Il Piano di controllo pluriennale, che dovrà essere predisposto entro il 31 dicembre di questo anno per essere attuato a partire dal 1° gennaio 2007, dovrà fornire informazioni esaustive sulla struttura e sull'organizzazione di tutte le Autorità a vario titolo coinvolte nel sistema dei controlli ufficiali, definendone i ruoli, le responsabilità, le competenze, le relazioni gerarchiche e funzionali, i sistemi di controllo, nonché sulle risorse umane e finanziarie impiegate.

Il Ministero della Salute, pertanto, ha già richiesto la collaborazione degli altri dicasteri che operano nel settore controlli sugli alimenti, mangimi; con i servizi sanitari delle regioni e province autonome è stato attivato un tavolo di approfondimento ai fini della predisposizione del Piano pluriennale.

È intenzione del Ministero della Salute, predisporre pertanto il Piano pluriennale dei controlli, per il triennio 2007-2009, da presentare in Conferenza Stato-

Regioni ai fini della sua condivisione ed applicazione a livello territoriale, comprendendo anche i controlli sui prodotti importati.

Si sottolinea l'importanza della predisposizione, ma soprattutto della attuazione del Piano stesso, poiché la Commissione ed anche i Paesi terzi verso cui esportiamo i nostri prodotti, giudicheranno il nostro paese, sulla base non solo di quello che è stato programmato ma su quello che realmente è stato fatto.

11. Le "dieci" azioni già avviate e di prossimo avvio

11.1. La salute delle donne, la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salute del neonato

Obiettivo principale è la ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza, comprendendo il Progetto Obiettivo Materno Infantile e uno strumento legislativo che verrà approvato dal Consiglio dei Ministri, mi auguro rapidamente e possibilmente entro la metà di luglio, con gli opportuni contributi del Parlamento. Tale strumento si propone di tutelare la gestante e il neonato promuovendo una appropriata assistenza all'interno del percorso nascita da parte del Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza tramite l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri e la valorizzazione dei consultori.

La legge ed il progetto obiettivo materno infantile si propongono di ridurre il ricorso al parto cesareo e di limitare una eccessiva medicalizzazione del parto ed un eccessivo ricorso alle prestazioni diagnostiche che rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici.

Nel promuovere l'equità di accesso ai servizi particolare attenzione dovrà essere posta al divario Nord-Sud ed alle condizioni di vita delle donne immigrate.

Le regioni del Sud presentano infatti un gap negativo per quanto riguarda il ricorso al parto cesareo e all'anestesia generale, al tasso di mortalità neonatale ed infantile, al

sottopeso alla nascita, al ricorso all'allattamento al seno. Tra le donne immigrate inoltre si riscontra un maggior tasso di mortalità neonatale, un maggior numero di parti pretermine e ancora di bambini a sottopeso alla nascita.

Le donne straniere incontrano anche una maggiore difficoltà di accesso ai circuiti di informazione ed ai servizi sociosanitari.

La tutela della salute della donna ci induce ad aggredire alcune patologie che colpiscono le donne, vedi osteoporosi e tumore al seno, con azioni rivolte soprattutto al mezzogiorno dove il ricorso allo screening ed alle diagnosi precoci resta ancora insufficiente.

Intendiamo inoltre rivolgere attenzione particolare ad alcune specificità, come quelle vissute dalla donna immigrata, dalla donna con dipendenze derivante da patologia fisica e/o psichica, dalla donna che subisce violenza, dalla donna affetta da disturbi mentali (in particolare la donna colpita dalla depressione post partum).

All'esame, infine, l'avvio di un progetto sulla salute della donna da avviare in età scolare, in collaborazione tra i Ministeri competenti e che preveda il coinvolgimento degli studenti e delle loro famiglie.

11.2. La promozione e lo sviluppo delle terapie del dolore.

Consentire a ciascuna persona di vivere ogni stadio della vita con piena dignità e consapevolezza di sé, combattendo il dolore non necessario e avendo accanto le persone care, è un dovere fondamentale della comunità. Per questo vogliamo, d'intesa con le Regioni:

- promuovere e sviluppare le terapie del dolore secondo linee molto concrete: sburocratizzare e semplificare ulteriormente la prescrizione dei farmaci oppiacei attraverso la eliminazione del ricettario speciale;
- promuovere l'applicazione delle linee guida di "Ospedale senza dolore" a cominciare dalla misurazione del dolore come parametro vitale;

- rendere obbligatoria l'informazione degli operatori, a partire dai medici di famiglia, attraverso il sistema dei crediti ECM;
- aumentare l'informazione nei confronti dei cittadini per far comprendere a tutti che il sollievo non è solo desiderabile ma anche possibile.

11.3. La presa in carico della salute mentale.

Sarà questa una grande priorità di lavoro dei prossimi mesi attraverso la predisposizione di un nuovo Progetto Obiettivo per la Salute Mentale e lo svolgimento nel 2007 di una Conferenza Nazionale sulla Salute Mentale. Vogliamo coinvolgere istituzioni, enti locali, famiglie, volontariato, operatori sanitari e sociali in un progetto che consente di contrastare il fenomeno mediante obiettivi di prevenzione cura e riabilitazione.

