

GIUSEPPE PALUMBO. Esatto, ma non è questo il problema. Il problema è di ordine organizzativo!

Quanto al governo clinico, abbiamo avanzato una proposta di legge sul reclutamento (si è posto il problema del reclutamento delle figure direttive e non) proprio al fine di disciplinarne le modalità. Come è stato sottolineato in una precedente audizione, se prima il reclutamento lo stabilivano i cosiddetti « baroni » della medicina, adesso si è passati ad un'altra situazione, in cui esso è spesso governato dai politici, i quali, a loro volta, condizionano i *manager*. Questa è la verità ed è sufficiente pensare alle modalità di messa in atto del concorso per la dirigenza sanitaria: direi che è inutile farlo, poiché c'è una commissione che dichiara tutti i candidati idonei e un *manager* che poi sceglie sulla base di determinati criteri. Non accade mai che una commissione dichiarare idoneo uno dei candidati (che invece viene scelto sulla base di vari criteri che non intendo elencare, fra cui anche quello dell'appartenenza politica). È necessario davvero passare alla meritocrazia e, in questo senso, la nostra è una proposta che, pur già valida, può senza meno essere anche migliorata.

Sull'*intramoenia* allargata, lei ha detto che non si vuole stabilire alcuna proroga a luglio. Vorrei capire, allora, quali meccanismi saranno attuati. Lei ha affermato che siete ancora in una fase di studio e che state cercando di capire come si possa fare, ma vorrei sapere come faranno a svolgere la propria attività tutti i colleghi che attualmente operano in attività di *intramoenia* allargata.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Ho detto che lo decideremo con i sindacati dei medici, insieme.

GIUSEPPE PALUMBO. Siamo qui per cercare di capire, anche perché già quando svolgevamo il nostro lavoro non si avevano le idee troppo chiare. Nel corso delle audizioni, erano emersi infatti molti pareri contrastanti.

Pertanto, gradirei che quando le relative ipotesi di lavoro verranno discusse, lei

fosse così cortese da portarle a conoscenza di questa Commissione (la quale ha maturato una certa competenza non solo per l'esperienza sul campo, ma anche dal punto di vista legislativo) affinché possano essere esaminate e valutate.

Per quanto riguarda le liste di attesa, il primo problema da risolvere riguarda i CUP. I centri di prenotazione vanno attivati al più presto in tutte le regioni, almeno a livello regionale. A dire il vero, io ne proporrei l'istituzione anche a livello provinciale, così il sistema risulterebbe organizzato meglio (posto che a livello regionale risulta un po' più dispersivo).

Non sono poi d'accordo con lei sul discorso riguardante i pacchetti di prestazioni: è il medico che deve decidere il percorso diagnostico e terapeutico. Il medico deve potere decidere secondo scienza e coscienza e secondo i protocolli terapeutici che gli dettano la sua attività e la sua esperienza e non a caso, sulla base di pacchetti (anche se, ad onor del vero, a volte alcuni test diagnostici o alcuni esami vengono effettuati per altri motivi).

Un altro tema che lei ha citato riguarda il rapporto, importantissimo, tra *manager* e medici. Questo è il punto fondamentale di una riforma dell'attività sanitaria, soprattutto ospedaliera. Se non si attua, infatti, una collaborazione, la più stretta possibile, tra il direttore generale, il *manager*, il direttore sanitario e il personale sanitario e parasanitario di un dato ospedale, quest'ultimo non migliorerà mai.

Inoltre, quasi tutte le aziende — come lei saprà — vengono istituite secondo indirizzi specifici, anche al fine di evitare gli sprechi. Per esempio, una certa azienda avrà un indirizzo emergenza-urgenza, un'altra un indirizzo oncologico, un'altra ancora un indirizzo grandi specialità e via dicendo. Accade però — signor ministro, può avviare un'indagine, se crede, per verificare quanto le sto dicendo — che le aziende, nelle stesse province, si facciano concorrenza e, anziché dirigere la loro attività verso l'indirizzo al quale sono state destinate, istituiscano, ad esempio, un nuovo servizio di chirurgia toracica, di ostetricia, sebbene ve ne sia un altro

vicino. Questo è un problema molto importante perché se un'azienda è nata con l'indirizzo oncologico, deve sviluppare quell'indirizzo, e non, ad esempio, l'emergenza-urgenza. Si tratta di un criterio che, però, non viene seguito in tutta Italia.

Sulla questione della *cannabis* non mi dilungherò. Sarebbe bene, tuttavia, che i medici utilizzassero maggiormente le direttive esistenti per la terapia del dolore. Ricordo che, quando ero presidente della Commissione, i medici che venivano in audizione dichiaravano di non utilizzare neanche i ricettari speciali - che rimanevano accatastati presso il Ministero - per prescrivere i farmaci antidolore, i derivati degli oppiacei e così via. È necessario, quindi, sensibilizzare maggiormente la categoria.

Vengo infine ai recenti casi delle ispezioni. Si tratta di una questione che colpisce tutti, anche perché ogni giorno ne sentiamo una nuova: oggi in Calabria, domani in Sicilia, dopodomani nel Lazio, poi, ancora, in Lombardia o in un'altra regione. Ritengo che, al di là dell'indagine dei NAS, che hanno condotto ispezioni igienico-sanitarie, vi sia anche un problema di ordine organizzativo, importante quanto quello igienico-sanitario.

A ciò si collega un'altra questione, altrettanto importante, sulla quale ho avanzato la richiesta - che, purtroppo, non ha avuto seguito - di istituire una Commissione d'inchiesta, quella degli errori in medicina. Faccio notare che l'errore certamente si può verificare, ma spesso è legato ad un problema di ordine organizzativo generale presente nella struttura. Non so, onestamente, che cosa sia successo nel caso della bambina entrata in coma - sarà la magistratura ad occuparsene - ma i problemi organizzativi giocano sempre, a mio avviso, la loro parte (non vorrei, ad esempio, che si scoprisse che l'anestesista si stava occupando contemporaneamente, di qualche altra cosa e via dicendo). Le mie sono solo ipotesi, per carità, ma avendo vissuto per decenni in sala operatoria so cosa può accadere. Una

Commissione d'inchiesta in questo senso sarebbe importante: tranquillizzerebbe i pazienti e, soprattutto, i medici.

Un altro tema, che lei non ha citato, riguarda i problemi assicurativi. È una questione importante, che tutte le aziende evidentemente si pongono, poiché determina conseguenze economiche gravissime: alcune, infatti, non riescono nemmeno più a fare le assicurazioni obbligatorie.

Infine, un'ultima questione, sebbene non sia presente nella relazione, concerne l'ECM. Ribadisco l'importanza di un aggiornamento continuo - elemento fondamentale per il medico, ma soprattutto per i pazienti -, a patto che esso sia realizzato diversamente da come avviene attualmente.

DOMENICO DI VIRGILIO. Ringrazio ancora il ministro per la sua lunga e apprezzabile relazione, in parte, ma solo in parte, condivisibile. Vorrei partire da due considerazioni, legate ad argomenti che il ministro ha affrontato nella parte finale del suo intervento. La prima riguarda la centralità del paziente: tutti dovremmo lasciare questo luogo se non fossimo convinti che la sanità deve mettere al centro il paziente. In questa materia non esiste ideologia che tenga, altrimenti, davvero, non saremmo - per me è così - degni di sedere in questo posto, a rappresentare le istituzioni.

In secondo luogo, i politici devono capire che la sanità deve essere inserita nell'ambito di una programmazione di investimenti, come avviene per altri settori, poiché essa costituisce un settore fondamentale da sviluppare in un paese civile. I cittadini chiedono allo Stato, prima di ogni cosa, lavoro e salute: il resto viene dopo. La salute non può essere considerata indipendentemente dalle risorse economiche.

