

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO
AUDIZIONE**

14.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 31 GENNAIO 2007

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **MIMMO LUCÀ**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Astore Giuseppe (IdV)	4, 6
Lucà Mimmo, <i>Presidente</i>	3	Bucchino Gino (Ulivo)	19
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 (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):		Burtone Giovanni Mario Salvino (Ulivo)	3
Lucà Mimmo, <i>Presidente</i>	3, 6, 10, 12, 20, 26	Castellani Carla (AN)	16, 26
		Di Girolamo Leopoldo (Ulivo)	18
		Dioguardi Daniela (RC-SE)	14, 16
		Lucchese Francesco Paolo (UDC)	8
		Pellegrino Tommaso (Verdi)	6
		Sanna Emanuele (Ulivo)	12
		Turco Livia, <i>Ministro della salute</i>	20, 24, 26
		Ulivi Roberto (AN)	10
		Zanotti Katia (Ulivo)	11

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

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MIMMO LUCÀ

La seduta comincia alle 14,10.

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).

Seguito dell'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, il seguito dell'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.

Proseguiamo gli interventi, iniziati nella seduta del 23 gennaio scorso, nel corso della quale il ministro ha svolto la relazione e sono intervenuti alcuni deputati.

Invito i colleghi a svolgere interventi il più possibile sintetici.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Mi scuso se tra breve dovrò temporaneamente abbandonare i lavori della Commissione per partecipare ad una seduta, anch'essa molto importante, della Commissione antimafia, dove è prevista l'audizione del procuratore nazionale antimafia, Pietro Grasso. Desidero comunque dare anche in questa sede il mio contributo.

Ringrazio anzitutto il ministro Turco per la sensibilità dimostrata. Nella precedente legislatura ho partecipato ai lavori di questa Commissione e debbo dire che, in questa occasione, ho trovato il ministro veramente sensibile, con una prassi sicuramente diversa rispetto al passato e soprattutto con una presenza tempestiva; la sua relazione è stata molto rigorosa, con gli approfondimenti necessari.

Farò riferimento alle tre questioni alla nostra attenzione, ad una in maniera più diffusa perché investe il quadro generale, alle altre due in modo estremamente telegrafico.

Riguardo al quadro generale, signor ministro, noi condividiamo la sua analisi. La sanità italiana versa in una situazione critica, che non va però né esasperata né criminalizzata, perché indubbiamente ci sono anche aree di eccellenza. Il ministero ha svolto un lavoro importante, perché ha dimostrato di essere attento a quello che accade nella nostra comunità nazionale e di saper soddisfare l'esigenza dei cittadini di essere rassicurati dalle istituzioni. Lei ha avuto un impegno preciso ed è riuscita a mobilitare tutte le strutture interne al ministero, nonché quelle esterne, per effettuare una ricognizione della condizione della sanità nel nostro paese rispetto a

temi che afferiscono non soltanto all'igiene negli ospedali, ma anche all'organizzazione e — purtroppo — alla malasanità.

Lei, signor ministro, non ha svolto soltanto un'attenta analisi, ma ha anche avanzato proposte operative. Anche sotto questo profilo, mi si permetta di esprimere il mio apprezzamento per la sua opera: lei non è venuta qui a chiedere deleghe in maniera diretta, ma ha voluto proporre un percorso che coinvolge anzitutto il Parlamento. Lei ha già fatto intravedere una serie di proposte, che noi condividiamo, perché bisogna intervenire profondamente nella gestione della sanità in Italia, bisogna rivisitare in modo serio i criteri di reclutamento del personale medico.

Occorre una visione della sanità che consideri i medici fondamentali per l'erogazione del servizio, ma non al centro del servizio. Al centro rimangono i cittadini, che hanno bisogno di un Servizio sanitario nazionale universale, attento ai principi di uguaglianza, ma anche all'efficienza. In questo senso, signor ministro, sappiamo che vi è la necessità di adeguare le strutture e di affrontare l'annosa questione dell'attività *intramoenia* allargata. Su questo, vorremmo che ci fosse una valutazione molto serena, anche perché, stando ai dati a nostra disposizione, ci troviamo di fronte ad una situazione ormai marginale.

Si può esaminare anche questo aspetto con grande serenità, fermo restando che il medico deve operare una scelta netta, anche se va positivamente valutato l'aggiustamento della reversibilità della scelta ogni cinque anni, con tutto quanto ciò comporta in termini organizzativi per le complesse strutture delle nostre aziende ospedaliere.

Riguardo alle liste d'attesa, pensiamo che non servano, signor ministro — e lei lo ha detto chiaramente —, più *call center* per le prenotazioni. Occorrerà approfondire attentamente questo tema, individuando le responsabilità e prevedendo anche dei premi, in caso di soluzione del problema delle liste di attesa.

Il quadro globale che lei ci ha descritto trova il nostro apprezzamento e il nostro

sostegno leale, per lo sforzo che lei potrà produrre per dare una sanità migliore ai nostri cittadini.

Lei ha toccato, poi, altre questioni molto importanti, facendo riferimento anche alla utilizzazione terapeutica della *cannabis*. Su questo, signor ministro, riteniamo che occorra un disegno complessivo. Ricordo bene che, all'inizio del suo mandato, lei ha rimarcato la necessità di una legge-quadro, nel cui ambito disciplinare anche l'uso dei farmaci da utilizzare contro il dolore, trovando una giusta collocazione ai farmaci utili ad alleviare, nelle fasi più difficili della malattia, il dolore del paziente.

Infine, per quanto riguarda il risarcimento a coloro che sono stati danneggiati da cure mediche sbagliate, non c'è dubbio — lo hanno detto anche altri colleghi — che sia una questione di risorse.

Concludo, signor ministro, sottolineando che siamo disponibili al confronto e al sostegno alle sue iniziative, convinti, come lei, che la grande rete infrastrutturale dei servizi sanitari sia quella più importante e primaria per il nostro paese.

GIUSEPPE ASTORE. Ringrazio il ministro e chiedo scusa, perché tra poco dovrò anch'io allontanarmi per raggiungere la Commissione antimafia.

Anch'io, signor ministro, mi pongo dalla parte dei cittadini, perché spesso, in questa Commissione, ho avvertito che l'interesse è più rivolto, giustamente in alcuni casi, verso gli operatori.

Stimo e apprezzo il decisionismo delle sue idee, nonché l'equilibrio mostrato nella sua relazione.

Come lei ricorderà, ho collaborato, insieme a qualche suo predecessore e ad altri assessori, alla stesura del decreto legislativo n. 229 del 1999, un testo normativo che apprezzo e che ritengo vada salvaguardato, anche perché oggi, finalmente — dopo una fase di forti contrasti tra i due poli —, sul criterio di una sanità pubblica e universale convergono ormai tutte le forze politiche. Quel decreto legi-

slativo deve essere attuato e, in parte, ammodernato: siamo qui per aiutare in questa opera.