Si tratta in particolare di:

- individuare in modo precoce i fattori di rischio;
- ridurre la transizione a forme più gravi di malattia;
- promuovere programmi mirati di prevenzione e diagnosi precoce sulle patologie meno gravi quali la depressione, disturbi d'ansia, disturbi dell'alimentazione, patologie che se individuate e ben trattate possono essere affrontate in modo più efficace e risolutivo;
- rivolgere maggiore attenzione e sviluppare idonee politiche di prevenzione e intervento per l'infanzia, l'adolescenza, gli anziani, i tossicodipendenti e gli alcolisti.

Aspetto cruciale del progetto salute mentale sarà poi la lotta allo "stigma", ovvero a quella forma di discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti della malattia mentale. E questo, attraverso il coinvolgimento delle Università per una attività costante di ricerca e formazione, la riorganizzazione dei servizi territoriali perchè diventino davvero in grado di prendere in carico la persona, di inserirla e

seguirla nella comunità attraverso il suo coinvolgimento attivo ed il sostegno alla propria famiglia, fermamente applicando e non cambiando la legge n.180 del 1978.

11.4. Le malattie rare

Nell'ambito delle attività di ricerca e di ampliamento delle possibilità assistenziali è in atto un attento esame delle attuali politiche nei confronti delle malattie rare.

In particolare si prevede:

- la realizzazione di un programma nazionale triennale sulle malattie rare;
- l'istituzione di un fondo nazionale per le malattie rare, per la ricerca, lo sviluppo e l'accesso dei pazienti ai medicinali orfani;
- l'istituzione di un Comitato Nazionale per le malattie rare, presso il Ministero della Salute (rappresentanti delle Regioni, dei seguenti Ministeri: Salute, Pubblica Istruzione, Università e Ricerca, Politiche per la Famiglia, Solidarietà Sociale e dell'ISS e delle associazioni di tutela dei malati) con compiti consuntivi e propositivi sulla gestione del fondo;
- la defiscalizzazione della ricerca su farmaci "orfani";
- la disponibilità e gratuità di farmaci (classe C), di alimenti, di dispositivi medici e di altre sostanze attive utili per la cura sintomatica e di supporto esclusivamente dei soggetti portatori di malattie rare.

11.5. L'impegno per le disabilità

Non solo la salute mentale ma anche le disabilità saranno il cuore della nostra attività. Con le associazioni interessate vogliamo riprendere un cammino che con il Ministero della Solidarietà Sociale, del Lavoro, della Famiglia e delle Pari Opportunità ci consenta di realizzare obiettivi di promozione e di pieno inserimento delle persone "diversamente abili". La rete dei servizi, la ricerca per la prevenzione, l'attenzione alla disabilità psichica grave saranno direttive cui intendo dare molta attenzione.

11.6. Le prime azioni per il Mezzogiorno

L'attenzione prioritaria al Mezzogiorno per superare alcune disuguaglianze oggi esistenti nelle condizioni di salute e ritardi nella organizzazione dei servizi. Nell'ambito di una politica nazionale e regionale che punti a garantire l'unitarietà del sistema, attraverso progetti e risorse mirate vogliamo diffondere le pratiche di prevenzione del tumore femminile e, sempre in campo oncologico, verificare la dotazione di strutture per la radioterapia, promuovere e valorizzare risorse e centri di eccellenza in loco per contenere la mobilità; sostenere progetti di integrazione socio sanitaria e di medicina del territorio.

11.7. La presa in carico delle persone tossicodipendenti

Il Ministero della Salute, come previsto dal programma dell'Unione, concorrerà con molta convinzione al lavoro in atto presso il Ministero della Solidarietà Sociale per la predisposizione di un nuovo provvedimento in materia di lotta alla droga e di tutela e assistenza del tossicodipendente.

Ma l'iniziativa non si fermerà alle indispensabili modifiche legislative da apportare alla legge "Fini-Giovanardi".

Con le Regioni, la Pubblica Istruzione e il Ministero delle Politiche Giovanili vogliamo infatti mettere a punto un programma di "prevenzione primaria" e di "prevenzione secondaria precoce", ancora poco diffusa nel nostro Paese, i cui destinatari sono i giovani che presentano iniziali comportamenti di consumo di sostanze stupefacenti (di tipo eccezionale, situazionale o ricreativo), oltre che la verifica dello stato della rete dei servizi territoriali e delle opportunità del reinserimento sociale.

Per questo intendo anche istituire una Consulta sulle tossicodipendenze con gli operatori del pubblico e del privato, le associazioni familiari e dei consultori per promuovere insieme gli interventi e le politiche necessarie.