Tutti i paesi del mondo hanno problemi di risorse economiche da destinare alla sanità. Nell'ambito di un incontro sulla sanità (in occasione di un G8), il ministro della salute statunitense riferì di uno studio secondo cui per soddisfare appieno le esigenze della sanità bisognerebbe dedi-

care ad essa il 16 per cento del PIL, quota che neppure gli Stati Uniti possono permettersi. Questo esempio la dice lunga sulla vastità del problema.

Signor ministro, certamente lei dirige un Ministero molto delicato. Il Presidente del Consiglio e gli altri ministri devono comprendere che la sanità non può essere il fanalino di coda delle risorse che uno Stato destina ai diversi settori.

Mi permetta ora di richiamare rapidamente i diversi argomenti che sono stati trattati. Sul governo clinico, ritengo che esso sia il punto focale, di partenza, per ottenere, come cittadini, risposte concrete ai tanti problemi oggi ingigantiti dai *mass media*.

Proverò a dimenticare di essere un medico - non vorrei essere tacciato di fare *Cicero pro domo sua* -, ma non posso omettere una considerazione: gli interventi che lei deciderà, ascoltando tutti, devono sì mettere al centro il cittadino, ma devono, soprattutto, tenere conto di un principio, cioè che nell'ospedale lavorano operatori sanitari, ognuno con il proprio ruolo, la propria responsabilità, la propria formazione, la propria scienza e coscienza, i quali non possono essere completamente succubi del direttore generale.

Come ha sottolineato l'onorevole Palumbo, nella precedente legislatura abbiamo presentato (l'abbiamo riproposto nella legislatura attuale) un progetto di governo clinico, un nostro contributo, perché nella giusta ripartizione delle responsabilità in rapporto alla capacità e alla professionalità vediamo una soluzione ai tanti problemi esistenti.

Oggi, domina la figura del direttore generale, il *deus ex machina*. Non mi interessa sapere chi lo abbia nominato. I criteri stessi di nomina, probabilmente, vanno rivisti - come lei ha giustamente detto - e non possono limitarsi soltanto all'appartenenza politica, ma devono includere prevalentemente caratteristiche quali la professionalità e la capacità, da tutti i punti di vista.

Il direttore generale non può essere l'unico responsabile di tutto e capace di tutto. Occorre affidare ad ognuno le re-

sponsabilità nel proprio campo: bisogna ridare ai medici quello che hanno perduto, chiedendo loro, però, anche di assumersi la responsabilità totale di ciò che fanno. Nelle decisioni, per esempio, abbiamo prospettato l'intervento del Consiglio di direzione, formato dai medici, dai capi dipartimento, dai dirigenti di secondo livello, i quali dovrebbero dare, obbligatoriamente, nel campo di loro applicazione, giudizi e consigli al direttore generale. Diverso è il Consiglio dei sanitari, di cui - giustamente - devono far parte tutte le componenti dell'ospedale (infermieri e via dicendo), il cui compito consiste nell'esaminare ciò che la direzione, il Consiglio di direzione, il direttore generale propongono da vari punti di vista.

Bisogna ridare ai medici il loro ruolo, chiedendo ad essi il rispetto di tutte le norme e - come dirò in seguito a proposito della libera professione intramuraria - il rispetto di tutte le leggi, comprese quelle fiscali.

Lei ha detto che entro la fine di marzo e l'inizio di aprile intende presentare in Parlamento un progetto di governo clinico al quale saranno affiancati e abbinati gli altri provvedimenti presentati, al fine di una giusta valutazione. Non ci ha spiegato, però, quali siano queste linee fondamentali, a cui ha solo accennato! Leggerò, a questo proposito, molto attentamente la sua relazione, tuttavia non possono non essere previsti, fin da subito, alcuni principi, per esempio, quello secondo cui l'ospedale deve funzionare h 24, non h 12. Chiunque di noi abbia visitato gli ospedali esteri nei paesi più sviluppati, avrà avuto modo di constatare che alle 22 essi funzionano allo stesso modo che alle 9 del mattino.

Oltretutto, questo è un sistema che abbatte le liste di attesa. Non è concepibile che il cittadino italiano, pagando, ottenga una prestazione entro pochi giorni mentre, non pagando, sia costretto ad aspettare mesi. Ciò dipende dalla disponibilità, dall'accesso ai servizi che l'ospedale presta. Se l'ospedale lavora a tempo pieno fino alle 14, al 50 per cento fino alle 20 e, di

notte, solo per le emergenze, non può rispondere alle richieste dei cittadini.

La domanda di salute cresce sempre di più, perché il cittadino - giustamente - è meglio informato. La prevenzione - lo dico da quando sono medico, cioè da quarant'anni - costa allo Stato ma dà risultati in termini di risparmi successivi. È giusto che il cittadino prevenga le patologie in rapporto a tanti fattori e non si sottoponga ad indagini soltanto quando una data patologia si presenta, scelta che può diventare più rischiosa dal punto di vista psicologico, economico e delle prestazioni.

Penso, quindi, ad un ospedale che funzioni completamente, come detto, h 24. Una soluzione simile comporta una disponibilità di personale; ma i medici, in Italia, sono in eccesso, lo sappiamo. Manca, invece, il personale infermieristico (invito il ministro a tenere presente questo fatto). L'OCSE, in occasione di un incontro nel 2005, ha riportato un dato allarmante: in Italia mancavano 50-60 mila infermieri. In parte, abbiamo fatto fronte a questo problema reclutando infermieri in tutti i paesi dell'est europeo (anche se, secondo me, senza ottenere le risposte ottimali che ci saremmo attesi).

La riforma sulla professione degli infermieri, dal Governo di centrodestra realizzata, ha dato a questa categoria qualcosa in più rispetto al passato. Tuttavia, ancora di più deve essere dato loro, per far sì che i giovani intraprendano questa professione che, peraltro, oggi richiede una laurea, la frequenza di *master*, eccetera, risultando, quindi, tutt'altro che degradante.

Dal punto di vista economico, poi, i riconoscimenti sono troppo bassi, di conseguenza la carenza di personale infermieristico e tecnico può essere superata attraverso incentivi, che migliorerebbero anche la professionalità.

Per quanto riguarda il problema del *risk management*, in realtà esso è già stato inserito nel precedente contratto. È un problema serio. Spero che lei sia a conoscenza della quantità di denunce che sono state fatte in Italia. Come si dice, un

albero che cade fa più rumore di una foresta che cresce e noi abbiamo il vezzo - chiamiamolo così - di ingigantire gli episodi di malasana. Non vogliamo certo minimizzare la gravità degli episodi di malasana accaduti. Se però l'errore umano è sempre possibile, questo si riduce conoscendo i fattori di rischio, migliorando la preparazione e incentivando l'educazione medica continua di tutto il personale.

Tale educazione deve essere resa obbligatoria e dovrebbero essere presi provvedimenti punitivi - o simili - verso chiunque non si aggiorni. Del resto, la tecnologia e la scienza progrediscono, quindi il medico, quando si fa sera, non può sempre starsene tranquillo davanti alla televisione; o meglio, può farlo, ma deve anche dedicare una parte del proprio tempo, al di fuori dell'ospedale, al proprio aggiornamento.

È il sistema del *teaching by doing*, partecipando, per esempio, ai congressi non soltanto per apprendere ma anche per mettere in pratica. Si pone, quindi, il problema dell'obbligatorietà dell'educazione continua. Avendo partecipato, in prima persona, a tanti congressi, so bene che limitarsi ad ascoltare senza poi mettere in pratica quanto appreso non apporta alcun beneficio ai cittadini pazienti: bisogna sapere fare e questo discorso vale per qualsiasi specialità.