Avendo ricoperto l'incarico di assessore regionale alla sanità, ed avendo partecipato agli organismi di coordinamento, sono particolarmente sensibile alla problematica della dimensione regionale della sanità pubblica. Oggi, viviamo la fase del federalismo e dell'attuazione del Titolo V della Costituzione. Ebbene, a tale proposito, sono molto preoccupato — in periferia ci sono alcuni segnali molto negativi — per i frequenti tentativi di una integrale regionalizzazione della sanità. Io, invece, spero — e nella sua relazione mi pare molto chiaro — che il sistema sanitario pubblico mantenga il suo carattere nazionale.

Qualche collega aveva accennato al finanziamento: evitiamo rotture e lotte fra livelli di potere, signor ministro. Io ho assistito a quattro divisioni del fondo, e vi è stato un tentativo, nella legge finanziaria di qualche anno fa, di fissare alcuni principi. Credo che occorra approvare una legge in cui vengano riconosciuti i diritti delle regioni, per evitare che il ricco sovrasti il povero e che chi ha più deputati, a volte, sia ingiustamente avvantaggiato nella ripartizione dei fondi.

In un sistema di federalismo serio, giusto e solidale, il primo passo è la fissazione delle regole di riparto delle risorse. È un passo che va compiuto anche tenendo conto degli studi, effettuati da 10-15 anni a questa parte, volti alla determinazione di parametri specifici per gli anziani, i bambini, i poveri.

Fissate le regole per il riparto delle risorse, occorre essere poi veramente severi nei riguardi degli amministratori che non compiono il loro dovere. La maggiore punizione per un amministratore che non compie il suo dovere è la « disamministrazione » della sua sanità locale. Dobbiamo anche continuare in un'opera di affiancamento, poiché in alcune regioni — conosco bene la situazione della mia regione — la sanità è sull'orlo del disastro finanziario e gestionale, ed è quindi urgente correre ai

ripari. Glielo dico con estrema lealtà, avendo amministrato la sanità in Molise.

Ne stiamo parlando in questi giorni anche in Commissione antimafia: la sanità è diventata campo di battaglia di bande di potere, non solo nella mia regione, ma in diverse regioni italiane. Dobbiamo rimboccarci le maniche per evitare questo. Anche il procuratore Grasso, nella sua relazione, e il presidente Forgione hanno detto che la sanità è un settore in cui la criminalità organizzata sta penetrando in maniera pesante. Dobbiamo assolutamente intervenire per contrastare questi fenomeni.

E che dire, signor ministro, delle clientele? Lei riconferma l'aziendalizzazione, che io sottoscrivo; però, bisogna anche evitare che la sanità venga gestita in una maniera clientelare ai limiti della criminalità. Ecco perché le chiedo, signor ministro, per il caso Molise, un'ispezione. In qualità di parlamentare di tale regione, lo chiedo ufficialmente, stando bene attenti, però, a non mortificare nessuno. Vi chiedo aiuto, affinché il Molise — che ha 320 mila abitanti e il debito *pro capite* più alto d'Italia — esca dall'attuale condizione. Avanzo questa richiesta perché credo che la legge venga quotidianamente violata. Non è possibile che nella mia regione la sanità pubblica — così come gli interventi posti in essere a seguito del terremoto — sia considerata territorio propizio per la raccolta di voti alle elezioni. Dobbiamo assolutamente porre termine a questa situazione.

Ecco perché dico « sì » al governo clinico, non per limitare l'aziendalizzazione, ma perché credo che il medico — ed io non lo sono — debba essere dentro al processo decisionale. Permettetemi di dire che bisogna fare ogni sforzo per cacciare la politica, perché essa è penetrata troppo in molte regioni. Al di là del colore politico, credo che si debba assolutamente compiere un grande sforzo.

Per questo motivo, non sogno vecchie gestioni del governo clinico, ma piuttosto vorrei che fosse valorizzato con la dipartimentalizzazione. Occorre insistere molto sui dipartimenti, che devono diventare organismi effettivamente funzionanti; fino

ad oggi, invece, è accaduto abbastanza di frequente che essi siano stati costituiti per avere qualche incentivo o qualche assegno in più.

Sull'esclusività, avete il mio totale appoggio ed anche quello del mio partito, l'Italia dei Valori. Un suo predecessore, signor ministro, usava dire che non si può giocare la mattina con la Lazio e la sera con la Roma. Bisogna pagare di più i medici, bisogna incentivare di più questa esclusività, però il sistema pubblico deve essere assolutamente esclusivo e totalizzante per i medici.

Per quanto riguarda l'*intramoenia*, al di là di qualche incertezza, consiglieri di andare avanti con decisione, perché è giusto che sia così, e perché dobbiamo eliminare alcune discrasie del sistema, almeno nelle regioni in cui anche il posto pubblico ha percorsi un po' difettosi.

Lo stesso dicasi per quanto riguarda la formazione permanente. Suggestisco di attivare e di controllare la formazione dei medici di base, che costituisce la sfida reale del sistema. Bisogna applicare le disposizioni legislative in materia di formazione permanente, come pure, signor ministro, quelle riguardanti gli interventi sul territorio.

Vi sono, signor ministro, alcuni indici che fanno paura: l'ospedalizzazione aumenta. Nella mia regione, per esempio, l'indice di ospedalizzazione è del 270 per mille, contro il 180 per mille di qualche anno fa; in altre regioni la situazione è la stessa. La rivoluzione è l'integrazione socio-sanitaria sul territorio, valorizzando una rete di servizi che dobbiamo assolutamente costruire d'intesa con le amministrazioni locali: questa è la sfida che dobbiamo raccogliere. Sono certo, però, signor ministro, che lei sarà in grado di vincerla.

Le raccomando, poi, gli istituti di ricerca scientifica privata. Essi vanno regolamentati, controllati...

PRESIDENTE. Onorevole Astore, «raccomando» è un termine equivoco...!

GIUSEPPE ASTORE. Non devo «raccomandare», anzi, raccomando al contra-

rio: chiedo cioè una maggiore regolamentazione e un più stringente controllo.

Per esempio, in diversi istituti di ricerca privati, i contratti pubblici dei dipendenti non sono applicati. Poi, però, si fanno i famosi trasferimenti: l'articolo 15 del decreto legislativo n. 229 del 1999 è molto chiaro.

Ritengo, inoltre, che sia stato un successo l'aver imposto l'edilizia sanitaria nei fondi europei, e reputo importante anche il recupero dell'articolo 20, nella cui applicazione alcune regioni si trovano molto indietro. Il ministero dovrà aiutare soprattutto le regioni che difettano di una programmazione seria.

TOMMASO PELLEGRINO. Anch'io mi scuso, perché tra breve dovrò allontanarmi per raggiungere la Commissione antimafia, di cui sono il segretario.

Ci tenevo, però, ad esprimere il mio ringraziamento e il sostegno mio e del partito dei Verdi all'azione che il ministro della salute ha intrapreso e sta portando avanti. Lei, signor ministro, ha dato dei segnali importanti fin da subito, soprattutto sui temi che i cittadini volevano ascoltare.

