

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 cognizione che individui "cosa c'è e cosa non c'è". Sulla base di tale cognizione 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 sottponendo 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 capitaria 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 dicasì 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 èquipe 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<sup>a</sup> 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 detergenti e farmaci).

Occorre infine valutare alcune azioni mirate per la popolazione anziana per la modificaione 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-