Tutto ciò riguarda il governo clinico. Relativamente alle attività libero-professionali, non citerò la mia esperienza, vorrei però fare notare quanto segue. L'*intramoenia* allargata è stata una costrizione, perché la legge n. 502 parlava già chiaramente in proposito: dobbiamo distinguere un'attività libero-professionale di tipo ambulatoriale ed una di ricovero.

La legge n. 502 prevedeva che ogni ospedale potesse avere da un numero minimo pari al 5 per cento fino ad uno massimo del 10 per cento di posti letto per la libera professione, aspetto di cui era responsabile il direttore generale. Perché non sono stati presi provvedimenti verso i direttori generali che non hanno ottempe-

rato a questa norma ben precisa? Perché non sono stati richiesti i fondi, che sono rimasti nei cassetti del Ministero?

Non intendo piangere sul passato, ma rilevo un dato di fatto che riguarda tutti, anche noi deputati al Governo nella precedente legislatura.

Nessuno obbliga i direttori generali a diventare tali. Se però c'è un concorso per tale ruolo e una persona si presenta, significa che è disponibile a fare ciò e questo nella sua disponibilità include il rischio di pagare se sbaglia in maniera grave. Non si tratta soltanto di raggiungere gli obiettivi e i premi economici: non può essere solo quella la spinta di chi opera nel settore della sanità!

Mi riferivo al problema dei ricoveri per l'attività libero-professionale: quando le strutture saranno in grado di porre al servizio dei cittadini il 5 o il 10 per cento dei letti? A quel punto vi sarà un giusto dualismo con il privato e il cittadino sarà libero - guai se non fosse così - di scegliere dove curarsi! Soltanto una parte dei professionisti hanno scelto - costretti - l'*extramoenia* o l'*intramoenia* allargata. Nella mia esperienza, infatti, non è vero che il medico porta i malati fuori dall'ospedale; al contrario, il grande professionista che vede nel proprio studio i pazienti, li indirizza verso l'ospedale! Tuttavia, spesso i cittadini mi domandavano dove sarebbero stati sistemati in ospedale o in quanto tempo sarebbero potuti entrare: a volte essi si trovavano costretti - loro malgrado - a scegliere la struttura privata.

Rimane però il problema della libertà di scelta di dove curarsi. Sono a favore del servizio pubblico nonostante abbia svolto la mia libera professione fuori dagli ospedali, perché costretto. I medici, secondo me, trovano giovamento nell'esercitare la libera professione solo nell'ospedale, quindi dobbiamo dare loro la possibilità di farlo. Non è possibile che si ritrovino in un « buco » dove fare le visite senza neanche un infermiere.

Cito un esempio relativo al settore della chirurgia: il chirurgo che fa l'*intramoenia* obbligatoria dentro l'ospedale, fuori dal-

l'orario di servizio, deve avere attorno a sé l'istologo che possa compiere un esame istologico in contemporanea, il radiologo che svolga le sue mansioni e via dicendo. E questo è sempre possibile?

La questione è complessa ed è per questo che il 31 luglio sarà necessario verificare quali provvedimenti possano essere attuati. Potrebbe trattarsi anche di un intervento graduale. Non penso che da adesso a luglio le regioni meno virtuose - ma non solo queste - siano in grado di mettere a disposizione dei cittadini - quindi dei medici - strutture adeguate sia per il ricovero, sia per le visite ambulatoriali in modo tale da poter ottemperare a quanto previsto dalla legge n. 502.

Questo è un problema critico, anche per quella minima parte di coloro - come ricordava l'onorevole Palumbo - che hanno scelto la non esclusività di rapporto. Peraltro, considero tale questione un falso problema e, personalmente, non penso che l'esclusività del rapporto abbia aiutato ad una soluzione concreta. È chiaro che chi sceglie il servizio pubblico deve fare ciò stando in ospedale. Il medico, però, non avendo il dono dell'ubiquità non può trovarsi contemporaneamente in ospedale e nella struttura privata nello stesso momento.

Non può esserci alcuna difesa per coloro che operano in malafede: dobbiamo dare delle garanzie ai cittadini e ai medici in questo senso.

Quanto alla medicina del territorio, si tratta di un capovolgimento inevitabile che interessa i medici di medicina di base. Ministro, ho chiesto la stessa cosa la volta scorsa e lo rifaccio a nome dei cittadini: in Italia ci sono 2.500 persone in stato vegetativo persistente, così come emerge da un'indagine ufficiale condotta in tutti i centri italiani. È stato prodotto un documento - penso che sia ora all'attenzione della Conferenza Stato-regioni - contenente le linee-guida operative per venire incontro a questi cittadini e alle loro famiglie.

Come possiamo pretendere che una famiglia abbia in carico un soggetto in tale stato, senza essere aiutata sotto altri punti

di vista? È necessario che essa possa contare su un medico, un infermiere a casa, un riabilitatore, uno psicologo e su un *bonus* (che mi auguro inseriremo nel fondo per l'autosufficienza, in modo che si possano pagare le prestazioni che non sono previste nei dispositivi medici e nel pronto soccorso). Diversamente, ci limiteremo, tutti quanti, a chiacchierare e a fare solo della demagogia, cosa che non giova ad alcuno. I cittadini ci giudicheranno in rapporto a quello che sapremo concretamente dare loro.

Inoltre, anche se il tema non era all'ordine del giorno, vorrei domandarle a che punto è il contratto per gli specializzandi, visto che i fondi ci sono ma rischiamo di perderli. Questo contratto avrebbe dovuto partire con l'inizio dell'anno accademico, a novembre (non conosco l'iter, quindi, mi domando a che punto sia tale contratto che, peraltro, è finanziato, per i prossimi anni, con 300 milioni di euro aggiuntivi).

Quanto ai talassemici e all'indennizzo, lei ha fornito un'ampia risposta. Io, però, ho presentato un emendamento in occasione dell'ultima finanziaria - d'accordo anche con molti colleghi dell'attuale maggioranza - che prevedeva 80 milioni di euro per l'anno 2007 e 60 milioni per il 2008 ed il 2011, al fine di indennizzare i circa 1.500-1.700 aventi diritto che non sono stati indennizzati - come gli emofilici - dalla legge 20 giugno 2003: questi cittadini hanno diritto all'indennizzo e al risarcimento! Le vorrei chiedere specificamente in che tempi ciò - anche se è un tema complesso e le richieste aumentano - avverrà.

Inoltre, riaprirei i termini per i cittadini che non hanno potuto fare, per diversi motivi, richiesta di risarcimento e di indennizzo. Per esempio, recentemente, 30 trasfusi occasionali, in seguito all'intervento della Cassazione, hanno avuto ragione e diritto al risarcimento ma non so a che punto sia il procedimento. Questi soggetti, peraltro, si aggiungono agli altri prima citati.

Per quanto riguarda la *cannabis*, lei ha fatto una giusta distinzione riguardo

all'uso terapeutico. Esiste già una commissione ministeriale che ha dato alcune risposte sul giusto utilizzo della *cannabis*. La terapia del dolore è fondamentale, ma noi medici non siamo adeguatamente formati perché prima non ci insegnavano ciò. Il decreto Sirchia ha rappresentato un passo in avanti, visto che la prescrizione di farmaci antidolorifici oppiacei è aumentata di 60 volte, tuttavia i medici devono essere formati ad applicare pienamente la terapia del dolore (essendo, tra l'altro, un loro compito quello di togliere il dolore ai pazienti).