In primo luogo, penso che finalmente il Ministero della salute si sia riappropriato di un ruolo di controllo, di vigilanza e di presenza rispetto ai problemi del nostro paese. Questo è importante, perché oggi, con le autonomie regionali, purtroppo, assistiamo sempre più ad una gestione troppo spesso partitica della sanità, che invece non dovrebbe esservi.

Ci sono dei grossi punti di crisi nella nostra sanità, soprattutto in determinati territori ed in certe regioni. Ebbene, auspico - ma devo dire che il ministro, con grande attenzione, ha già dato dei segnali importanti in questa direzione - una maggiore responsabilità da parte di tante regioni e di tante amministrazioni locali, ed anche che vi siano dei segnali importanti, in termini di presenza, come ha fatto il ministro, rispetto ad alcune situazioni. Penso che sia mortificante per i cittadini italiani, soprattutto in alcune regioni, vedere continuamente, sui mezzi di infor-

mazione e sugli organi di stampa, la nostra sanità rappresentata solo da scandali ed esempi di malasana, molte volte imputabili non al personale sanitario, ma all'incapacità di gestione organizzativa di alcuni dirigenti.

Rispetto a questo, credo che un'azione di controllo molto forte da parte del Ministero della salute significhi riappropriarsi di un ruolo necessario, in questo momento storico particolare del nostro paese.

Altra questione importante è quella dell'utilizzo della *cannabis* a scopo terapeutico, tema sul quale, come abbiamo detto più volte, l'Italia è in ritardo rispetto a tutti gli altri paesi europei. Certo, vanno evitate le strumentalizzazioni (che pure ci sono state, come lei sa, ministro), perché queste non aiutano i cittadini che soffrono e che troppo spesso sono costretti a soffrire anche per la burocrazia assurda legata alle terapie del dolore in Italia (lo dico da medico, prima che da politico). Tuttavia, è evidente che oggi dobbiamo fare di più, ed è giusto il segnale forte che il ministro ha voluto dare su questo tema.

Utilizzare la *cannabis* ad uso terapeutico non significa certamente, come qualcuno ha voluto dire in modo strumentale, legittimare l'utilizzo delle droghe. Sappiamo benissimo che è cosa completamente diversa e che tutto ciò che può essere utile per ridurre il dolore deve essere accolto con grande serietà e grande considerazione; e questa è una strada importante.

A proposito di terapia del dolore, alla luce del dibattito di queste ultime settimane sui problemi legati all'eutanasia e al testamento biologico, credo che su certi temi tutti dobbiamo assumerci una maggiore responsabilità, ma condivido la posizione molto ferma che il ministro sta portando avanti. Certo, sta facendo benissimo a confrontarsi, e di questo la ringrazio. Confrontarsi con le Commissioni competenti e con i parlamentari che ne fanno parte è anche un modo per restituire dignità al Parlamento e ai parlamentari: e penso che il ministro Turco sia uno dei pochissimi ministri che lo stanno fa-

cendo. Questa è una critica ad alcuni esponenti del Governo, che a mio avviso dovrebbero confrontarsi di più con il Parlamento. È un obiettivo importante riuscire a conciliare il confronto con i parlamentari con il perseguimento di alcune chiare finalità, che tendono a mettere al centro l'interesse dei cittadini e le loro esigenze. Da parte nostra, ministro, offriremo sempre il nostro sostegno, con grande determinazione, per raggiungere questo obiettivo.

In conclusione, vorrei soffermarmi sul rapporto pubblico-privato. Penso che lei, fin dal primo giorno, abbia dato un segnale fondamentale, di cui il nostro paese aveva bisogno, quello che il Servizio sanitario nazionale deve restare pubblico e che, anzi, tale carattere deve sempre più essere rafforzato. Questo è un segnale importantissimo, che lei ha dato fin dall'inizio.

Tuttavia, mi preme anche osservare che a volte si fanno dei paragoni sbagliati e che non si deve demonizzare il sistema privato, poiché pubblico e privato non sono necessariamente in contrapposizione. L'esempio del giocatore che la mattina gioca con la Roma e la sera con la Lazio è, pertanto, sbagliato. Dobbiamo cercare di arrivare ad una integrazione tra pubblico e privato, combattendo solo le speculazioni da parte di alcuni professionisti, perché si devono fare delle scelte chiare, che poi occorre far osservare. Ciò non significa, però, che chi compie scelte diverse dal pubblico debba essere ghettizzato. Su questo, è necessaria una riflessione seria, altrimenti facciamo demagogia e non aiutiamo la nostra sanità.

Dobbiamo, invece, trovare il modo migliore per integrare tutte quelle risorse, e sono tante in Italia, che possono aiutare una sanità che ha bisogno di rilanciarsi, di recuperare la fiducia dei cittadini. Oggi, i cittadini hanno sfiducia nei confronti delle nostre strutture sanitarie; c'è un problema strutturale serio. Purtroppo, dobbiamo fare i conti con una situazione finanziaria difficile, ma dobbiamo cercare in tutti i modi di recuperare la fiducia dei cittadini nella sanità. A tal fine, la presenza della

istituzioni, la presenza del ministro e una maggiore responsabilità da parte delle regioni potrebbero essere di grande aiuto nel perseguimento di questo obiettivo.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Anzitutto, vorrei rivolgere un ringraziamento al ministro, che sta instaurando in modo corretto il rapporto fra Governo e Parlamento. Come è stato evidenziato da altri colleghi, è opportuno che tale rapporto continui, anche perché, dopo il primo incontro, nel quale il ministro ha esposto per grandi linee il programma di questa legislatura, il confronto in questa sede sta man mano proseguendo.

Ritengo, dunque, che la nostra Commissione debba avere con il ministro un continuo dialogo, in cui potrà emergere una corrispondenza di idee ma anche qualche posizione critica.

Ho apprezzato l'affermazione del ministro secondo cui le spese per la salute costituiscono un investimento, e le auguro di riuscire a far valere questa tesi anche nel confronto con il ministro dell'economia e delle finanze, in modo da ottenere più facilmente i fondi necessari.

Ritengo che l'ingresso nel fondo strutturale 2007-2011 sia un'iniziativa nuova ed importante a favore della sanità, che deve essere portata avanti, perché la sanità è investimento. Vorrei inoltre incitarla, signor ministro, ad essere più coraggiosa.

Lei ha detto che il decreto legislativo n. 229 del 1999 è a suo avviso perfetto, per cui deve essere solo un poco ammodernato ed occorre un'opera di manutenzione: questo si dice per le strutture che vanno bene. Man mano che lei espone quello che vuole fare, però, mi pare che non sia questa la sua vera opinione. Potrebbe esserci anche un po' di ipocrisia nell'affermazione che tutto va bene: sarebbe come dire « tutto va bene, madama la marchesa », cioè non va bene niente, perché in effetti la sua relazione evidenzia una serie di criticità, ed altre ne saranno evidenziate in futuro.

Sarebbe, quindi, più utile dichiarare espressamente di voler approntare delle nuove norme, strutturalmente diverse da

quelle contenute nel decreto legislativo n. 229 del 1999. Mi permetto di darle qualche consiglio in questa direzione.

