

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
MIMMO LUCÀ

**La seduta comincia alle 10,35.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

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

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione del ministro della salute, Livia Turco, sugli orientamenti programmatici del suo dicastero, con particolare riferimento ai temi del governo clinico e attività intramoenia, dell'uso terapeutico della cannabis, dell'indennizzo a favore dei soggetti di cui alla legge n. 210 del 1992, nonché della situazione igienico-strutturale degli ospedali italiani.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, l'audizione del ministro della salute, Livia Turco, sugli orientamenti programmatici del suo dicastero, con particolare riferimento ai temi del governo clinico e attività *intramoenia*, dell'uso terapeutico della *cannabis*, dell'indennizzo a favore dei soggetti di cui alla legge n. 210 del 1992, nonché della situazione igienico-strutturale degli ospedali italiani.

Ringrazio, anche a nome della Commissione, il ministro Turco per la disponibilità manifestata a partecipare ai lavori della Commissione. Avverto che il ministro potrà rimanere con noi fino alle ore 13. Mi

auguro che il dibattito possa esaurirsi entro tale termine e che tutti coloro che lo desiderano abbiano la possibilità di svolgere il loro intervento.

Do ora la parola al ministro Turco.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Vi ringrazio per questa opportunità, che mi consente di fare con voi il punto su alcuni problemi rilevanti. Mi avete posto molte questioni, quindi la mia relazione non sarà brevissima.

La prima questione riguarda il governo clinico e l'attività *intramoenia*. Premetto che l'attività che stiamo svolgendo su questo tema — più precisamente mi riferisco alla predisposizione, come avevo detto, di uno strumento legislativo — si inquadra nell'ambito del lavoro più consistente che abbiamo portato avanti, ossia il patto per la salute con le regioni, per la cui promozione e sviluppo siamo adesso impegnati.

Ciò che abbiamo definito con le regioni è una metodologia di lavoro, sulla base del principio della cooperazione istituzionale. Tale metodologia consiste nell'istituire un tavolo tecnico paritetico Governo-regioni e nel prevedere un incontro mensile con tutti gli assessori, sulla base di un'agenda condivisa. I temi che abbiamo affrontato finora sono le cure primarie, le liste d'attesa, il governo clinico. Ritengo che la cooperazione e la definizione comune, non solo degli indirizzi ma anche dell'agenda, sia una metodologia molto utile.

All'interno della definizione del patto per la salute, vi è un altro aspetto rilevante sul quale abbiamo lavorato in questi mesi, cioè l'azione di affiancamento nei confronti delle regioni che vivono situazioni di gravi deficit o, comunque, problematiche. Tale azione di affiancamento ci ha portato a siglare il patto di rientro del debito con

la regione Campania e un'importante iniziativa con la regione Lazio (che, come saprete, deve estinguere un debito di 20 miliardi). L'azione di affiancamento, però, coinvolge anche altre regioni che vivono una situazione debitoria. Tutto questo ci vede impegnati (oggi stesso avrò un incontro con il presidente Loiero) a costruire sinergie ed alleanze più ravvicinate anche con altre regioni che hanno manifestato esigenze di aiuto nella realizzazione delle loro politiche.

Questa azione di affiancamento è un'iniziativa condivisa, nell'ambito del patto per la salute, che desidero sottolineare perché sta dando risultati proprio sul tema dell'efficienza per quanto riguarda la spesa (che è l'altra faccia della politica dell'equità).

DOMENICO DI VIRGILIO. Scusi, ministro, lei ha parlato di 20 miliardi!

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Cancello la cifra, scusate. Mi limito a parlare dell'atto d'intesa Governo-regione Lazio per il rientro del debito della regione Lazio.

Entrando nel merito della questione del governo clinico e dell'attività *intramoenia*, abbiamo iniziato da tempo un lavoro di consultazione insieme alle organizzazioni delle professioni mediche e sanitarie (è a vostra disposizione anche il calendario di questi incontri, che vi lascio) per affrontare la definizione di uno strumento legislativo attinente al governo clinico.

In questa sede mi sembra giusto parlare dell'impostazione con cui intendiamo affrontare questa elaborazione. In ogni occasione, a partire dalla presentazione delle linee programmatiche di attività del dicastero (avvenuta in questa Commissione ad inizio legislatura), ho fatto riferimento al decreto legislativo n. 229 del 1999 e alla necessità di procedere nella direzione della sua attuazione. Ho sempre sostenuto che, per quanto ci riguarda, vi è un problema non di riforme in campo sanitario bensì di attuazione delle stesse.

Questa conferma, tuttavia, non esclude la necessità di prendere atto del fatto che

l'evoluzione del contesto sanitario e della stessa sensibilità di operatori, decisori e cittadini verso obiettivi di qualità e sicurezza delle cure richiede uno sforzo ulteriore per garantire soluzioni che siano percepite come un segnale di concreto miglioramento delle risposte ai bisogni assistenziali e di salute.

Ci appare necessaria un'azione di ammodernamento del sistema sanitario, quindi un intervento di manutenzione sulla stessa legge di riforma del 1999 — o, piuttosto, di ammodernamento di alcune sue parti — per individuare e perseguire priorità che erano già presenti nel suo impianto ma che oggi vediamo con maggiore chiarezza.

Lo strumento legislativo che stiamo elaborando sul tema del governo clinico non è, dunque, una nuova riforma bensì un ammodernamento del decreto legislativo n. 229, un'opportunità per introdurre miglioramenti — Governo e regioni insieme — all'insegna della nuova stagione di corresponsabilizzazione e di collaborazione che è alla base del patto per la salute.

Questo intervento di ammodernamento tocca, in primo luogo, la missione, quindi gli stessi obiettivi che presiedono alla piena ed effettiva garanzia del diritto alla salute. Siamo assai più consapevoli, rispetto al passato, del fatto che alla tutela di questo diritto non concorrono soltanto i sistemi sanitari.

Abbiamo assistito ad un vero e proprio cambiamento di paradigma, con lo spostamento dall'attenzione pressoché esclusiva verso la malattia e la guarigione alla considerazione della qualità della vita come parte integrante dei percorsi assistenziali, anche quando si sa che restano pochi mesi di vita o si sarà costretti a convivere con una patologia cronica. Abbiamo imparato, a nostre spese, quanto sia indispensabile valorizzare salute e benessere nell'accezione più ampia, e a non considerare prevenzione e stili di vita come la cenerentola dell'impegno dei sistemi sanitari pubblici.

Gli esempi citati sono solo alcuni dei tanti che avremmo potuto richiamare, ma sono indicativi della maturazione di una

nuova consapevolezza su ciò che bisogna intendere oggi per tutela del diritto alla salute; di ciò non possiamo non tenere conto se vogliamo provare ad orientare sempre di più il sistema verso i cittadini e i loro bisogni.