Da cattolico, mi permetta una citazione. Quando non si parlava di bioetica, nel 1957, ad un congresso mondiale degli anestesisti, il presidente chiese se fosse lecito usare farmaci antidolorifici per lenire il dolore, anche se l'effetto secondario avrebbe potuto portare all'abbreviazione della vita. Pio XII, in quella occasione, rispose che, una volta espletati i propri doveri, era lecito ricorrere a questo metodo. Io mi sono sempre comportato in questo senso e sono dell'avviso che i medici non sappiano utilizzare appieno i farmaci antidolorifici.

Molte domande - ma non mi addentro nel problema - di eutanasia cadrebbero se fossimo più vicini al malato. Un conto è la terapia di una patologia che, ad un certo punto, può risultare inutile, o perché non esiste una terapia specifica o perché si è fatto tutto quello che si poteva fare, altra cosa è prendersi cura del paziente. Ciò non significa usare farmaci specifici, bensì farmaci antidolorifici e, soprattutto, stare accanto al paziente e alla famiglia: sono due cose diverse. Questa risposta ai cittadini è fondamentale.

L'assunzione di *cannabis* per uso personale è una questione diversa. Si tratta, indubbiamente, di due argomenti nettamente distinti. Sono favorevole all'uso della *cannabis* per progetti scientifici ben sperimentati. Mi permetta di richiamare, ancora una volta, la sua decisione di aumentare la dose minima che una persona può detenere senza incorrere in in-

frazioni. Mille milligrammi sono una dose sproporzionata, nel senso che l'effetto di uno spinello...

DONATELLA PORETTI. Perché fa confusione apposta!

DOMENICO DI VIRGILIO. Non faccio speculazioni, ma accetto la critica dell'onorevole Poretti. Chiedo però a lei, signor ministro, di concedermi un minuto alla fine di questa audizione per dirle cosa penso in merito a questo argomento.

Infine, un rapido cenno alla ristrutturazione degli ospedali. Signor ministro, lei ha girato in Italia, per gli ospedali, più di quanto abbia fatto io: non è possibile che ci siano ancora camere a sei, otto, dieci letti, con i bagni lontani cento metri! È veramente assurdo! Metta in pratica ciò che ha prima affermato, cioè mandi via i direttori generali che non utilizzano i fondi e coloro che non presenteranno progetti di ristrutturazione e di ammodernamento degli ospedali.

Nessuno va volentieri in ospedale. Come diceva un cardinale, passano più persone negli ospedali che in chiesa. Ciò significa che, volenti o meno, si tratta di un luogo con cui - ahimè - prima o poi tutti dobbiamo prendere contatto. Tutti vorremmo incontrare maggiore umanità non solo da parte dei medici ma nelle strutture stesse, che dovrebbero potere disporre di un livello terapeutico efficiente.

GIACOMO BAIAMONTE. Signor ministro, formulerò alcune osservazioni in riferimento a quanto da lei ha affermato nelle linee generali. In alcuni punti, se riterrà il mio intervento un po' aspro, non lo prenda come un fatto personale, perché la stimo veramente. È il concetto organizzativo a cui vogliamo dare peso nell'organizzazione della sanità che, da certi punti di vista, non condivido. Non affermo ciò per pura posizione politica. Infatti, sono stato critico nei riguardi della mia parte politica e del ministro Sirchia - proprio lui, da tecnico, avrebbe dovuto meglio considerare la situazione - quando non ha attuato alcune iniziative.

Inizio il mio intervento con il tema del governo clinico, cui lei fa spesso riferimento. Nella passata legislatura non solo la mia parte politica non ha considerato seriamente il problema, malgrado fossero stati presentati dei progetti di legge sul governo clinico (mi riferisco, in particolare, a quello presentato dall'onorevole Palumbo, che io stesso ho firmato), ma alcuni della sua parte politica, proprio in quest'aula, hanno fatto di tutto per non attuare quel disegno di legge che lei, giustamente, oggi, ritiene debba essere modificato.

La figura del *manager* è sorta con la legge n. 229 perché c'erano situazioni amministrative veramente gravi: negli ospedali la spesa non era contenuta. Nella legge n. 229 è stata quindi prevista la figura del *manager*, che doveva - anzi, era il suo compito fondamentale - controllare la parte amministrativa. Invece, il *manager* avendo ricevuto un potere enorme, ha cercato di mettere il naso in questioni che non avrebbe dovuto prendere in considerazione, prima di tutto perché non aveva la giusta esperienza, in secondo luogo perché si sarebbe dovuto attribuire tale responsabilità, sia civile che penale, ai tecnici competenti nei vari ambiti. Penso principalmente al direttore sanitario, ma anche ai primari, i quali - signori miei, diciamolo fuori dai denti, non perché sono medico e professore universitario - hanno oggi una preparazione nozionistica. Essi acquistano un potere enorme nella conduzione di determinati reparti, senza una preparazione anatomica e fisiopatologica fondamentale. Ciò accade perché sono stati collocati in posizioni apicali da persone che non conoscono le conseguenze per la vita del cittadino che lei, giustamente, definisce protagonista. Purtroppo, però, il cittadino è protagonista perché ci rimette la salute: quando va in ospedale, non lo fa per passeggiare ma perché ha bisogno di essere curato da medici che dovrebbero avere la giusta preparazione!

Tuttavia, oggi vedo solo una preparazione nozionistica. Per esempio, i policlinici universitari - questo è l'errore che abbiamo commesso - non devono essere

convenzionati con il Servizio sanitario nazionale per fornire delle prestazioni. Devono garantire la formazione, in modo che gli ospedali possano avere medici preparati dall'università. I policlinici universitari devono avere un numero limitato di posti letto, da utilizzare soltanto per la formazione e la preparazione e non per altro (magari per accontentare Tizio o Caio). Il professore universitario deve fare il suo mestiere, deve preparare le nuove generazioni di medici, deve continuare nella sua attività di formazione, non offrire prestazioni sanitarie, compito che spetta agli ospedali. Ci sono scuole che sono, purtroppo, scomparse e anche questo aspetto sta alla base della nostra organizzazione sanitaria.

Si sono attaccati i « baroni » universitari per certi aspetti, ma essi costituivano la base della formazione, della cultura che doveva avere un medico quando arrivava alle funzioni primarie, ossia quando aveva la responsabilità di portare avanti non solo un reparto, ma anche gli assistenti che lo seguivano nella cura dell'ammalato (il quale si aspetta di essere curato, non di ricevere delle nozioni).

A tale proposito, mi permetta di non accettare il concetto dei pacchetti di prestazioni. Signor ministro, il medico deve essere libero, secondo scienza e coscienza. Ogni malato è un caso a sé. Non posso, in quanto medico, avendo davanti un malato che viene da me per un tumore al pancreas, proporgli un pacchetto di prestazioni. Quell'ammalato, oltre ad avere quell'affezione, ne avrà altre al fegato, al polmone, al sistema cardiocircolatorio e via dicendo. Non si tratta, quindi, di concetti schematici: di fronte al malato il medico deve avere la preparazione giusta.

L'altro giorno un collega parlamentare è venuto da me protestando perché il suo nipotino di due-tre mesi è stato portato in ospedale per un'alveolite (malattia molto seria nei bambini) e gli sono stati somministrati dei fluidificanti (in base ad una conoscenza nozionistica), senza sapere che la sua malattia si era trasformata in una polmonite settoriale perché il muco era rimasto lì. Si tratta di concetti fisiopato-

logici: il medico non può fermarsi all'aspetto nozionistico. Ecco perché affermo che le scuole devono esistere e ciò non va considerato in senso negativo.