Lei, per esempio, ha parlato di ospedale e territorio. Ospedale e territorio sono due momenti dell'assistenza. Io ho sempre sostenuto, insieme ad altri, che la sanità oggi è troppo incentrata sull'ospedale e che occorre avere maggiore attenzione al territorio, come ha detto anche lei nella sua relazione introduttiva. Per fare questo, però, bisognerebbe prima dividere i due momenti: gli ospedali dovrebbero avere una propria gestione, così come il territorio. In qualche modo bisogna tornare all'ispirazione della cosiddetta legge Mariotti, per la quale l'ospedale non era semplicemente « azionalizzato », ma costituiva una vera e propria azienda, con una gestione separata. In tal modo, sarebbero più facili gli interventi di razionalizzazione. Oggi, ogni ipotesi di ristrutturazione della rete ospedaliera determina le proteste della popolazione interessata, per la prospettiva della chiusura dei piccoli ospedali. Una programmazione unitaria degli ospedali renderebbe invece più facile la razionalizzazione della rete ospedaliera, ma evidentemente tale programmazione unitaria configurerebbe non una manutenzione dell'attuale situazione, bensì una strutturazione diversa della sanità.

Per quanto riguarda la dirigenza, in effetti si è arrivati all'attuale situazione attraverso differenti tappe, distinte nel tempo. Siamo partiti dai comitati di gestione, dal consiglio dei sanitari negli ospedali, per poi arrivare al direttore generale. Tutti sappiamo che quella del direttore generale è una nomina politica, dovunque; nessun partito e nessuna coalizione sfugge a questa logica, quindi non devo fare critiche, né dobbiamo riceverne. Dobbiamo ammettere che questa è la situazione generale. C'è una gestione politica che suscita perplessità e non crea una dialettica fra amministrazione ed operatori sanitari, che invece esisteva all'epoca in cui era in vigore la cosiddetta legge Mariotti.

Per quanto riguarda l'*intramoenia* allargata, sono d'accordo sulla necessità di

rivedere tale istituto. Una serie di audizioni svolte nella scorsa legislatura ci ha permesso di accertare che esso non ha dato risultati entusiasmanti, non è stato accettato ed applicato. Sono però gravemente insufficienti i 327 milioni di euro che lei dichiara di voler investire nell'*intramoenia* allargata. È un po' il cane che si morde la coda: se non dotiamo l'*intramoenia* delle infrastrutture necessarie, essa non funziona e allora non si può neppure chiedere l'esclusività del rapporto, anche se reversibile. Da primario operavo a tempo pieno ed ho scelto nella mia vita professionale l'esclusività del rapporto, che quindi personalmente condivido, ma è necessario che vi sia la possibilità di operare dentro la struttura pubblica, svolgendo bene l'*intramoenia* con le strutture esistenti.

Inoltre, come diceva poco fa il collega Pellegrino, non bisogna creare una totale contrapposizione tra pubblico e privato, ma una sana competizione. In un sistema liberale — e stiamo parlando di liberalizzazione —, questo discorso è giusto ed è molto differente da quello che si deve fare per quanto concerne le società municipalizzate, che devono essere modificate e a cui si riferiscono i progetti di riforma del ministro Lanzillotta. Nel settore sanitario vi è, invece, una presenza mista di pubblico e privato, che deve essere valorizzata nell'ambito di un sistema di competizione seria.

Per quanto riguarda le liste d'attesa, mi fa piacere che il ministro abbia applicato la norma in materia contenuta nella legge finanziaria per il 2006; se l'ha applicata, vuol dire che qualcosa di buono nella passata legislatura è stato fatto, quindi, ha ammesso che, se qualcosa può funzionare anche con le leggi esistenti, queste non devono essere necessariamente cambiate.

Non ho invece ben capito, e vorrei mi fosse spiegato meglio perché ho qualche perplessità al riguardo, come dovrebbero funzionare i cosiddetti pacchetti di prestazione. Se uno studio ben fatto attesta che funzionano, non sono in disaccordo, ma vorrei capire meglio che cosa sono.

Per quanto riguarda la *cannabis* per uso terapeutico, siamo tutti d'accordo che non bisogna creare false aspettative e non si deve indurre nessuno a ritenere che la *cannabis* possa essere usata a fini ludici. Bisogna informare correttamente, rimarcando il fatto che l'unico uso ammesso è quello terapeutico.

Quanto alle emotrasfusioni, si tratta di un tema a cui ho già accennato quando è venuta la prima volta in questa Commissione. Lei se ne sta occupando, e la ringrazio. La legge n. 210 del 1992 è stata successivamente modificata con riferimento all'indennizzo ai soggetti emotrasfusi vaccinati. La legge n. 141 del 2003 non è stata applicata totalmente e la legge n. 229 del 2005 ha previsto un indennizzo solo per i soggetti vaccinati e non per le altre categorie. Dobbiamo quindi estendere gli indennizzi anche a queste ultime; a tale scopo, con altri colleghi ho presentato una proposta di legge, sia in questa sia nella passata legislatura. Pertanto, se il Governo volesse occuparsene, si potrebbe andare avanti su questa strada.

Per quanto riguarda la situazione igienico-sanitaria degli ospedali ed i connessi frequenti interventi dei NAS, bisogna rimarcare — pur rispettando la professionalità e la competenza dei NAS — che non è bello vedere i carabinieri girare per gli ospedali. Ciò non dà una buona immagine, ma sembra più che altro una «schizoide operazione mediatica», come ha detto qualcuno. È paradossale che, mentre si lanciano messaggi nel senso che la sanità dispone di centri d'eccellenza che funzionano bene, improvvisamente, viene fuori il mostro in prima pagina e si afferma che non funziona niente, che tutto va male e che dovremmo, ad esempio, demolire l'ospedale Umberto I. Io mi sono laureato all'università «La Sapienza», e quindi conosco molto bene quell'ospedale. Certo, bisognerebbe rivederlo totalmente, ma non si deve demolire assolutamente nulla, perché ci sono dei reparti e delle strutture che funzionano bene.

L'intervento, quindi, non deve essere solo repressivo o ispettivo, ma anche preventivo. Giustamente, lei ha parlato dei

cinque riferimenti nazionali per la sicurezza dei cittadini e del progetto « Cure sicure ». Questo dovrebbe essere alla base di un controllo continuo, non di un controllo effettuato *a posteriori*, quando le cose vanno male e si è già creato lo scandalo e dato un segnale negativo.

Vorrei solo accennare agli investimenti. Lei ha detto che si ritornerà ai fondi dell'ex articolo 20, aggiungendo che sono peraltro insufficienti. Non ho capito se intende integrarli, considerato che lei stessa ne ha ammesso l'insufficienza.