Per questo, intendiamo il governo clinico come uno strumento di promozione della qualità del sistema. Il governo clinico e assistenziale deve riguardare ospedale e territorio. Esso può contribuire ad integrare una serie di elementi e questioni ormai giunte a maturazione, che cito: l'esigenza di assicurare omogeneità, per qualità e quantità, nonché per requisiti minimi di sicurezza e garanzie di efficacia, alle prestazioni erogate su tutto il territorio nazionale; la necessità di passare speditamente a percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali costruiti sull'appropriatezza e sulla centralità del paziente; il dovere di procedere con rapidità all'innalzamento dei livelli di sicurezza delle prestazioni, attraverso l'introduzione di tecnologie di prevenzione del rischio clinico; l'urgenza di cominciare a costruire il secondo pilastro della sanità pubblica, quello della medicina del territorio, a partire dalla riorganizzazione e promozione delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla presa in carico e alla continuità dell'assistenza nell'arco delle ventiquattro ore e sette giorni su sette; l'opportunità di aprire il sistema, nella sua interezza, alla cultura della valutazione, puntando con decisione sull'utilizzazione di indicatori di esito e valutazione in termini di obiettivi di salute conseguiti, più che di mera sommatoria di prestazioni erogate; l'esigenza di aumentare la trasparenza del sistema, a cominciare dalla rivalutazione del merito professionale e dalla ridefinizione delle norme sul reclutamento della dirigenza e sulla progressione delle carriere (si tratta di una condizione imprescindibile per assicurare alla sanità pubblica le migliori competenze, rilanciare le politiche del personale, incidere sul rapporto perverso tra sanità e cattiva politica, ridare fiducia ai cittadini); l'urgenza di dare effettività alla tanto declamata centralità del paziente, nella con-

sapevolezza che il sistema è chiamato ad un impegno che va al di là della corretta informazione nei suoi confronti.

È ragionevole immaginare che gli interventi ai quali abbiamo fatto cenno si ottengano reclutando e coinvolgendo le intelligenze, le volontà e le capacità delle risorse professionali delle quali il sistema sanitario dispone, medici e non, dell'ospedale e del territorio, nessuno escluso, per garantire ai cittadini prestazioni adeguate della più elevata qualità possibile nel contesto dato.

Nessuno ha in mente, quindi, di creare un contropotere clinico o delle professioni per contrastare quello gestionale del direttore generale, ma piuttosto si intende sollecitare e promuovere una proficua e indispensabile dialettica ed utilizzare il contributo di tutti. Solo da questa sintesi possono venire soluzioni utili.

Il governo clinico è dunque inteso come promozione della qualità delle prestazioni e come *governance* che stabilisca un maggiore equilibrio tra il potere e il ruolo del direttore generale e valorizzi fortemente le professioni, stabilisca una funzione di forte programmazione da parte della politica — e l'indirizzo da parte delle regioni —, promuova il ruolo degli enti locali e la partecipazione dei cittadini. Questo è l'aspetto cruciale attorno al quale vorremmo sviluppare lo strumento legislativo che stiamo predisponendo.

Per elaborare questo strumento legislativo abbiamo coinvolto categorie e ordini professionali, oltre che le regioni. In particolare, abbiamo tenuto i seguenti incontri: il 3 luglio 2006 con la dirigenza medica e veterinaria, il 4 luglio 2006 con gli ordini professionali, il 17 luglio 2006 con la dirigenza medica e veterinaria sanitaria, il 14 dicembre 2006 con la dirigenza sanitaria, i medici di medicina generale e i pediatri, il 22 gennaio di quest'anno con la dirigenza del Servizio sanitario nazionale. Sono previsti, nei prossimi giorni, gli incontri con i medici di medicina generale, con gli ordini professionali e con i direttori delle aziende.

Sulla base di questa azione di concertazione, pensiamo di pervenire, a breve,

alla predisposizione di un testo che vorremmo poter consegnare al Parlamento — come ci eravamo impegnati a fare — entro la primavera (fine marzo, inizio aprile).

Insieme alla predisposizione di uno strumento legislativo relativo al governo clinico, abbiamo affrontato il tema dell'*intramoenia*. Per quanto attiene alle norme relative all'esercizio della libera professione all'interno delle strutture sanitarie, vorrei segnalare in particolare due aspetti. Il primo riguarda lo stato dell'arte della realizzazione di spazi preposti a tale attività nelle aziende sanitarie ed ospedaliere. A seguito dell'emanazione del decreto-legge n. 223 del 4 luglio 2006, che ha previsto la proroga di un anno della possibilità di esercitare la cosiddetta *intramoenia* allargata, le regioni sono state chiamate dal Ministero a presentare entro il prossimo 31 gennaio i relativi programmi per la realizzazione degli spazi dell'*intramoenia*, usufruendo degli appositi finanziamenti previsti e ancora non utilizzati per la somma complessiva di 327,847 milioni di euro.

In occasione di questa proroga — voglio ricordarlo — è stato anche stabilito che il monte quantitativo di prestazioni sanitarie erogate in regime di libera professione *intramoenia* non può superare quello relativo all'attività ordinaria, e ciò anche al fine di scongiurare impropri allungamenti dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini.

Segnalo che tale attività è oggetto di costante confronto con le categorie interessate, al fine di trovare una soluzione operativa condivisa. Siamo contrari a richiedere, a luglio, un'ulteriore proroga. Pensiamo che per quella scadenza si debba presentare una soluzione condivisa, che consenta di salvaguardare, in ogni caso, il diritto alla libera professione *intramoenia* quale opportunità per il professionista nonché a garanzia di una maggiore disponibilità di offerta da parte del servizio pubblico nei confronti del cittadino.

Abbiamo tenuto un incontro con la dirigenza medica e i sindacati nel corso del quale sono state rappresentate, da

parte dei soggetti interessati, soluzioni diverse. Abbiamo convenuto che cercheremo di presentare al Parlamento una soluzione condivisa dall'insieme delle categorie professionali e dei sindacati. Ovviamente, sarò ben lieta se, prima della scadenza di luglio, vi sarà la possibilità e l'opportunità di un incontro preventivo in questa sede.

Siamo impegnati a fondo per far sì che le risorse stanziare per l'*intramoenia* vengano impiegate. Su questo punto saremo molto esigenti con le regioni. Proprio la settimana scorsa abbiamo inviato una lettera di sollecito perché sia rispettato il termine del 31 gennaio, entro il quale si devono presentare i piani per l'attivazione dell'*intramoenia* e per l'utilizzo delle risorse stanziare.