Abbiamo visto scene veramente vergognose per un paese civile, riguardanti l'igiene negli ospedali. Signori miei, una volta l'igiene negli ospedali veniva affidata al direttore sanitario che, per sua formazione, doveva essere un igienista: non sono i NAS a dover controllare se c'è la spazzatura dietro la porta!

Quando ero in attività, invitavo due volte al mese il mio direttore sanitario, che era un igienista molto serio — la professoressa Valentino —, a mettere le piastre per la disinfezione del complesso operatorio: ciò rientra in una prevenzione che è ineludibile. Nei reparti ci deve essere un'igiene assoluta. Non possiamo assistere a scene così degradanti, vergognose, anche dal punto di vista della dignità professionale del medico che è costretto a operare in un determinato contesto. Non deve accadere che i NAS vengano a controllare le strutture ma poi, quando se ne vanno, tutto riprende nella stessa maniera! Deve essere responsabilizzata una persona che si occupi dell'igiene nell'ospedale!

Mi ricollego ad un'affermazione importante del professor Veronesi, il quale, giustamente, ha detto che è necessario distinguere l'aspetto alberghiero dall'aspetto sanitario. È su questo che dobbiamo spendere i nostri soldi, signor ministro, per offrire degli ospedali organizzati! Una volta superata la fase acuta, la fase alberghiera si svolga fuori, ma la struttura fondamentale deve comunque avere requisiti igienici di un certo tipo.

Per quanto attiene all'attività *intramoenia*, questo è un argomento sul quale dobbiamo riflettere attentamente. Tale attività, che è un diritto del medico e del cittadino, non si esaurisce soltanto nell'ambulatorio dove si svolge la prestazione medica. L'attività *intramoenia* deve essere legata, in un ospedale, anche alle strutture operatorie, radiologiche, rianimatorie, che devono avere un'organizzazione tale da venire incontro alle assistenze privatistiche. Si rende conto, signor ministro, di

quello che potrebbe succedere, per esempio, se ad una determinata ora, quando il medico Tizio sta svolgendo l'attività privata in ospedale, arriva un caso urgente ma la sala operatoria è occupata dal privato e non può, quindi, essere utilizzata per il malato proveniente dal pronto soccorso? Si creerebbero e si creeranno dei contrasti medico-legali molto seri.

Perché il medico non deve essere costretto a svolgere in ospedale, nelle ore in cui è necessario, la sua attività pubblica, con tutte le conseguenze? Radiamolo dall'albo se si comporta male o se assume comportamenti sbagliati! Però, quando lavora fuori, nell'interesse sia del cittadino, sia del medico stesso, che svolga la sua attività privata senza compiere atti disonesti o immorali che possano inficiare la dignità di tutta la categoria professionale, non da ultimo la prestazione alla quale il cittadino paziente ha diritto.

Riguardo all'università, signor ministro, dovremmo rivedere con il ministro dell'università gli aspetti riguardanti le specializzazioni. Attualmente, nell'organizzazione dei servizi sanitari del paese, come il 118, è necessario avere molti specialisti di rianimazione che possano dare risposte alle esigenze del territorio. Porto un esempio banale: sappiamo che nell'ambulanza che deve prestare soccorso è prevista la presenza di un medico generico, il quale non ha la giusta preparazione per intubare (inserire un tubo nelle vie respiratorie) l'ammalato in una situazione grave, mentre dovrebbe esservi un anestesista rianimatore, perché in pochi secondi in quell'ambulanza si può decidere della vita di una persona.

Non è un'inchiesta che risolve i problemi come nel caso dell'ospedale calabrese, dove abbiamo appreso di una spina non collegata al gruppo elettrogeno. Come è possibile che avvenga un fatto simile in una struttura ospedaliera? È una questione di responsabilità! Non voglio addentrarmi nell'argomento - su questo problema ho le mie idee ma non intendo esprimerle qui perché c'è un'inchiesta in corso - tuttavia, signor ministro, queste sono responsabilità serie, che

dipendono soltanto dalla mancanza di cultura di chi deve seguire l'ammalato che necessita di cure!

Non possiamo permettere che in una sala operatoria ci sia una spina non collegata al gruppo elettrogeno. Ma scherziamo? Magari quella spina potrebbe essere inserita da un inserviente che fa le pulizie e che, non rendendosi conto della differenza tra le diverse prese, utilizza quella sbagliata. Sono errori determinati dalla mancanza di responsabilità precise, da gente che non ha la cultura ospedaliera.

Le chiedo nuovamente, signor ministro, di riflettere su tali questioni nell'interesse di tutti noi cittadini: io per primo domani mattina, potrei avere bisogno di queste attenzioni (non dico ciò egoisticamente). È importante cambiare le cose: ne va della dignità di un paese civile come il nostro. Non dobbiamo più assistere a scene come quelle riferite dalla televisione (anche se ingigantite).

La ringrazio e mi fermo qui, perché i problemi sono tanti e tali da richiedere un'attenzione particolare.

DONATELLA PORETTI. Innanzitutto, ringrazio il ministro Turco per la relazione - che suggerisco a tutti di leggere - e per la parte riguardante la *cannabis* terapeutica.

Ho invitato l'onorevole Di Virgilio a separare i due aspetti: si tratta di una pianta che può essere usata in diverse maniere. Per esempio, con lo stesso coltello da cucina si possono tagliare le patate o ammazzare qualcuno. Un discorso analogo dovrebbe valere anche per la *cannabis indica*. Purtroppo, per una certa confusione, più o meno volontaria, l'uso terapeutico della *cannabis* ha incontrato non poche difficoltà nell'applicazione pratica (ma anche negli studi scientifici). Questa, senza ombra di dubbio, è una conseguenza della criminalizzazione della sostanza usata per scopi ludici. È utile avere richiamato il fatto che le stesse Convenzioni dell'ONU criminalizzano quella sostanza come stupefacente ma ne promuovono e incentivano l'uso terapeutico.

In Italia abbiamo difficoltà estreme - siamo tra gli ultimi paesi nel mondo - per quanto riguarda le terapie del dolore. Inoltre, alcune leggi rendono ulteriormente difficoltoso l'utilizzo di queste sostanze anche se, per certi versi, il loro impiego è stato ora semplificato grazie ai ricettari speciali. Che vi sia bisogno di un'ulteriore azione a livello culturale sugli stessi medici affinché prendano coscienza della questione, è un altro discorso ancora.

Tuttavia, leggendo il suo testo scritto, si apprende che ulteriori difficoltà sono oggi date dalla legge Fini-Giovanardi, che avendo tolto i derivati sintetici della *cannabis* da una delle tabelle e avendoli lasciati soltanto in un'altra...

GIUSEPPE PALUMBO. Lasciamo perdere questo argomento!

DONATELLA PORETTI. Mi riferisco all'uso terapeutico. Sto parlando delle tabelle che permettono o meno l'importazione dei derivati sintetici della *cannabis* terapeutica.

La legge Fini-Giovanardi è intervenuta - proprio per la confusione che si crea per proibizionismi vari - ad eliminare i derivati sintetici della *cannabis* da una tabella, rendendo difficoltosa l'importazione degli stessi. Lei ricordava che sono state emanate due ordinanze e che si spera di reinserire tali sostanze in quelle tabelle, ma, ovviamente, si parla sempre di importazione, quindi occorre il passaggio successivo, un atto dovuto che permetterebbe all'Italia di essere alla pari degli altri paesi. Bisogna consentire una normale diffusione di tali sostanze, ovviamente attraverso debita ricetta medica. Auspico, come lei, una rapida approvazione di questo testo da parte del Senato.