Consentitemi, inoltre, un accenno ad alcune questioni che il ministro non ha citato; forse, saranno nella sua agenda, ma approfitto dell'occasione per ricordarle. Vi è, ad esempio, il problema dei posti di rianimazione, di cui si sta parlando in questi giorni a proposito del progetto della « gestione della morte ». In Italia, i posti letto in rianimazione sono 3.814, ma dovrebbero essere il doppio. È un problema da affrontare, anche perché le rianimazioni spesso sono « intasate » dai malati ematologici ed oncologici. Lei ha accennato di aver posto attenzione all'oncologia, quindi si dovrebbe anche ridurre la presenza dei malati oncologici nei centri di rianimazione.

Non ha invece accennato, signor ministro, alla vicenda dei *ticket* e alle controversie con le regioni sulla revisione o meno degli stessi, di cui hanno parlato i giornali. Un'informazione ricevuta da lei sarebbe preferibile a quella avuta dai giornali. Non ha parlato neanche delle malattie rare, ma è ovvio che lo farà.

Qualche giornale ha parlato di difficoltà con riferimento alla formazione continua, perché le case farmaceutiche, con l'ultima legge finanziaria, non hanno più la possibilità di intervenire come facevano prima, mentre la formazione continua, come ha detto il collega intervenuto precedentemente, va fortemente incentivata.

Lei non ha accennato - lo ribadisco - ai soggetti affetti da problemi di salute mentale. Ho presentato al riguardo una proposta di legge, ma ve ne sono anche altre. Le fornisco alcuni dati e concludo. Ho appreso, nel corso delle audizioni, che

in Italia ci sono 600 mila persone affette da Alzheimer. Se a queste sommiamo i 600 mila malati schizofrenici, abbiamo 1 milione 200 mila persone che hanno problemi gravi e che ne creano alle famiglie. Credo, dunque, che tale problema debba essere affrontato in modo concreto, anche perché a questi disabili in modo particolare è legato il problema del « dopo di noi ».

Vorrei una risposta dal ministro in merito a queste problematiche così gravi.

PRESIDENTE. Ricordo ai colleghi che l'audizione odierna verte in particolare su quattro argomenti. È comprensibile che si voglia cogliere l'occasione della presenza del ministro, ma vorrei evitare che fosse investita di questioni di carattere generale.

ROBERTO ULIVI. Signor ministro, visti i tempi ristretti a nostra disposizione, non mi soffermerò sul governo clinico, sia perché su di esso sono già intervenuti altri colleghi in maniera abbastanza esauriente, sia perché lei ha detto che, entro la fine di marzo, presenterà al Parlamento un provvedimento in materia.

Non parlerò neanche delle liste d'attesa, visto che lei ci ha riferito che sta lavorando su questo tema, di concerto con la Conferenza Stato-regioni. Vorrei, però, pregarla di trarre le sue conclusioni, e quindi di adottare i provvedimenti dovuti nel più breve tempo possibile, visto che i tempi per le liste d'attesa si sono sempre più allungati ed ormai è pacifico che essi sono ingiusti ed indecenti per un paese che si consideri civile.

Sono d'accordo con lei sulla necessità di affrontare il tema dell'uso terapeutico della *cannabis*. Al riguardo, lei ha aggiunto che c'è un testo all'esame del Senato e che, quindi, tale argomento sarà maggiormente approfondito.

Desidero richiamare la sua attenzione sui problemi derivanti da vaccinazione, da emotrasfusione, nonché sulla regolamentazione degli indennizzi. Come lei, signor ministro, ci ha riferito, oltre alle leggi nn. 210 del 1992 e 229 del 2005, esiste un decreto ministeriale dell'ottobre scorso, sul

quale vorrei richiamare la sua attenzione. Sono stato ripetutamente contattato dalle associazioni di vaccinolesi, ma anche da singoli cittadini, o meglio dai loro congiunti, che mi hanno espresso parecchie perplessità riguardo alla logica del suddetto decreto ministeriale. Quindi, prima di entrare nel merito della problematica, le chiedo per quale motivo ha ritenuto di dover ricorrere allo strumento del decreto ministeriale. Credo che sarebbe stato più opportuno, e forse anche più rispettoso del Parlamento, adottare un decreto-legge, che avrebbe avuto immediatamente forza di legge e quindi sarebbe stato sottoposto all'attenzione del Parlamento.

Mi ha lasciato molto perplesso il fatto - non so se è vero, lo chiedo a lei - che la commissione prevista dall'articolo 2 della legge n. 229 del 1999 aveva chiesto un intervento del Parlamento, e non questo decreto. Credo che lei sia stata indotta ad emanare direttamente delle norme perché i verbali della commissione sono stati secretati - e questo lo posso capire - per motivi legati alla *privacy* e al segreto professionale, che giustamente impediscono di rendere note certe situazioni e vicende cliniche. Ritengo, però, che una relazione della suddetta commissione sarebbe stata per noi molto utile, al fine di capire le modalità e i criteri seguiti dai commissari nella valutazione dei singoli casi.

Dico questo perché i cittadini interessati (famigliari e pazienti danneggiati) sono fortemente preoccupati riguardo alla graduatoria. Mi spiego meglio. Il decreto prevede che entro 45 giorni debbano essere presentate le domande aggiuntive. Il dubbio è il seguente: coloro che avevano presentato domanda prima dell'emanazione del decreto hanno un diritto di precedenza oppure perdono il loro diritto con il nuovo decreto? Questa preoccupazione, a quanto mi risulta, riguarda anche le associazioni, in modo particolare l'AMEV, che ha presentato, di recente, un ricorso al TAR del Lazio per l'annullamento di questo decreto; il TAR dovrebbe pronunciarsi tra breve.

Spero che lei ci possa dare delle risposte confortanti in proposito che consentano di risolvere questi gravi problemi.

Concordo sulla necessità di affrontare anche il problema dei talassemici. La invito, inoltre, come hanno già fatto altri colleghi, a riaprire i termini temporali recati dalla legge n. 210 del 1992, per porre rimedio alle assurdità dell'attuale situazione. È evidente, infatti, che si deve prevedere la possibilità, per il paziente, di presentare domanda nel momento in cui viene a conoscenza dei danni ricevuti.

KATIA ZANOTTI. Sarò molto breve, presidente. Sono già intervenuti altri colleghi del mio gruppo, quindi il mio intervento non sarebbe necessario, tuttavia desidero approfittare della relazione svolta in questa sede dal ministro Livia Turco per ribadire che, come hanno detto colleghi sia della maggioranza sia dell'opposizione, apprezziamo molto il rigore al quale ha improntato il suo rapporto con il Parlamento, la precisione e la determinazione con cui si presenta nella sede parlamentare per affrontare le questioni, certo non semplici, della sanità del nostro paese.

Il ministro ha assunto un orientamento giusto nella discussione della legge finanziaria, presentandosi in questa Commissione con il « patto per la salute » concordato con le regioni. Credo che sia stato proprio quel patto a tenere molto al riparo la vicenda sanitaria all'interno della legge finanziaria.