Il secondo aspetto che desidero segnalare riguarda l'obiettivo di ripristinare l'esclusività di rapporto. Su questo abbiamo, come Governo, stabilito un indirizzo che è stato ribadito anche recentemente d'intesa dal ministro della salute e dal ministro dell'università. Ritengo che questa condivisione rappresenti un fatto importante. Tale indirizzo, che è stato discusso con le organizzazioni mediche, con i sindacati, con gli ordini, consiste nel ripristinare l'esclusività di rapporto, legata alla durata dell'incarico (quindi reversibile) per i dirigenti di struttura complessa del servizio sanitario (ex primari e attuali capi dipartimento), mantenendo comunque per queste figure la possibilità di svolgere attività libero-professionale ma solo in regime di *intramoenia*.

Pensiamo che questo indirizzo debba trovare la sua sanzione nell'ambito della legge delega sul governo clinico. Non riteniamo di dover compiere interventi straordinari, urgenti, poiché abbiamo scelto la strada della concertazione, quindi con gli ordini professionali e i sindacati l'indirizzo è chiaro. Per quanto riguarda il contesto in cui inserire quest'ultimo, pensiamo che non debba trattarsi di un provvedimento d'urgenza o altro, bensì di uno strumento legislativo che, in modo compiuto, affronti la questione del governo clinico.

Per ciò che concerne tempi e liste d'attesa - tema relevantissimo -, sapete meglio di me che all'origine del problema vi è una molteplicità di cause, tra le quali cito le seguenti: l'insufficienza della capacità di produzione di prestazioni delle strutture sanitarie rispetto al bacino di utenza; la produttività inadeguata delle stesse strutture a causa di problemi organizzativi (numero di ore di operatività insufficiente, inadeguato o mancato coordinamento delle attività di prenotazione); il ricorso eccessivo ed inappropriato alle prescrizioni; la disomogeneità della capacità di attrazione dei cittadini da parte delle strutture erogatrici, in relazione alla diversa qualità delle prestazioni garantite e dei professionisti impegnati, che determina eccesso di richieste per alcune strutture e marcata sottoutilizzazione di altre (solo alcune).

Questi sono solo alcuni degli elementi che si riconoscono alla radice del problema delle liste d'attesa. Il problema è stato oggetto di attenzione da parte del legislatore attraverso una serie di norme, già a partire dalla fine degli anni novanta, che, tuttavia, non sono riuscite a portare a soluzione il rispetto di tempi di attesa ragionevoli per le principali prestazioni di diagnostica e di specialistica.

L'ultimo intervento in ordine di tempo risale alla scorsa legislatura e, in particolare, all'intesa tra Stato e regioni del 28 marzo 2006, quando è stato adottato, in attuazione dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

Il nuovo Governo ha ritenuto responsabilmente di applicare questa normativa e, soprattutto, di dare corso all'intesa, riservandosi di verificarne la fattibilità insieme alle regioni. Ovviamente, è stato istituito un tavolo tecnico sulle liste d'attesa e abbiamo predisposto più occasioni di incontro con le regioni fino a pervenire ad una diversa articolazione del piano. Le regioni nel loro insieme, anziché definire una lista di prestazioni sanitarie per le quali adottare tempi massimi di attesa, hanno suggerito l'individuazione di « pac-

chetti » di prestazioni relativi a precisi e completi percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, a partire da due gravi patologie, quelle tumorali e quelle cardiovascolari. Ciò al fine di garantire al cittadino tempi d'attesa certi, non solo per una singola prestazione ma per l'intero percorso diagnostico-terapeutico relativo alla sua patologia.

L'altro punto contenuto nel provvedimento, reso attuativo nel piano, consiste nel generalizzare i CUP come strumento di trasparenza e di informazione per i cittadini. Il piano nazionale per il contenimento delle liste d'attesa, in attuazione della normativa della precedente legislatura, si orienta in una duplice direzione: definire tempi massimi per le patologie più gravi, scegliendo - anziché l'elenco di prestazioni - il percorso diagnostico-terapeutico, e generalizzare l'esperienza dei CUP.

Le regioni si sono impegnate a presentare al Ministero della salute i piani regionali di attuazione della normativa nazionale entro il 31 gennaio 2007, cui faranno a seguito, entro il prossimo 28 febbraio, i piani aziendali locali.

In considerazione del fatto che la materia è difficile da governare, il metodo scelto consiste nel non fare propaganda (è inutile fare annunci se poi le cose restano come sono in quanto troppo complicate da governare), lavorando insieme, individuando quelle cose che assolutamente si possono fare e quei diritti che assolutamente si devono garantire ai cittadini.

A questo proposito, due dei diritti che riteniamo assolutamente praticabili e da garantire (intendiamo avviare una campagna informativa rivolta ai cittadini, perché essi devono conoscere i loro diritti prima di potere eventualmente sporgere dei reclami a fronte di carenze o inefficienze) - sono il diritto alle informazioni e quello a tempi certi nel caso delle patologie più gravi.

La terza questione che mi è stata posta (trattandosi di un argomento particolarmente complesso, rinvio ogni approfondimento al testo scritto che vi lascio) riguarda l'uso terapeutico della *cannabis*.

Sono numerose le norme internazionali che riconoscono e promuovono l'uso medico della *cannabis indica*. Solo per citare le più importanti, ricordiamo la Convenzione unica sugli stupefacenti, adottata a New York il 30 marzo 1961, ratificata dall'ordinamento italiano con legge 5 giugno 1974, n. 412. Preliminarmente, è opportuno ricordare che nel nostro paese è già previsto l'utilizzo di sostanze stupefacenti e psicotrope ad uso medico previa attività terapeutica dimostrata. I farmaci di scelta come antalgici per il dolore severo sono gli oppiacei di derivazione naturale e di sintesi.

È ben noto che la volontà delle istituzioni, in particolare del Ministero della salute, è quella di garantire un accesso più facile ai farmaci necessari a curare il dolore severo in quei malati che non rispondono ai comuni trattamenti antalgici effettuati con i classici antinfiammatori. Infatti, la scienza medica considera il dolore come una patologia a sé stante, che deve essere curata in quanto tale, indipendentemente dall'eventuale malattia primaria che lo determina. A tal fine, negli ultimi tempi, a partire dalla legge n. 12 del 2001, numerosi sono stati gli interventi normativi volti a semplificare e intensificare la prescrizione da parte dei medici degli analgesici oppiacei.

Da alcuni anni si sta affermando anche un riconoscimento a livello scientifico del valore terapeutico della *cannabis indica*, dei suoi principi attivi e degli analoghi di sintesi, come adiuvante nella terapia del dolore. I risultati scientifici disponibili documentano un'innegabile efficacia di queste sostanze sia come analgesici, sia come adiuvanti al fine di contenere i dosaggi dei farmaci oppiacei, permettendo di ridurre gli effetti indesiderati, la tolleranza e la dipendenza indotte da tali medicinali.