Per quanto riguarda i derivati sintetici della *cannabis*, le chiedo di fare un passo in avanti. Infatti, sono utilissimi i derivati sintetici ma ulteriori studi certificano come l'assunzione della pianta naturale, in alcuni casi, sia ancora più efficace. Ad esempio, se il Marinol impiega da una a quattro ore per fare effetto, in alcuni casi, per alcune patologie, l'assunzione della

cannabis di tipo naturale può essere maggiormente consigliata.

È incredibile come, in questa materia, si debba imparare a separare l'uso terapeutico da quello ludico. Il primo è consentito in alcuni paesi, come gli Stati Uniti e il Canada, anche con la coltivazione della pianta naturale, il secondo in alcuni regimi proibizionisti. La invito a prendere in considerazione e a verificare quegli studi secondo cui tale sostanza è consigliata non soltanto in alcuni casi per i suoi effetti, ma anche da un punto di vista dei costi che il sistema deve sopportare. I costi delle piante, infatti, sono decisamente inferiori rispetto a quelli di un derivato sintetico.

LUIGI CANCRINI. Vorrei, innanzitutto, ringraziare il ministro per l'esposizione ampia, lucida e chiara, che condivido nella grandissima parte. Mi permetto di dare alcuni suggerimenti su certi punti, alcuni dei quali affrontati, mentre altri non lo sono stati.

Tra le questioni affrontate vi è quella degli indennizzi, che vorrei sottolineare. Alcune norme sulla prescrizione relativa agli indennizzi fanno risalire il diritto all'indennizzo ai tempi in cui si è verificato l'evento, ad esempio la vaccinazione. Tuttavia, bisognerebbe tenere conto del fatto che la diagnosi che permette il collegamento a volte avviene dopo molti anni, soprattutto per quanto riguarda le vaccinazioni. Ritengo che sarebbe opportuno ragionare sul fatto che la prescrizione debba essere collegata al momento in cui la persona apprende che ciò che le è accaduto dipende dalla vaccinazione e al momento in cui è avvenuta la vaccinazione. Si tratta di un piccolo suggerimento, ma è anche richiesto dalle associazioni dei familiari.

La seconda questione che vorrei sollevare riguarda un argomento che il ministro non ha affrontato anche se so che, in questa fase, il Governo si sta muovendo in tale direzione. Sto parlando del passaggio della medicina penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. Pregherei il ministro di immaginare un incontro in Commissione affari sociali per discutere di un

tema così delicato ed importante. Ci troviamo di fronte ad una legge del 1999 - che non è stata attuata da allora - che a mio avviso aveva un punto di debolezza, relativo alla necessità di immaginare che il passaggio avvenisse senza aggravio di spesa. Ritengo che questo sia un punto debole, soprattutto per alcuni aspetti della medicina penitenziaria.

Fornisco un dato che è stato reso noto recentemente dal Ministero della giustizia. Fra gli indultati c'erano 2.400 pazienti definiti come psichiatrici cronici e 7.000 tossicodipendenti, di cui la metà non aveva rapporti con i SERT. Si tratta di numeri che, anche se forniti dal DAP (quindi, forse, devono essere rivisti con attenzione), comunque rendono la dimensione dei problemi psichiatrici e di tossicodipendenza presenti nelle carceri.

A questo punto, immaginare che questa enorme concentrazione possa passare ai rispettivi dipartimenti o servizi delle ASL, senza che queste ultime prevedano un piano di potenziamento, mi sembra quantomeno rischioso. È un aspetto su cui riflettere attentamente. Un esempio drammatico a Roma è rappresentato dal carcere di Regina Coeli, dove non c'è uno psichiatra strutturato e le consulenze sono esterne (provengono dall'ospedale San Giacomo).

Dobbiamo tenere conto del fatto che c'è una debolezza strutturale della medicina penitenziaria su alcuni settori e che il semplice passaggio al Servizio sanitario nazionale non assicura ai detenuti il diritto di poter usufruire delle stesse prestazioni degli altri cittadini. Mi permetto di segnalare l'importanza del passaggio, attraverso questo decreto interministeriale, del personale che lavora negli ospedali psichiatrici penitenziari, perché si tratta di medici specialisti. In quell'ambito, la carenza dal punto di vista quantitativo è ancora più grave. Penso che se la Commissione dovesse recarsi in visita, per esempio, ad Aversa o a Barcellona Pozzo di Gotto, si renderebbe conto che questi medici sono veri e propri eroi che lavo-

rano in condizioni estremamente precarie e hanno notevoli carichi assistenziali e di responsabilità.

Tra l'altro in questi giorni, a seguito della legge finanziaria, c'è stato un decremento delle ore disponibili per gli specialisti che lavoravano negli OPG. Anche questo è un grave problema perché le ore erano già scarse. Ritengo che questa sia una materia che valga la pena di discutere ampiamente, tenendo conto delle esigenze che vi stanno dietro.

L'onorevole Baiamonte ha segnalato alcuni aspetti sui quali mi trovo abbastanza d'accordo, forse perché abbiamo una provenienza comune (vengo anch'io dall'università). Mi riferisco, in particolare, alla questione dei policlinici universitari, che hanno la capacità di concentrare su di sé problemi che altri ospedali non hanno. Ancora una volta, abbiamo parlato di policlinico universitario e mi pare non solo di quello romano.

Permettetemi di proporvi un ricordo di quando ero responsabile regionale alla sanità nel vecchio partito comunista (ne discutevo con Petroselli, un bel ricordo per me). Il Policlinico Umberto I a Roma costituisce da allora un problema che non è mai stato affrontato nella sua interezza. Intendo dire che il grande problema del Policlinico Umberto I - in cui ho passato 35 anni della mia vita - è quello di una doppia gestione, universitaria e ospedaliera. Esiste del personale che svolge le stesse mansioni, per conto dell'università o per conto dell'azienda ospedaliera, ma con diverso stipendio, diverso orario di servizio e nessuna organizzazione comune.

Sono più di venti anni che mi dico: ci sarà un Governo che affronterà il problema dei policlinici universitari con una legge. In realtà, non si può sperare di affidare la risoluzione della questione alla convenzione tra regione ed università, perché le convenzioni sono stiracchiate fra interessi particolari. Infatti, da una parte c'è una facoltà di medicina che vuole aumentare i primariati, i servizi - ed è naturale che sia così -, perché tutti i suoi professori vogliono il primariato, dall'altra

parte c'è una regione che deve contenere le spese; nel mezzo ci sono poi le strutture, che sono deboli.

GIACOMO BAIAMONTE. C'è anche lo studente che si deve formare, dall'altra parte ancora...

LUIGI CANCRINI. Sui policlinici universitari è dunque necessaria una riflessione ampia (il policlinico dove avviene l'insegnamento universitario, in Francia, è una cosa seria).

Altra questione è quella dei concorsi, di cui si era parlato in sede di programma e che è stata riproposta da alcuni. Non è pensabile che il responsabile di un servizio complesso sia nominato da un *manager* tra una serie di persone. A mio parere, nel mondo siamo solo noi a fare una cosa del genere! Mi pare che lo stesso ministro avesse accennato a questo problema. Dobbiamo immaginare un sistema diverso. Personalmente, conosco quello spagnolo e mi sembra interessante. Si tratta di graduatorie nazionali, che consentono alla persona che sta in alto di scegliere la sede quando si libera un posto. Questo meccanismo riguarda anche coloro che fanno il concorso per le specializzazioni. Per esempio, poniamo il caso che per le specializzazioni in chirurgia ci siano mille posti in tutta la Spagna, si bandisce un concorso nazionale e chi vince sceglie il luogo.

GIUSEPPE PALUMBO. Era stata avanzata questa proposta, ma poi non vollero...