Il ragionamento sul rigore dei conti è stato importante anche per l'impianto culturale ad esso sotteso, che ritroviamo anche nella relazione svolta dal ministro nella precedente seduta della Commissione. In buona sostanza, credo che la difesa del carattere universalistico di questo impianto del sistema sanitario sia un dato di fondo che caratterizza il lavoro del ministero, con l'idea, via via sempre più consolidata nel paese e nell'opinione pubblica, che non si può, per mantenere questo carattere universalistico, avere tutto gratis.

Con quell'impianto della legge finanziaria, la ricaduta sui *ticket* del pronto soccorso è stata tutt'altro che un disastro: è stata un dato acquisito. Naturalmente, dico questo perché vengo da una regione che aveva già applicato il *ticket* sul pronto soccorso, come del resto altre undici regioni. Mentre sul *ticket* del pronto soccorso c'è un orientamento positivo, con una opinione pubblica che quanto meno riflette sulla questione dei costi del servizio e sui relativi contributi, un problema molto serio e molto avvertito dai cittadini — peraltro già all'attenzione del ministero — è quello relativo ai 10 euro a ricetta.

So che il ministero e le regioni se ne stanno già occupando, ma approfitto di questo incontro diretto con il ministro per sottolineare la mia preoccupazione a tale riguardo.

Desidero sottolineare solo due ulteriori questioni. Giustamente, il presidente ci ha invitato ad attenerci agli argomenti oggetto dell'odierna audizione e pertanto, condividendo l'impianto della relazione del ministro, non aggiungo altro.

Sul piano culturale, questi primi mesi di governo del ministro Turco alla sanità sono stati caratterizzati anche da una forte attenzione al tema del dolore come malattia. C'è una sensibilità acuta, che si traduce in comportamenti concreti, come la preparazione della legge sul parto (e penso che sappiamo bene di cosa stiamo parlando, anche in riferimento al dolore del parto). L'attenzione al tema del dolore ha portato in primo piano la questione dell'uso terapeutico della *cannabis* e dei cannabinoidi. La relazione affronta chiaramente il problema, ed è molto importante il dato culturale, la volontà di affrontare un pregiudizio che in questi anni ha pesato molto ed ancora non è stato superato.

La questione della disastrosa situazione della sanità carceraria è stata già sollevata dall'onorevole Cancrini e sull'argomento siamo molto sollecitati da numerose associazioni. Come diciamo da anni e anni, si tratta di una situazione che rischia l'inciviltà in luoghi di per sé già molto incivili.

L'ultima è una questione di cui la nostra Commissione si occupa da molto tempo, e non lo dico perché voglia una risposta. Stiamo lavorando, dopo una interlocuzione con il ministro Ferrero, sulla questione della non autosufficienza. Si tratta di problemi che concernono, in definitiva, anche l'organizzazione sanitaria e le cui possibili soluzioni, soprattutto se parliamo di integrazione sociosanitaria, possono avere ricadute positive, in termini di costi, per il sistema sanitario. Il ministro Ferrero ci ha annunciato che il Governo chiederà una legge delega al Parlamento. Naturalmente, vogliamo ragionare sulle coordinate di questa legge delega, per non dissipare il lavoro molto importante svolto in Commissione.

Il tema degli anziani, lo dico al ministro Turco, ognuno di noi lo vive nei suoi contesti territoriali, nelle sue realtà. La popolazione anziana — lo abbiamo detto e ripetuto — è in enorme, costante e solido aumento. Per fortuna viviamo tanto di più, ma succede anche che ci ammaliamo. C'è un punto che riguarda l'organizzazione sanitaria: ministro, vedo troppi anziani andare in giro per gli ospedali per fare gli esami e pochi medici per la presa in carico dell'anziano.

Credo che, quando si parla di governo clinico, di responsabilità, di competenza, soprattutto con riferimento agli anziani e ai loro famigliari, una riorganizzazione delle modalità della presa in carico e delle prestazioni agli anziani possa essere il segnale di uno scatto in avanti di cui abbiamo effettivamente bisogno.

PRESIDENTE. Colleghi, vi rinnovo l'invito a svolgere interventi sintetici, in modo da riuscire a concludere l'audizione nella seduta odierna.

EMANUELE SANNA. Ritengo che la relazione svolta dal ministro in questa sede, a distanza di circa sei mesi dalla nascita del nuovo Governo, sia molto apprezzabile, soprattutto perché mette la Commissione nelle condizioni di partecipare efficacemente all'attività di potenziamento e di ristrutturazione del Servizio

sanitario nazionale ed il Parlamento di esercitare più puntualmente la propria funzione di controllo e di indirizzo dell'attività del Governo nel delicato campo della tutela della salute e della vita umana.

La relazione del ministro mette in evidenza la concretezza con la quale il Governo sta affrontando le criticità del Servizio sanitario nazionale. Sui giornali e sulle televisioni impazza l'indagine dei NAS e degli organi di controllo negli ospedali. A parte gli aspetti spettacolarizzati, che sono inevitabili, gradirei vedere qualche immagine, non solo degli ospedali pubblici, ma anche delle case di cura private e convenzionate, che svolgono, comunque, una funzione pubblica e che funzionano con denaro pubblico.

Quello che emerge è che gli italiani dispongono — aspetto sul quale il ministro, opportunamente, insiste sempre, anche nelle sue dichiarazioni pubbliche — di un buon servizio sanitario. È bene non dimenticarlo mai, anche se ci dobbiamo concentrare sui punti di debolezza e sulle criticità.

A proposito dei punti di debolezza, penso, cari colleghi e signor ministro, che i percorsi clinici e diagnostici siano ancora vischiosi, tortuosi e poco collegati al territorio. Non mi riferisco tanto al caso eclatante del paziente che muore perché non si riescono a percorrere gli ultimi 100 metri per arrivare al pronto soccorso, ma ad un limite più strutturale. È vero, c'è la libera scelta del paziente, c'è l'autonomia dei medici che indirizzano i pazienti verso le strutture nei percorsi diagnostici e clinici, ma bisogna trovare qualche strumento per intervenire.

Insisto nel dire che il crocevia essenziale sono i medici di medicina generale, i medici degli ambulatori pubblici. Se ci sono colleghi che spediscono sempre i loro pazienti il più lontano possibile, spesso fuori dall'azienda sanitaria e dalla regione, pur essendo disponibili nelle vicinanze presidi sanitari di buon livello, credo che bisogna trovare il modo di intervenire, senza con questo voler conculcare l'autonomia dei medici.

Gli stessi CUP, i centri di prenotazione, devono essere più interattivi. Non possono ridursi a semplici segreterie telefoniche che, sulla base della lista d'attesa o dei posti disponibili, mandano acriticamente i pazienti in giro per il territorio, con costi aggiuntivi e con tempi pericolosi per la stessa salute dei pazienti.

Questo tema si intreccia particolarmente con quello del governo clinico. Certo, ne parleremo in altre circostanze, ma tale argomento è strettamente connesso ai poteri e alle funzioni dei cosiddetti direttori generali. Non ho nessuna nostalgia, né voglio riproporre i vecchi comitati di gestione che, pure, erano espressione dei comuni, quando le aziende sanitarie, o meglio le unità sanitarie locali, erano la proiezione dei consorzi dei comuni. Oggi, tuttavia, si deve constatare che il direttore generale è una sorta di viceré, di amministratore delegato, senza il controllo del consiglio di amministrazione. Rivedere i poteri dei direttori generali, soprattutto sul versante del bilancio clinico e della piena utilizzazione delle risorse umane, del patrimonio professionale dell'azienda, credo sia un appuntamento ineludibile.