Inoltre, la *cannabis* e i suoi principi attivi si sono rivelati efficaci nel contrastare gli effetti indesiderati delle terapie farmacologiche prescritte per i malati di cancro e di AIDS, nonché nel trattamento di patologie neurodegenerative, quali la sclerosi multipla, il morbo di Parkinson, l'epilessia e altre ancora, quali il glaucoma

e l'artrite reumatoide. L'efficacia farmacologica è associata ad un accettabile indice rischio/beneficio, sia per l'assenza di eventi letali da sovradosaggio, che per gli effetti indesiderati, inferiori ad altri farmaci di comune impiego.

Allo stato attuale, in Italia l'uso medico della *cannabis indica* e le ricerche scientifiche sugli effetti terapeutici dei suoi principi attivi registrano un ritardo rispetto al panorama internazionale a causa della complessità e delle caratteristiche della normativa. Per questo abbiamo definito un testo di legge di semplificazione, in questo momento all'attenzione del Senato, che mi auguro possa essere rapidamente approvato.

Un'altra questione che mi è stata posta riguarda l'indennizzo in favore dei soggetti danneggiati da emotrasfusione. Il Ministero della salute, attraverso l'ufficio VIII della Direzione della programmazione sanitaria, eroga gli indennizzi ai soggetti danneggiati in modo irreversibile da vaccinazioni, trasfusioni e somministrazione di emoderivati infetti, ai sensi della legge n. 210 del 1992 e successive modificazioni.

Nell'anno 2001 è avvenuta, come previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 maggio 2000, l'attribuzione delle competenze in materia di indennizzi alle regioni a statuto ordinario, mentre le pratiche relative ai soggetti residenti nelle regioni a statuto speciale, secondo quanto previsto dall'articolo 10 del decreto legislativo n. 112 del 1998, sono rimaste di competenza statale. Pertanto, in tali casi, l'ufficio provvede al completamento della procedura amministrativa di riconoscimento del diritto all'indennizzo e all'adozione del relativo provvedimento di liquidazione delle somme dovute, ai sensi della citata legge n. 210.

Inoltre, in base all'accordo raggiunto in Conferenza Stato-regioni l'8 agosto 2001, spetta al Ministero anche la gestione degli indennizzi già concessi al momento del trasferimento delle funzioni tanto delle regioni a statuto ordinario che di quelle a statuto speciale. Più precisamente, l'ufficio si occupa di tutte le variazioni intervenute

relativamente agli indennizzi, come le cancellazioni per decesso, gli aggravamenti, le doppie patologie.

Va detto che nel corso degli ultimi anni si è registrata una crescita particolarmente rilevante del contenzioso giurisdizionale, tanto che questa attività è, al momento, la più gravosa per lo stesso ufficio. L'attività consiste in primo luogo nella predisposizione di una grande quantità di relazioni da inviare all'Avvocatura dello Stato (in media da 60 a 100 al mese) per la difesa in giudizio dell'amministrazione nelle cause civili pendenti davanti ai tribunali italiani, quindi nell'adozione dei provvedimenti esecutivi delle sentenze di condanna dei decreti ingiuntivi e degli atti di precetto, che pervengono in numero elevatissimo.

Oltre alle cause per ottenere in via giurisdizionale l'indennizzo, gli interessi legali e gli altri benefici previsti dalla legge, sono state proposte moltissime cause di richiesta del risarcimento del danno biologico *ex* articolo 2043 del codice civile, per le quali spesso il Ministero è condannato a corrispondere ingenti somme. Recentemente, è stata liquidata una somma di 13 milioni di euro, disposta con sentenza del tribunale di Bari, nei confronti di 53 talassemici che avevano citato in giudizio l'amministrazione. Attualmente, sono oltre 1.500 le sentenze in lista d'attesa per essere liquidate, con relative spese legali.

Un altro settore di grandissima importanza è quello dei ricorsi proposti contro il giudizio delle commissioni mediche ospedaliere, ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 210 del 1992. L'ufficio svolge la necessaria istruttoria, la invia all'ufficio medico legale per l'acquisizione del parere prescritto e predispose il decreto ministeriale che decide il ricorso stesso. Anche in questo caso i numeri sono molto alti, con una media di 3 mila ricorsi l'anno.

Vi è poi l'attività connessa alle istanze di richiesta di notizie, di accesso e/o di copia della documentazione, ai sensi della legge n. 241 del 1990, da parte di singoli cittadini, avvocati, patronati, associazioni, nonché quella legata al rapporto diretto e

telefonico con l'utenza. Per gestire questa attività sono stati utilizzati i fondi stanziati sul capitolo 2400 del bilancio del Ministero della salute. Nel 2007, questo stesso capitolo di bilancio ha potuto contare su uno stanziamento di 107.191.084 euro.

La disciplina normativa alla base dell'attività istituzionale dell'ufficio è in continua evoluzione in quanto, ormai, ogni anno vengono approvate nuove norme in materia. Ad esempio, la legge 20 giugno 2003, n. 141 ha consentito al Ministero di porre fine a numerosi contenziosi pendenti in materia di risarcimento del danno biologico. Attraverso una procedura innovativa, avviata già nel corso dell'anno 2004 e proseguita nel 2005, si è provveduto alla conclusione di oltre 700 transazioni e alla predisposizione di provvedimenti di liquidazione delle somme pattuite in favore di altrettanti soggetti emofilici delle somme concordate con atti di transazione.

Bisogna poi menzionare il decreto legislativo n. 250 del 2005, convertito con legge 3 febbraio 2006, n. 27, che ha previsto pagamenti, a titolo di ulteriore indennizzo, in favore di circa 800 soggetti emofilici, che non avevano potuto stipulare transazioni con il Ministero, ma che erano in possesso dei requisiti previsti dalla citata legge n. 141 del 2003. Nel corso del 2006, l'ufficio ha provveduto alla liquidazione delle somme spettanti a tali soggetti.

La legge n. 229 del 29 ottobre 2005 ha apportato importanti integrazioni alla legge n. 210, in particolare nella parte in cui viene assegnato a coloro che sono stati danneggiati da vaccinazione obbligatoria un indennizzo ulteriore rispetto a quello già corrisposto, pari a sei, cinque o quattro volte la somma già percepita, in relazione alla categoria assegnata a suo tempo. A tali soggetti spetta altresì un assegno *una tantum*, fino alla misura massima di dieci annualità, per il periodo ricompreso tra il manifestarsi dell'evento dannoso e l'ottenimento dell'indennizzo. Inoltre, nel caso in cui dalla vaccinazione obbligatoria sia derivato il decesso, successivamente all'entrata in vigore della legge, l'avente diritto può optare tra l'ulteriore indennizzo e un assegno *una tantum* di 150 mila euro. La

norma appena citata ha previsto uno stanziamento annuo di 30 milioni di euro sul capitolo 2400.