Per quanto riguarda invece l'attuale legge del Governo Berlusconi, fermo restando che è indispensabile un nuovo intervento per modificarne radicalmente alcune previsioni e

in particolare quelle che equiparano, ai fini delle conseguenze sanzionatorie, il possesso e l'uso di cannabis al possesso e all'uso di droghe "pesanti", ritengo che alcuni interventi correttivi possano essere operati subito sul piano amministrativo, anche prima della modifica della legge.

E' infatti mia intenzione elevare, con atto amministrativo, il quantitativo massimo di cannabis detenibile senza incorrere nella presunzione di spaccio e quindi a provvedimenti punitivi fino all'arresto e al carcere. Inoltre, sempre con atto amministrativo, vorrei rendere più agevole la prescrizione di medicinali a base di "Dronabinol" (principio attivo analogo a quello della cannabis), ancora non in commercio in Italia, ma da tempo utilizzati in altri Paesi, anche europei, per alleviare le sofferenze di malati affetti da HIV, sclerosi multipla, tumore e altre gravi patologie.

11.8. La promozione del progetto "Un sorriso in salute"

L'odontoiatria è uno dei fattori fondamentali di benessere della persona e uno dei problemi più sentiti dai cittadini del nostro paese.

Il nostro progetto con le Regioni e con le professioni interessate, intende:

- ampliare i livelli essenziali di assistenza per quanto concerne i bambini e le persone anziane;
- offrire alcune prestazioni anche attraverso un accordo con le Professioni e i presidi pubblici;
- valutare la costituzione di un Fondo per le cure odontoiatriche.

11.9. L'attenzione alle persone anziane

Attraverso la costituzione di un Tavolo di lavoro permanente con i sindacati e le più importanti associazioni per affrontare alcuni problemi emergenti:

- il caldo estivo;
- le liste di attesa;
- la promozione della continuità assistenziale;

- il testo di legge per la non autosufficienza.

11.10. La rivoluzione tecnologica-comunicativa

La sanità avverte da tempo il bisogno di una profonda innovazione tecnologica e non soltanto in ambito clinico e diagnostico. La vera sfida è quella di portare avanti un'autentica rivoluzione tecnologica-comunicativa, basata sulla diffusione di tecnologie informatiche al fine di snellire, semplificare, rendere trasparenti e facilmente accessibili a tutti, i servizi e le prestazioni sanitarie, evitando sprechi di tempo, denaro ed anche vere e proprie "vie crucis" per il cittadino.

In gran parte del sistema sanitario, infatti, sono ancora i pazienti a spostarsi da una struttura all'altra per fare una prenotazione, per portare i referti dall'ospedale al medico di famiglia e viceversa. La prospettiva di questo lavoro è anche quella dell'incremento della deospedalizzazione e dello stesso utilizzo improprio e prolungato delle strutture residenziali per le persone non autosufficienti, grazie al potenziamento dei servizi di home care nel quadro della continuità assistenziale globale.

12. Conclusioni

Vorrei concludere con un riferimento al ruolo del Ministero.

Tale ruolo va ridefinito al fine di rendere questo Dicastero pienamente in grado di svolgere quei compiti di governo del sistema che la Costituzione prevede e che le stesse Regioni sollecitano con forza.

Un ruolo di indirizzo, accompagnamento, condivisione dei programmi e delle strategie di intervento, ma soprattutto di monitoraggio e valutazione dei risultati.

La cultura e la politica della valutazione è infatti l'innovazione significativa che dobbiamo introdurre nel nostro sistema sanitario. Per essere dalla parte dei cittadini e del loro effettivo esercizio del diritto alla tutela della salute.

Per questo intendo valorizzare le preziose professionalità e competenze interne al Ministero, utilizzare gli strumenti esistenti, superare la plethora di commissioni superflue e definire pochi e necessari strumenti di valutazione e monitoraggio della spesa e degli obiettivi di salute, quali la Commissione per la definizione dei Lea e il Comitato per la valutazione ed il monitoraggio.

Cruciale è inoltre la promozione di una nuova cultura del management sanitario. E a tal fine, nel 2007, avvieremo, sotto l'egida di un magistrato che ne sorvegli la corretta realizzazione amministrativa e finanziaria, una "Scuola di formazione in sanità pubblica", utilizzando strutture e risorse già a disposizione del Ministero della Salute.

Non è facile sintetizzare tutto quello che sta accadendo nel mondo della sanità fuori di noi e dentro di noi. Ma se mettiamo insieme le analisi, gli studi, le valutazioni anche internazionali, le nostre esperienze, i problemi comuni e peculiari, abbiamo la sensazione di trovarci in una posizione complessa e difficile, tra ciò che non c'è più e ciò che non è ancora.

Cioè tra modelli di welfare che si sono sviluppati e confermati negli anni con un grande sforzo di razionalizzazione, ma che ormai tradiscono contraddizioni, limiti e modelli di welfare da definire, da esplorare, alla ricerca di nuove e più efficaci condizioni di sostenibilità.

Essere in una transizione è difficile ma è anche l'unico modo per impegnarci in una prospettiva nuova che il New Deal della Salute vuole rappresentare.