Mi domando perché il direttore generale abbia una discrezionalità assoluta (tale questione è stata sollevata da un altro versante dal collega Cancrini). Perché, in presenza di una lista di 20 idonei a ricoprire la carica di primario e di capo dipartimento, il direttore generale ha una discrezionalità assoluta e non sempre sceglie il migliore? Penso che, da questo punto di vista, siano necessarie alcune profonde modifiche normative.

Venendo al tema dell'*intramoenia*, ho apprezzato l'equilibrio con cui il ministro ha riferito alla Commissione. Noi abbiamo indicato la scadenza del prossimo mese di luglio, e penso che essa debba essere rispettata. Anche in questo caso, faccio degli esempi per essere più chiaro. L'*intramoenia* allargata, che molti vorrebbero prolungare all'infinito, come è avvenuto per diversi anni in virtù di numerose proroghe, provoca un allungamento delle liste d'attesa nelle strutture pubbliche e la

ripetibilità degli esami e delle prestazioni. Un'ecografia effettuata in ospedale e prescritta dallo specialista in regime libero-professionale intramurale, in genere, non viene ripetuta. Le ecografie o gli altri esami effettuati fuori, spesso, non vengono ritenuti del tutto attendibili e, quando il paziente si rivolge all'ospedale, vengono replicati e duplicati. Credo che, da questo punto di vista, dobbiamo essere assolutamente rigorosi.

Per quanto riguarda gli operatori medici e la pianta organica, va lamentata la frequente sottoutilizzazione dello straordinario patrimonio professionale, anche tecnologico, delle strutture pubbliche, a causa di un blocco non selettivo nella copertura e nel reclutamento del personale necessario.

Anche per quanto concerne gli investimenti strutturali, dobbiamo fare attenzione. Sta passando l'idea che bisogna demolire gran parte dei presidi pubblici esistenti, in particolare i vecchi ospedali italiani, per costruirne di più moderni e più tecnologici, magari fuori dai centri storici e in nuove, concentrate cittadelle sanitarie. Io considero pericolosa questa idea. Penso, piuttosto, che dobbiamo intervenire, come il ministro ha preannunciato, per garantire l'aria condizionata in tutti gli ospedali, i bagni nelle camere di degenza, spazi per i familiari, che sono gli infermieri più bravi che possiamo mettere accanto ai nostri malati.

Infine, un cenno ai *ticket* e ai talassemici. Il problema dei talassemici, secondo me, si poteva e si doveva risolvere con la legge finanziaria. Non ci siamo riusciti, però la situazione è diventata insostenibile. Infatti, è inaccettabile che, per i danni derivati dalle trasfusioni per alcune categorie di malati sventurati, in qualche modo, si sta provvedendo (anche se bisogna fare di più), mentre non si fa nulla per alcune centinaia di politrasfusi con anemia mediterranea. Mi sembra che il ministro abbia proposto di risolvere il problema con un disegno di legge, perché mancano le risorse finanziarie.

Per quanto riguarda i *ticket*, ho difeso il provvedimento in Parlamento e sul ter-

ritorio. I risultati che si stanno ottenendo nei pronti soccorsi sono positivi e dimostrano che quella misura rigorosa e selettiva è a favore dei veri malati, mentre dissuade o educa coloro i quali approfittano e abusano dei nostri presidi sanitari. C'è, però, un problema da affrontare. Quando un paziente, per un esame della glicemia che costa 2 euro, deve pagare 10 euro di *ticket*, come avviene nella mia regione, scappa verso il privato. Ci sono fasce di reddito che per fare un esame e una visita arrivano a pagare 50 euro di *ticket*. Penso, quindi, che una riflessione sia necessaria.

DANIELA DIOGUARDI. Cercherò di svolgere un intervento molto sintetico. Innanzitutto, desidero ringraziare la ministra (preferisco chiamarla in questo modo perché il fatto di essere donna le dà un valore in più), non solo per la serietà e per il rigore, ma per un'altra qualità, che viene poco nominata ma che, secondo me, dovremmo citare di più, cioè la passione che mette in quello che fa, nonché per l'attenzione particolare alle donne. Abbiamo visto molte sue prese di posizione, non ultima quella sul cancro al collo dell'utero, rispetto al quale la ministra si è impegnata in un'opera di prevenzione che credo sia davvero rilevante.

Capisco e condivido la difficoltà di gestire questo momento, perché c'è una situazione critica e di allarme che ci pone al centro dell'attenzione pubblica. Da un lato, si tratta, come fa giustamente la ministra, di difendere il sistema sanitario pubblico, sottolineandone tutti gli aspetti positivi — e ce ne sono parecchi, rispetto anche al contesto europeo —, dall'altro, bisogna dare sicurezza e garanzie, perché c'è paura ed incertezza.

Al riguardo, vorrei sottolineare alcuni punti, già indicati nella relazione della ministra. Alcune cose andrebbero precisate meglio, ma credo che, al di là dei controlli *una tantum*, sarebbe necessario un controllo periodico. Ciò rientra, in parte, nella sfera della gestione del rischio, in cui credo vi siano misure efficaci; probabilmente, bisognerà trovarne

altre a livello ispettivo che non siano affidate soltanto ai NAS (una volta tanto, su questo mi trovo d'accordo con il collega Lucchese).

Inoltre, è importante, secondo me, anche se in Italia ciò è molto difficile, affermare in modo molto puntuale il principio della responsabilità, modulandolo sulla base delle mansioni e dei poteri di ciascuno all'interno del mondo della sanità, da realizzare sul piano contrattuale-amministrativo ed eventualmente anche penale.

Altro punto molto convincente della relazione è l'insistenza sulla gestione democratica e partecipata della sanità, che non riguarda soltanto gli operatori sanitari — anche quelli, ovviamente —, medici e infermieri, ma anche gli utenti e i pazienti, che dovrebbero essere al centro di tale gestione. Come diceva il collega Sanna, occorre riconsiderare la figura del direttore generale e limitarne i poteri, in quanto egli gode di un'eccessiva discrezionalità, che gli consente di nominare i primari a prescindere dalle qualità. Mi sembra che ciò sia già previsto laddove si parla di ridefinire le norme sul reclutamento della dirigenza e sulla progressione della carriera. Inoltre, i direttori generali decidono gli incarichi dirigenziali e, di fatto, hanno in mano tutta la struttura, a prescindere, ripeto, dalle qualità, che è il problema che a noi sta più a cuore ai fini della tutela della salute dei cittadini.