Con decreto ministeriale del 6 ottobre 2006, sono state definite le modalità procedurali di applicazione della legge stessa. Attualmente, l'ufficio sta effettuando le operazioni necessarie per la predisposizione e l'adozione dei provvedimenti individuali di liquidazione dei benefici previsti dalla legge n. 229. Nel mese di dicembre sono stati definiti circa 80 provvedimenti. Dopo la necessaria sosta per la chiusura dell'esercizio 2006 e le operazioni per l'apertura dell'anno finanziario 2007, verrà ripresa la procedura di erogazione dei benefici previsti nei confronti degli altri beneficiari (circa 250).

Ci sono poi due questioni per le quali sarebbe auspicabile un intervento del legislatore nel corso del 2007. La prima fa riferimento alla necessità di garantire, attraverso nuovi stanziamenti economici, benefici risarcitori — analoghi a quelli ricevuti dagli emofilici e ora dai vaccinati — anche ai talassemici (questione che abbiamo affrontato in finanziaria) che, pur presentando molte caratteristiche simili agli emofilici, non sono stati destinatari di analoghi benefici.

La seconda questione è relativa all'esigenza di regolamentare alcune situazioni sulle quali, nel corso degli anni, è stato registrato un intervento giurisprudenziale particolarmente significativo, tale da modificare sostanzialmente la disciplina rispetto all'originaria interpretazione data alla norma.

La principale di tali situazioni è quella relativa alla rivalutazione dell'indennizzo operata sull'intero importo dello stesso, comprensivo dell'indennità integrativa speciale, principio ribadito ormai costantemente dai giudici. Introdurre nell'ordinamento una norma di questo tipo significherebbe non solo assicurare parità di trattamento fra i danneggiati che hanno ottenuto una pronuncia giurisdizionale e quelli che non hanno ancora intrapreso il giudizio, ma anche poter realizzare un notevole risparmio sulle spese legali attra-

verso la cessazione della materia del contendere fra tutti i giudizi pendenti in materia.

Questi sono i due punti che richiedono un aggiornamento e, a mio avviso, un approfondimento legislativo (peraltro, mi pare che il tema sia già stato posto anche all'attenzione della Commissione).

Per quanto riguarda la situazione igienico-strutturale degli ospedali italiani — altra questione che mi avete posto — il problema è stato oggetto, com'è noto, di una specifica iniziativa ispettiva disposta dal ministro della salute e attuata dai NAS dei carabinieri. In particolare, le ispezioni sono state condotte dai NAS l'8 e il 9 gennaio scorsi ed hanno riguardato 321 ospedali sul totale dei 672 nosocomi pubblici italiani, così distribuiti: 89 al nord, 113 al centro, 119 al sud e nelle isole. Si è trattato di un'azione ispettiva straordinaria per la sua unicità, rapidità di effettuazione ed estensione.

La scelta degli ospedali da ispezionare è stata operata dai NAS in autonomia. Le ispezioni sono state rivolte alla verifica di eventuali carenze igieniche e strutturali; rispetto delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro; eventuali irregolarità di natura assistenziale; conservazione dei medicinali; smaltimento dei rifiuti ospedalieri e umani; presenza di fenomeni di assenteismo.

È stata ispezionata la quasi metà degli ospedali pubblici che, per dimensioni e capacità operativa, assorbono oltre il 70 per cento delle attività assistenziali ospedaliere. Dall'esame dei dati risultanti dalle ispezioni fin qui svolte emerge un quadro complessivamente positivo. Il 46,1 per cento delle strutture non ha presentato alcuna irregolarità, il 36,4 per cento ha fatto rilevare alcune violazioni amministrative e il restante 17,4 per cento irregolarità che prevedono, in base alle normative vigenti, la segnalazione all'autorità giudiziaria.

In primo luogo, è bene sottolineare che non è stata predisposta alcuna chiusura per gravi carenze, fatta eccezione per due locali deposito non aperti al pubblico, ai quali sono stati posti i sigilli; che in tutte



le strutture che hanno presentato irregolarità di qualsivoglia natura è stato, comunque, verificato che non sono pregiudicati i livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Le carenze sul piano dell'igiene, pulizia e conservazione degli ambienti sono state registrate nel 7,5 per cento della totalità degli ospedali ispezionati, tutti concentrati in quattro regioni. La carenza dei requisiti minimi strutturali è stata rilevata nel 2,5 per cento delle strutture ispezionate, concentrate in una regione. La carenza di adeguamento degli impianti di prevenzione, infortuni ed incendi è invece stata registrata nel 5,3 per cento dei casi, concentrata anch'essa in una regione.

È da segnalare, poi, la presenza di alcune partite di farmaci e reagenti diagnostici scaduti nel 2,5 per cento dei casi, concentrati in sette regioni.

Tra le infrazioni non segnalate all'autorità giudiziaria sono state riportate alcune irregolarità riguardanti il rispetto delle norme di divieto di fumo, intonaci con parti scrostate, superfici in linoleum con piccole lacerazioni, pavimentazioni non livellate.

I dati emersi sono stati valutati congiuntamente con gli assessori regionali alla sanità e con il presidente della Conferenza delle regioni, Vasco Errani. Le regioni, in un'ottica di collaborazione, intendono adottare provvedimenti per venire incontro alle irregolarità che sono state riscontrate, da indirizzare nei confronti delle strutture che sono risultate non pienamente conformi ai requisiti previsti dalla normativa di legge.

Abbiamo scelto la strada di portare avanti un'operazione di trasparenza massima insieme alle regioni. Dal momento che il governo della sanità e soprattutto delle strutture è posto in capo alle regioni, atti di imperio da parte del Governo (che peraltro lasciano il tempo che trovano) sono inutili. Più utile ci è sembrata la strada consistente nel chiedere alle regioni di assumere esse stesse determinati provvedimenti.

Per quanto riguarda il Governo, abbiamo promosso tre iniziative (non riguar-

danti, naturalmente, le ispezioni dei NAS). Intanto, l'attività dei NAS è un'attività ordinaria. Abbiamo chiesto di proseguire tale attività ispettiva (sia rispetto all'insieme delle strutture ospedaliere pubbliche, sia a quelle private convenzionate) come attività ordinaria.

Il tema della qualità e della sicurezza delle cure e dell'igiene richiede, però, interventi strutturali costanti e un'azione costante.

Pensiamo che i temi su cui si debba concentrare l'attenzione siano tre: la gestione del rischio clinico, la prevenzione delle infezioni ospedaliere e gli investimenti strutturali.

Permettetemi, ora, di fare un cenno (rimando al testo scritto per maggiori approfondimenti) ai programmi che erano attivi da tempo al Ministero e che quindi non sono in relazione né con le recenti vicende dell'«Umberto I», né con l'indagine dei NAS.