LUIGI CANCRINI. Benissimo, ma io dico che questi sono aspetti su cui occorre riflettere nuovamente. Ho fatto parte di commissioni universitarie in cui si decideva chi sarebbe entrato nella scuola di specializzazione ed era chiarissimo che sarebbe entrata solo una persona per ognuno dei membri della commissione. Il bando nazionale e una riflessione più ampia consentirebbero di ridare dignità alle scelte che si compiono, a partire dagli specializzandi.

Un'altra questione riguarda i tempi di attesa, problema di cui ci occupiamo da

venti anni senza essere mai riusciti a trovare una soluzione definitiva. È stato già sollevato il problema dei CUP, che rappresentano sicuramente il punto centrale da cui partire. Il CUP non può essere né tutto regionale, né tutto provinciale, nel senso che ci sono alcuni servizi attivi a livello regionale (ad esempio, il servizio di neurotraumatologia non può esistere in ogni provincia) e altri che devono essere più provinciali o, addirittura, distrettuali. Tuttavia, il vero problema è l'accesso ai CUP da parte del medico di base, che dovrebbe avere a disposizione un computer attraverso il quale verificare quali esami un suo paziente possa o meno fare e in quali giorni. Questo sarebbe un sistema che potrebbe funzionare.

Il CUP a disposizione diretta del cittadino è un problema innanzitutto di capacità di accesso, perché non tutti sono in grado di utilizzarlo. Dovremmo immaginare un sistema che possa veramente funzionare e posto che i medici e i pediatri di base ci sono, proprio essi possono costituire una chiave importante per la soluzione.

Un'ulteriore questione - anch'essa già affrontata dal suo Ministero e attuata in Francia a livello di sperimentazione - riguarda la cartella elettronica del cittadino. Noi abbiamo un enorme ritardo sulla ripetizione degli esami: se un paziente avesse nella sua cartella la diagnostica per immagini e dall'ospedale o dalla struttura in cui si reca potesse richiamare con facilità gli esami cui si è già sottoposto, non ci sarebbe motivo di ripeterli! La ripetizione degli esami costituisce uno degli aggravii enormi di spesa sanitaria nel nostro paese: in ogni ospedale in cui si entra si ricomincia tutto da capo, per la difficoltà di acquisire la documentazione precedente.

La decisione francese è interessante da questo punto di vista: ognuno dispone di una cartella elettronica su cui sono riportati tutti gli esami effettuati. Questa soluzione porterebbe ad una enorme diminuzione delle analisi inutilmente ripetute e

consentirebbe al medico, che ha di fronte a sé il paziente, di avere sottomano un *dossier* completo con tutti gli esami.

Forse vale la pena di ragionare sull'idea - eventualmente cominciando con una sperimentazione in alcune regioni - di mettere in piedi questo sistema. Penso infatti che la diminuzione delle liste di attesa passi più attraverso provvedimenti di questo tipo, che non di tipo strutturale.

Accenno ad un'altra questione. Sarebbe interessante per noi tutti capire meglio che cosa concretamente può accadere per modificare l'equilibrio tra gestione amministrativo-politica e gestione professionale, nell'ambito del nuovo sistema sanitario. Spero che il ministro Turco possa dirci qualcosa di più in sede di replica per poi aprire un ampio dibattito in merito.

Infine, il personale sanitario non è composto solo da medici, i quali, a mio parere, non hanno neppure un ruolo privilegiato nell'ambito dell'organizzazione. Si tratta di un punto molto delicato. Penso che la nostra sanità sia debole, in tante situazioni, proprio perché sono deboli la posizione e il livello del personale infermieristico.

L'infermiere inglese è un personaggio importante nella struttura ospedaliera, mentre nella struttura italiana l'infermiere non conta nulla e ciò costituisce un danno per il paziente. La differenza riguarda aspetti stipendiali e di livello, come il riconoscimento. L'infermiere è un laureato - seppure con una laurea breve, di tre anni - e dovrebbe ricevere un certo tipo di riconoscimento. A mio avviso, si tratta di rivedere l'organizzazione del sistema sanitario anche da questo punto di vista. Sono convinto che l'igiene di un ospedale dipenda da come lavorano gli infermieri, più che da come lavorano i medici. Considerare il lavoro ospedaliero come un lavoro di *équipe*, a cui diverse professionalità concorrono, è un punto su cui è importante riflettere, anche in sede di apertura di tavoli di trattativa. Privilegiare troppo i medici (stando alla mia esperienza del passato), significa stringere in un imbuto le soluzioni organizzative. Ciò riguarda anche l'*intramoenia*, che non è

solo medica. Si tratta comunque di un tema sul quale spero che avremo modo di tornare in maniera più ampia.

GERO GRASSI. Mi consentirà di procedere per *flash*, considerata anche l'ora tarda. Ringrazio il ministro, soprattutto, per la passione civile e la speranza trasmesse, che mi sembrano elementi intrinseci importanti nel suo intervento. Mi consentirà, però, di pungolarla su qualche tema.

La descrizione che il ministro fa del governo clinico è, per certi versi, una speranza, per altri una situazione localizzata semplicemente nell'area centro-settentrionale d'Italia. Tale descrizione, se ricondotta al sud, appare eccessivamente ottimista, soprattutto nella sua concreta realizzazione. Ritengo che il ministro abbia fatto benissimo a utilizzare i NAS. Dovrebbe, però, aggiungere a questa altre azioni (qui la pungolo pesantemente). Innanzitutto, le regioni, soprattutto quelle del sud, devono essere indotte a spendere bene e subito il denaro a disposizione, anche con la minaccia di poteri sostitutivi: quello della sanità non è un campo nel quale posizioni asettiche o di terzietà possono lasciare alla deriva il settore.

Oltre a ciò, è necessario che, su iniziativa del ministro, si riveda il problema della quota capitaria. Mi rendo conto che è materia di Conferenza Stato-regioni, ma mi rendo altrettanto conto che i criteri maggiormente indicativi, allo stato attuale, della divisione del denaro tra regioni sulla quota capitaria continuano a penalizzare il Mezzogiorno d'Italia. Ciò non può avvenire, perché non si realizza un criterio distributivo di giustizia; al contrario, nella Conferenza Stato-regioni, vuoi per alleanze localistiche, vuoi per *input* derivanti dai decreti ministeriali precedenti, si realizza il massimo dell'ingiustizia, considerato anche che l'Organizzazione mondiale della sanità ha evidenziato che uno dei criteri da tener presente nella discussione generale della malattia e della sanità è la povertà. A me non sembra invece che la povertà sia stato un criterio preso in considerazione.

Proseguendo per grandi linee, rivolgo un invito al presidente Lucà, che so essere sensibile a certi temi. Insieme ad alcuni colleghi abbiamo ripresentato una proposta di legge — la D'Alema-Turco della precedente legislatura — adeguata agli ultimi avvenimenti. Quella proposta di legge pone il problema delle strutture sanitarie e dell'edilizia sanitaria nel Mezzogiorno. Ebbene, invito il presidente Lucà a parlarne quanto prima in discussione.

PRESIDENTE. Mi scusi, ma quella proposta non è stata ancora assegnata. Risulta infatti essere ancora nelle mani del primo firmatario, l'onorevole Dorina Bianchi.