Per quanto riguarda la gestione del rischio clinico, sapete che le cause possono essere diverse e tra loro interconnesse: l'errore umano propriamente detto e l'errore causato da insufficienze organizzative di sistema. In realtà, l'errore umano è quasi sempre legato a carenze organizzative del sistema (ad esempio, carenza di formazione, scarsa comunicazione, mancata manutenzione delle apparecchiature e altro).

Vi cito brevemente alcune delle azioni in atto che, come Ministero della salute, abbiamo promosso: il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, con l'attivazione del «Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità» (quello dei dati, come sapete, è un aspetto cruciale); le raccomandazioni, che servono a fornire indicazioni per prevenire il verificarsi di eventi avversi; l'attività formativa importante, condivisa con gli ordini medici, per diffondere strumenti uniformi per aumentare le competenze degli operatori; il coinvolgimento dei cittadini, pazienti e utenti, per renderli protagonisti della propria salute e dei propri percorsi assistenziali (a tale riguardo, stiamo predisponendo una campagna informativa per

chiarire ai cittadini quali diritti devono poter esigere quando vanno in ospedale); gli aspetti medico-legali ed assicurativi, che pensiamo debbano trovare una soluzione nell'ambito del provvedimento legislativo relativo al governo clinico. Indicazioni più dettagliate al riguardo sono contenute nel testo scritto.

Segnalo che è attivo il Centro di riferimento nazionale sulla sicurezza dei pazienti — che abbiamo istituito nel mese di luglio — con la funzione di coordinare l'insieme delle azioni promosse. Il Centro rappresenta il tramite con l'Unione europea e, soprattutto, insieme alle regioni, ha il compito di dare un impulso, affinché tutte le aziende sanitarie si dotino della strumentazione necessaria per prevenire il rischio clinico.

Veniamo ora al capitolo delle infezioni ospedaliere. Come sapete, le cure mediche non sono prive di effetti collaterali: ogni atto medico porta con sé, a fronte del beneficio della cura o della diagnosi, un rischio di effetti collaterali. In ospedale il cittadino si sottopone a trattamenti diagnostici e terapeutici che includono manovre invasive, quali cateterismo, endovenose ed altro; una metà dei cittadini che va in ospedale lo fa per sottoporsi ad un trattamento chirurgico. Queste invasività interrompono temporaneamente l'equilibrio immunitario del paziente, aprendo ed entrando in spazi solitamente chiusi e sterili.

Inoltre, il cittadino ospedalizzato spesso si trova, per la sua malattia, in condizione di debolezza immunitaria ed è, quindi, più suscettibile alle infezioni. Infine, la vita di comunità dell'ospedale espone il singolo individuo a rischi di contagio dagli altri individui con lui ricoverati, ma anche dal personale ospedaliero, abitualmente colonizzato da germi ormai residenti nell'ambiente ospedaliero e spesso selezionati per resistere ad antibiotici e disinfettanti utilizzati in quell'ambiente. Tutto questo rende ineluttabile e mai completamente evitabile il rischio di acquisire un'infezione ospedaliera.

Nei nostri 672 ospedali ogni anno vengono effettuati circa 9 milioni di ricoveri

ordinari, quasi la metà di questi per intervento chirurgico. Dal 4,5 al 7 per cento di questi pazienti acquisisce un'infezione ospedaliera. Si tratta di infezioni della ferita chirurgica, infezioni urinarie, infezioni dell'apparato respiratorio e, più raramente, setticemie. La stragrande maggioranza di queste infezioni è trattabile con successo, ma circa l'1 per cento degli infettati ne riceve conseguenze mortali. Un terzo di queste infezioni sono dimostratamente prevenibili con misure semplici: il lavaggio delle mani degli operatori, la riduzione dei cateterismi non indispensabili, la disinfezione preparatoria della cute e la profilassi delle ferite, la mobilitazione precoce del paziente allettato e la ginnastica respiratoria.

Organizzativamente è dimostrato che la presenza di un comitato ospedaliero per il controllo delle infezioni, la presenza di un buon sistema di sorveglianza e l'attività di almeno un'infermiera addetta al controllo delle infezioni riducono sensibilmente il rischio dei pazienti.

La pulizia ambientale, lo stato delle strutture, il decoro dell'ospedale non sono direttamente correlati al rischio infettivo, anche se sono indicatori di cattiva qualità di gestione. Il controllo delle infezioni non è dipendente da drastiche ristrutturazioni ambientali, nemmeno dipende da sofisticate tecnologie diagnostiche e microbiologiche, bensì è praticabile con successo ovunque, come dimostra l'esperienza di molti ospedali di prima linea (per esempio in Africa e non soltanto nella civilissima e attrezzatissima Europa).

Da oltre vent'anni, nel nostro paese sono state emanate linee guida e indicazioni sulla sorveglianza e il controllo delle infezioni ospedaliere. In particolare, è stato raccomandato di costruire, in ogni ospedale, un comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere e di dedicare un infermiere al sistema di sorveglianza interno. Un'indagine del 2000 rilevava che solo un ospedale su due aveva istituito questo comitato e che solo nella metà era presente un infermiere addetto al controllo delle infezioni.

Anche al fine di rinnovare una strategia di contrasto efficace nei confronti delle infezioni ospedaliere, il 10 ottobre scorso è stato avviato, in 14 regioni italiane – d'intesa e su *input* del Governo –, il « Progetto nazionale cure sicure » (vi consiglio il relativo allegato) di prevenzione e lotta alle infezioni ospedaliere, con l'obiettivo di puntare ad una riduzione significativa dell'incidenza delle infezioni ospedaliere in rapporto ai ricoveri. Il 9 gennaio 2007 hanno aderito al progetto anche le restanti regioni. Oggi posso dire che questo « Progetto nazionale cure sicure » è stato adottato da tutte le regioni, tuttavia è sviluppato sul territorio nazionale in modo disomogeneo.

Tale progetto prevede, in particolare, di sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie; sviluppare sistemi di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, residenziale e domiciliare, e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale; definire specifici requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, relativi alla prevenzione e al controllo delle infezioni; promuovere l'adozione di pratiche assistenziali basate su valide e certificate conoscenze scientifiche, attraverso la diffusione di linee guida, la definizione di programmi formativi per il personale addetto al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria; realizzare programmi di comunicazione e gestione del rischio relativamente alle infezioni in strutture sanitarie e socio-sanitarie e nei programmi di assistenza domiciliare.

Insieme al progetto « Cure sicure » – ad esso attribuiamo moltissima importanza in quanto segue le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità –, abbiamo attivato un'indagine conoscitiva sul rispetto delle regole e dei protocolli di sicurezza ed igiene negli ospedali italiani, che integra l'attività ispettiva svolta dai NAS.

Le informazioni di carattere generale che vorremmo recuperare da questa indagine conoscitiva sono le caratteristiche della struttura ospedaliera; l'affidamento dell'attività di pulizia e sanificazione degli ambienti; la classificazione degli ambienti in aree a rischio differenziato. Dall'indagine dei NAS, con riguardo ai problemi su cui intervenire, emerge sicuramente la disomogeneità territoriale e, quindi, l'importanza di costruire l'unitarietà del sistema. Altrettanto importante risulta la valutazione attenta delle norme relative all'accreditamento e il controllo degli appalti.

Il processo delle esternalizzazioni è ineludibile, ma bisogna controllare molto attentamente i criteri e i requisiti che sono posti nel bando degli appalti assegnati per svolgere le attività di manutenzione. Per questo, nell'ambito dell'indagine conoscitiva, intendiamo approfondire tali aspetti e vogliamo far ciò in modo scientifico, in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese.

Un ultimo aspetto da affrontare riguarda gli investimenti per l'ammodernamento delle strutture sanitarie. Questo è un tema molto importante nel nostro paese. A mio parere, è fra quei temi che richiedono la massima collaborazione tra i diversi livelli istituzionali e il più alto grado di partecipazione delle professioni (ma anche il massimo di impegno e di partecipazione da parte dei cittadini).

Soprattutto, l'ammodernamento delle strutture sanitarie ci impone di prestare attenzione – me ne sono convinta sulla base dell'esperienza – ai tempi di attuazione. Non è solo un problema di quantità di risorse, ma di tempi entro i quali tali risorse vengono impegnate ed utilizzate. È un problema di qualità della progettazione, di capacità dei governi regionali di realizzare la progettualità che viene loro affidata dalle leggi. Peraltro, già l'indagine della Commissione del Senato, nella scorsa legislatura, segnalava questi elementi, ma il tema dei tempi, della capacità di progettazione, della struttura tecnico-amministrativa risulta assolutamente decisivo.

Su questa scia, abbiamo avviato un lavoro che è contenuto nella legge finan-

ziaria, nel patto per la salute. La legge finanziaria 2007 ha elevato da 17 a 20 miliardi di euro i finanziamenti previsti a partire dalla legge n. 67 del 1988 per il programma pluriennale di edilizia e ammodernamento del nostro sistema sanitario.

Di tale ammontare risultano essere stati finora spesi 14,5 miliardi, con una disponibilità residua di 5,5 miliardi, di cui 3 stanziati appunto nella finanziaria 2007. Di questi ultimi, sono già disponibili in tabella D della finanziaria un miliardo di euro, ai quali vanno ad aggiungersi ulteriori 500 milioni che, in base alle disposizioni vigenti, sono stati recuperati in quanto non ancora utilizzati. Questa somma va impegnata e stanziata nel 2007. L'impegno che abbiamo assunto con le regioni è quello di dimostrare il recupero di una capacità di efficienza, di stanziamento delle risorse, di progettualità, per far sì che ciò che è previsto per il 2007 sia davvero utilizzato e impegnato, con tanto di accordi di programma.

I rimanenti 4 miliardi di euro saranno invece erogati una volta presentati i programmi di investimento per la quota parte di 1,5 miliardi fino al completamento degli accordi di programma con le regioni. È da rilevare, tuttavia, che ai fini di un completo e pieno adeguamento di tutte le strutture sanitarie pubbliche ai requisiti minimi strutturali previsti dal decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, l'ammontare dei fondi residui *ex* articolo 20 risulta, ovviamente, insufficiente.

Il problema vero che abbiamo di fronte è quello di procedere ad una ricognizione del fabbisogno finanziario per quanto attiene all'ammodernamento delle strutture ospedaliere, ragionando in termini di rete ospedaliera e di rapporto col territorio. Pensiamo, però, che sia ancora più necessario definire una progettualità condivisa. Qual è il progetto di rete ospedaliera? Quali sono i requisiti minimi, sia in termini di struttura, che in termini di funzionamento? Non possiamo più avere un

paese a tante velocità: è fondamentale che si verifichi e si costruisca l'unitarietà del sistema.

Abbiamo chiesto alle regioni — ci incontreremo l'8 febbraio — di discutere insieme non soltanto sulle risorse che sono necessarie, ma anche sui tempi di attuazione di tali risorse e su quale progetto di rete ospedaliera sia necessario nel nostro paese. Per fare questo, cercheremo di realizzare — le forze del Ministero sono puntate in questa direzione — quell'attività di affiancamento che abbiamo iniziato con alcune regioni, innanzitutto quelle che sono risultate deficitarie, con la disponibilità ad estendere tale attività anche ad altre. Oggi incontrerò il presidente Loiero per stabilire come rendere concrete queste misure nei confronti della regione Calabria.

Infine, si è detto che la sanità è un investimento. Se questo è vero, essa va considerata come una grande infrastruttura del nostro paese. La rete ospedaliera, la rete dei servizi sanitari è una grande infrastruttura del nostro paese, quindi deve essere posta sul tavolo degli investimenti, non soltanto su quello del Ministero della salute. Da questo punto di vista, bisogna portare avanti un'operazione culturale, perché non è ancora acquisito che le strutture ospedaliere, le strutture sanitarie sono una grande infrastruttura del nostro paese.

GIUSEPPE PALUMBO. L'industria della salute!

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Esatto! Penso che sia importante stabilire — sarebbe la prima volta —, nell'ambito dei fondi strutturali 2007-2011, che i servizi e le strutture sanitarie rappresentano un filone di investimento, al pari degli investimenti in agricoltura, nelle infrastrutture e via dicendo.

È importante, altresì, che una simile linea di finanziamento, presente in un programma di investimenti nel nostro paese, sia stata condivisa con le regioni interessate e che i progetti richiedano alle regioni di fare sistema. Su questa linea,

abbiamo chiesto a ciascuna regione di indicare un punto di eccellenza che sia valido, però, per l'insieme delle altre regioni. Occorre, dunque, superare la logica del campanile: le risorse sono importanti, ma lo è anche la progettualità!

Pensiamo che si debba procedere su questa strada. Partendo da un'azione di definizione di una progettualità condivisa sul tipo di rete ospedaliera utile in questo paese, possiamo giungere al traguardo: quello della prossima legge finanziaria. Tuttavia, spendere bene le risorse stanziare — primissimo tema ma anche il più difficile — e attivare le progettualità e le capacità amministrative necessarie, certamente, non sarà sufficiente. Occorrerà che, sulla base di una valutazione attenta del fabbisogno, ciò diventi il tema della prossima legge finanziaria.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il ministro per la sua relazione, dalla quale mi sembra siano emersi numerosi argomenti per la nostra discussione, in linea con le nostre segnalazioni.