GERO GRASSI. Va bene: la recuperiamo subito. Quella proposta di legge interviene sulle carenze strutturali del Mezzogiorno, il quale non ha bisogno di provvedimenti-tampone. Sono d'accordo con il ministro quando afferma che la sanità è un investimento, ma ritengo che questo assunto si debba trasformare in provvedimenti legislativi. Da questo punto di vista, il sud non ha bisogno di pannicelli caldi, bensì di capovolgere una visione della sanità che lo rende molto arretrato. Non voglio combattere una battaglia localistica, né aspiro a diventare un leghista al contrario. Parto invece dall'idea che il problema del deficit sanitario del Mezzogiorno non permette di realizzare un'efficienza nemmeno nel settentrione d'Italia. Infatti, se noi paghiamo la migrazione sanitaria in termini economici, il nord la paga in termini di sovraffollamento e questo non mi sembra giusto. Abbiamo il dovere di una deospedalizzazione della sanità.

L'ultimo punto che vorrei affrontare è relativo ai policlinici e mi collego a quanto già detto dall'amico Cancrini. Un'idea potrebbe essere quella di creare delle fondazioni. Uno dei motivi per i quali i policlinici tardano a mettersi in riga con una sanità efficiente consiste nella *vexata quaestio* dell'ente locale che resta fuori dalla gestione. Si potrebbe immaginare una fondazione, alla base dei policlinici, che tenga al suo interno l'uni-

versità, l'ASL e l'ente locale comunale sul quale il policlinico insiste. È chiaro che questa è solo una proposta, ma l'affido al ministro, così come rimetto al ministro, sensibile a questo tema, un'iniziativa sulla quota capitaria.

So che nelle ultime Conferenze Stato-regioni il ministro ha rappresentato una posizione di equilibrio e qualcosa si è messo in moto, ma sono altrettanto consapevole del fatto che, senza un'iniziativa forte da parte sua, il rallentamento sarà costante.

PRESIDENTE. Onorevole Mazzaracchio, le do la parola per l'ultimo intervento, invitandola però ad essere breve: tenga conto che il ministro si sarebbe dovuto allontanare per le ore 13.

SALVATORE MAZZARACCHIO. Potrei limitarmi esclusivamente alla premessa del mio intervento. Se volessimo aggiungere altre voci alle carenze esistenti, basterebbe l'elenco citato dal ministro, che è esauriente, ma gli altri colleghi sono stati ancora più minuziosi nell'elencare le cose che non vanno.

Signor ministro, vedo che lei impiega tutta la sua buona volontà: ci rivedremo forse martedì, forse il mese prossimo, ma la verità è un'altra. I problemi della sanità, ma non solo quelli, sono in questo momento insolubili a causa della normativa generale. Parliamo di uno Stato che è, di per sé, in un momento di grande confusione. Si è avviata la riforma del pilastro costruttore della vita di un paese, la Costituzione. Bassanini ha fatto la sua parte, noi abbiamo capito — o meno — quali sono i compiti dello Stato, delle regioni, delle autonomie, e abbiamo realizzato un altro pezzo di riforma. Sta di fatto che oggi — con tutta la buona volontà del ministro e di noi tutti — non si può muovere un calamaio perché subito diventa materia concorrente. Lei lo sa benissimo. Sono certo che quando incontra i suoi assessori, anche se sono in prevalenza amici, essi non si tirano indietro quando si tratta di difendere le loro prerogative.

Il problema è questo: se non facciamo chiarezza sui compiti dello Stato, delle

regioni, delle province, dei comuni, se la riforma costituzionale non viene realizzata, non usciremo mai da queste problematiche. Non si tratta di spendere e di farlo bene: sappiamo tutti che per spendere un centesimo ci sono procedure infinite. Basta un ricorso al TAR e si blocca tutto, per mesi, per anni. Inoltre, non c'è solo il TAR, ci sono i comuni, le province e tutta una serie di atti amministrativi che bisogna portare avanti per spendere le risorse a disposizione.

Non si tratta, quindi, di un problema di risorse. Non voglio enfatizzare la nostra situazione ma, ormai, siamo quasi a livello degli altri paesi europei. Nel 2001 il 4,6 per cento del prodotto interno lordo era a disposizione della sanità, come fondo sanitario; oggi siamo al 6,7 per cento circa, mentre gli altri paesi sono tra il 6,5 e il 7,3 per cento circa. Ci stiamo, quindi, avvicinando molto agli altri paesi europei, anche a quelli più progrediti. Il problema - lo ripeto - non sono le risorse, che oggi esistono.

La verità è che tutta la complessa normativa esistente - per cui non si sa quali siano le competenze del ministro, del presidente della regione, dei direttori generali delle ASL, delle province e del sindaco - crea una situazione di confusione e ci pone in condizioni allarmanti, magari perché un ignoto giornalista scrive quattro cose su un periodico più o meno importante, sollevando una polemica che travalica i confini nazionali. Tutto questo non è serio: non è possibile! Non è attraverso lo Stato poliziesco, i NAS - se pure necessari - che possiamo risolvere problematiche di questa portata.

Oggi, signor ministro, possiamo intraprendere azioni molto più modeste, fermo restando che il problema non possiamo risolverlo né lei, né noi, da soli. Alcuni aspetti, però, possono essere risolti, cercando di comportarci in modo coerente con quello che diciamo. Non possiamo essere rigidi e affermare che la responsabilità è delle regioni che splafonano esigendo che automaticamente scatti per loro l'aumento dell'IRPEF e dell'IRAP senza poi farlo realmente.

Se si parla di affiancamento, significa che sono state chiamate delle regioni che hanno splafonato. Al momento, non so neanche quali siano le regioni in questione ma, sicuramente, i loro rappresentanti si saranno recati presso di lei e al Ministero del tesoro. Questo è l'altro aspetto della questione: il ministro della sanità ha le sue competenze, ma è con il Tesoro che è necessario fare i conti!

Comunque sia, le regioni avranno redatto un piano di rientro e, anche se questo non ha un fondamento, saranno state addirittura premiate (basta un colpo di spugna per cancellare la penalizzazione). Procedendo in questo modo, non risolveremmo mai il problema.

Quanto alla prevenzione, come possiamo portarla avanti se poi immediatamente pensiamo di aumentare i *ticket*, di introdurne di nuovi, se ogni giorno cambiamo politica e non abbiamo una direzione unica in base alla quale orientare i cittadini? Questi fattori, logicamente, contribuiscono a creare uno sfascio nel disastro generale: diventiamo così uno « sfasciume » tale per cui non si riesce a capire nulla.

Poiché il ministro ha un impegno - ed io ho detto che avrei fatto solo una premessa -, non mi addentro negli altri aspetti contraddittori, che pure potrei sottolineare. Semmai, se la vostra cortesia me lo consentirà, lo farò nella prossima seduta. Le contraddizioni che rilevo sono innumerevoli ma non voglio addebitarle a nessuno: questa politica schizofrenica del Governo, che cambia linea quasi ogni giorno, contribuisce però a creare ulteriore confusione.

Dobbiamo approfondire i problemi, dai quali però usciremo solo se la riforma sarà radicale. Non mi riferisco alla riforma della sanità: penso a quella dello Stato, alla costruzione del nuovo Stato, ai suoi strumenti, alla statualità nel senso più vasto, quindi, nella sostanza, alla nuova Costituzione. Se non procederemo in questa direzione e lasceremo la situazione in uno stato ibrido, senza capire chi dirige questo paese e quali sono i centri di

responsabilità, penso che, nonostante la buona volontà dei nostri ministri, non risolveremo mai i problemi.

Grazie, signor ministro, e arrivederci a presto. Speriamo di poterci dare una mano reciprocamente.

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Mazzaracchio, anche per la sua cortesia. Siamo già d'accordo con il ministro Turco nel concordare una data, la prossima settimana, per proseguire questa discussione, alla quale seguirà la replica del ministro.

Nel ringraziare nuovamente il ministro Turco, rinvio pertanto il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 13,10.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. COSTANTINO RIZZUTO

*Licenziato per la stampa
il 23 febbraio 2007.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