Do ora la parola all'onorevole Di Virgilio sull'ordine dei lavori.

**DOMENICO DI VIRGILIO.** Intanto, ringrazio il ministro per l'ampia relazione. In alcuni casi si è trattato di un elenco di problematiche e il ministro ha, giustamente, rinviato più volte alla lettura della sua ampia relazione.

Signor presidente, le chiedo come intenda organizzare il giro degli interventi affinché questa audizione risulti proficua per i cittadini, per il ministro e per noi. È evidente che i suggerimenti debbano pervenire al ministro non solo dai sindacati, non solo da una concertazione — giustissima e necessaria — ma anche da un confronto in ambito istituzionale, come avviene in questo momento.

Spero, dunque, che non saremo limitati ad interventi di 3 o 4 minuti, perché gli argomenti sono tanti e tali da richiedere un approfondimento. Personalmente, ad esempio, avverto che non impiegherò meno di 15 minuti per svolgere il mio intervento.

Segnalo che se pure abbiamo a disposizione un'ora e mezza, a mio avviso, non esauriremo tutta la discussione entro tale tempo. Potremmo, forse, prevedere un rinvio della discussione per esaminare a fondo la relazione del ministro oppure prevedere un suo ritorno in Commissione, quanto prima, per continuare il dibattito, in modo che ognuno di noi abbia l'opportunità di illustrare le proprie posizioni e dare suggerimenti su alcune delle problematiche emerse.

**PRESIDENTE.** Manteniamo l'impegno di concludere i nostri lavori per le ore 13, anche perché il ministro ha già preso un altro impegno. Disponiamo di un'ora abbondante di tempo per discutere. Nel caso in cui l'audizione non dovesse esaurirsi entro questo termine, chiederemo al ministro la disponibilità — che mi pare già assicurata — per una seconda seduta della Commissione. Se siete d'accordo possiamo procedere in questo modo.

È chiaro che quella di oggi è una discussione impegnativa, gli argomenti sono seri, di grandissima portata e attualità; dunque, non è mia intenzione fare il « castigamatti » sui tempi; mi appello però al senso di responsabilità di ognuno di voi.

Cerchiamo di cogliere questa occasione, evitando, se possibile, di andare oltre i 15 minuti per ciascun intervento.

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

**GIUSEPPE PALUMBO.** Signor ministro, ho ascoltato con molta attenzione la sua lunga relazione. Del resto, gli argomenti affrontati sono numerosi. Mi soffermerò, quindi, solo su alcuni di essi, in particolare sul problema dell'*intramoenia* e del governo clinico. Anche nel corso della passata legislatura ci siamo occupati per molto tempo di tali questioni (vi è anche un bel volume, a disposizione di tutti, sullo stato di attuazione della normativa e l'esercizio della libera professione medica intramuraria, che riporta le audizioni degli enti che abbiamo sentito sull'argomento).

Nel corso di tale lavoro - durato più di un anno, ovvero dall'inizio della legislatura fino al luglio 2003 - abbiamo ascoltato in quest'aula circa 24 rappresentanti di varie associazioni, per un totale di oltre dieci sedute. Alla fine, siamo giunti ad alcune conclusioni che pregherei il ministro di esaminare, anche perché potrebbero accorciare i tempi del suo lavoro. Mi riferisco, in particolare, alle audizioni e ai nuovi incontri che lei sta programmando e organizzando al Ministero e che noi abbiamo già svolto proprio nell'ambito di questa Commissione.

Non credo che le cose in Italia siano cambiate nel giro di tre anni...

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Vogliono essere sempre ascoltati!

GIUSEPPE PALUMBO. Lo so, però si potrebbero comprimere i tempi di lavoro esaminando quanto è stato già fatto; in caso contrario, rischiamo di parlare senza mai arrivare ad alcuna conclusione. Dovremmo riascoltare i rappresentanti dei medici, il sindacato dei medici e tutte le organizzazioni sanitarie, quando abbiamo già un documento che raccoglie i risultati delle precedenti audizioni?

Si giunse alla conclusione che la legge n. 229 - legge Bindi - che avrebbe dovuto migliorare la situazione, in pratica, era stata applicata solo in funzione dell'aumento stipendiale di tutti i colleghi medici, i quali, per il 96 per cento, passarono all'attività esclusiva *intramoenia* (al riguardo esistono dei dati riportati in tabella nel volume che ho citato). In questo modo, infatti, i medici avevano la possibilità di fare carriera - altrimenti non l'avrebbero fatta - e di percepire uno stipendio maggiore.

GIACOMO BAIAMONTE. Non potevano fare altro, altrimenti venivano tagliati fuori!

GIUSEPPE PALUMBO. L'agenzia regionale dei servizi sanitari riferì che questa operazione era costata 3 mila miliardi di lire lorde, a fronte di un incasso totale, per

l'esercizio dell'attività *intramoenia*, di appena 180 miliardi di lire. L'attività *intramoenia*, introdotta come novità per migliorare l'introito delle aziende sanitarie, era stata solo una spesa.

Ora, lei sostiene che bisogna riattivarla e migliorarla - è questo il primo punto che lei ha posto - e ciò significa che, se obblighiamo i medici all'esclusività del rapporto nell'arco dei cinque anni legati al loro incarico, dobbiamo anche dare loro la possibilità, come previsto obbligatoriamente dalla legge, di svolgere la loro libera attività professionale *intramoenia*. È questo il problema cruciale, il punto più importante che si pone anche nell'ambito del governo clinico.

Proprio sul governo clinico abbiamo presentato una proposta di legge - di cui sono primo firmatario - che contiene alcuni suggerimenti (che sicuramente possono essere migliorati e rivisti), derivanti dal lavoro svolto nella passata legislatura.

Come ho già detto e ripeto, nessun medico, nessun primario, nessun aiuto o nessun assistente - mi fermo alla vecchia nomenclatura, poiché vi sono affezionato - svolgerebbe la propria attività fuori dall'ospedale se l'ospedale gli offrisse le strutture necessarie per poterla condurre in maniera adeguata all'interno (un ambulatorio come quello attrezzato privatamente, sale operatorie, personale e via dicendo). Ribadisco che negli ospedali (lo ha visto anche lei, signor ministro, ed è emerso dall'indagine) in cui si è attuato questo principio, l'attività *intramoenia* è stata portata avanti con vantaggio da parte dei pazienti, della struttura e anche degli stessi medici.

Quanto, invece, all'obbligo del rapporto per i cinque anni, si tratta di una scelta che il Governo attuale intende compiere: noi l'avevamo fatta per un anno ma, dopo l'approvazione della legge sulla possibilità di scelta fra *intramoenia* ed *extramoenia*, la percentuale di medici passati al rapporto esterno è stata minima.

GIUSEPPE ASTORE. Perché stavano bene!