Un altro problema su cui la ministra insiste e su cui sono d'accordo è quello dell'omogeneità ed unitarietà. Come facciamo a realizzarla? Io credo che dovremmo compiere un passo ulteriore e fare una riflessione più approfondita. Non è possibile che, tra le varie regioni italiane, esistano discrepanze così grandi, per cui alcune regioni assicurano una buona qualità e quantità di prestazioni, mentre in altre ciò non avviene. Si è parlato del Molise; io mi soffermerò sulla Sicilia.

Ritengo che occorra intervenire non soltanto sul versante dei finanziamenti, come è avvenuto finora, ma anche sul piano dei poteri. Se una regione non si adegua ad un sistema di regole condivise,

anche minime, il potere in materia di sanità deve passare allo Stato, almeno per un certo periodo di tempo. Capisco che sto lanciando una proposta su cui occorre un supplemento di riflessione, ma secondo me è ineludibile, se vogliamo assicurare omogeneità ed unitarietà.

La situazione in Sicilia, in questo momento, è drammatica. Un collega parlava di ispezioni; ebbene, io chiedo 10 ispezioni per la Sicilia. A Palermo stanno chiudendo tutti i reparti. È chiaro che sto estremizzando, ma è stato chiuso il reparto di ginecologia ostetricia a Villa Sofia, con i conseguenti problemi per le donne, per il parto e per l'IVG, perché a Villa Sofia si registra la percentuale più alta di interruzioni volontarie. È stata altresì chiusa una parte del reparto di ginecologia ostetricia del Policlinico; sono state chiuse le sale operative dell'Ingrassia, le sale operatorie di oculistica e la sala operatoria del reparto di otorinolaringoiatria, sempre del Policlinico; è stato chiuso l'ospedale Guadagna, che versava in una situazione vergognosa, per le malattie infettive. Insomma, siamo veramente in una situazione drammatica.

Non parliamo di integrazione sociosanitaria, che non si sa neanche che cosa sia. Manca un piano sanitario regionale, vengono accreditate strutture pubbliche e private senza regole per l'accreditamento. A tale proposito, io non sono contraria al privato, però non è possibile che la Sicilia abbia più di 1800 convenzioni con i privati, il numero maggiore in tutt'Italia. E in questa situazione il privato diventa il grande hotel di lusso, mentre il pubblico vive in condizioni di grande difficoltà. Non dimentichiamo anche lo sperpero di denaro pubblico: c'è una struttura edilizia che sta crollando, finanziata con la legge n. 67 del 1988, mettendo a rischio i reparti dove sono ospitati i pazienti. Addirittura, a Villa Sofia, c'è un Polichirurgico di otto piani, con apparecchiature e attrezzi costati miliardi, che è chiuso da vent'anni per ragioni burocratiche. È veramente una vergogna. È una situazione che richiede un suo intervento ed un'ispezione in tempi brevi.

Venendo all'*intramoenia*, è stata svolta un'indagine e un'altra è in corso al Senato. Credo che sarebbe utile conoscerne i risultati, ma sono dell'avviso che non sia possibile concedere ulteriori proroghe.

In un incontro le ho rivolto una richiesta, che le pongo anche oggi. Il problema dei *ticket* è drammatico. Nella mia terra, la Sicilia, non esiste la medicina territoriale, per cui il pronto soccorso è l'unica struttura a cui possono rivolgersi i poveri cittadini e le povere cittadine. Aggiungo che il problema del *ticket* già esisteva in Sicilia, anche perché non si è riusciti ad organizzare la procedura di pagamento. La disorganizzazione è totale, con grande incertezza dei cittadini, che non sanno se pagare o non pagare il *ticket*. Alla fine, non lo paga nessuno.

Per quanto riguarda il *ticket* sulla diagnostica, anche in Sicilia avviene quello che ha ricordato il collega Sanna, ovvero tutti si stanno spostando verso il privato, con una perdita del pubblico e con disagio e insofferenza, perché il *ticket* colpisce simbolicamente di più e oscura le tante cose positive presenti nel suo modo di affrontare ed amministrare la sanità. Credo che occorra veramente un ripensamento da questo punto di vista.

CARLA CASTELLANI. Il ministro non si dispiacerà se continuo a chiamarla « ministro », anche perché la carica può essere indifferentemente ricoperta da un uomo o da donna, spesso molto meglio da una donna. Da un punto di vista lessicale, chiamarla « ministra » mi sembra...

DANIELA DIOGUARDI. La lingua italiana è cambiata !

CARLA CASTELLANI. Da questo punto di vista, sono tradizionalista.

Al di là delle facezie, anch'io ringrazio il ministro per la sua relazione, i cui contenuti sono in parte condivisibili; spiegherò perché non ne condividiamo alcuni altri. Ringrazio il ministro anche perché, da quando l'attuale Governo è in carica, è la prima volta che ascolto un'audizione programmatica in cui non si attacca l'ope-

rato del Governo precedente. Anzi, nel corso della sua relazione, lei è stata così corretta da dire addirittura che alcune tematiche erano state affrontate dal precedente esecutivo e sono state recepite e portate avanti da lei. Onore al merito, quindi, perché ciò pone le basi per un dialogo costruttivo all'interno di questa Commissione.

Nessuno lo ha rivendicato, ma il precedente Governo aveva incrementato il fondo sanitario nazionale e risolto alcuni problemi annosi. Mi riferisco, ad esempio, al problema dei talassemici, che è giusto affrontare il prima possibile, nonché a quello degli emofiliaci, dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, tutti problemi risolti; così come il tema degli specializzandi, per i quali in una nostra legge finanziaria la borsa di studio è stata trasformata in contratto. Certo, le risorse poste in finanziaria vanno applicate, e mi auguro che ciò avvenga il prima possibile.

Poi, c'è il problema dei *ticket*. Ricordo che, nonostante nei cinque anni di governo precedente vi siano stati problemi di carattere finanziario, nessuno ha mai posto tale problema. L'altro giorno, ho ricevuto nel mio studio un'associazione di pensionati che, usufruendo di un servizio odontostomatologico, sono costretti a pagare 12-13 euro alcune prestazioni per le quali prima spendevano tre euro. È chiaro, signor ministro, che un pensionato ha difficoltà ad accettare questa variazione. Poiché si tratta di prestazioni che ricorrono nel tempo, per queste persone esse rappresentano a volte un costo insostenibile. Sottopongo la questione alla vostra valutazione, affinché tale disposizione possa essere rivista.

Per quanto attiene al merito della sua relazione, condivido il fatto che il miglior messaggio che lei ha dato è quello di considerare il sistema sanitario una grande infrastruttura del nostro paese. Questo è veramente un passo in avanti nell'approccio a tale problematica. Il problema è capire quali sono le risorse. Sono molto belle le idee, e credo che da parte di tutti, maggioranza e opposizione, questo

messaggio sia stato ampiamente condiviso, però bisogna capire, ripeto, quali sono le risorse.

Per essere molto sintetica, procederò per *flash*. *Governance* del sistema sanitario e governo clinico, per me, sono due cose ben distinte. La *governance* è la capacità di riuscire a realizzare un sistema integrato. Nella sua relazione, lei ha parlato di territorio e di ospedali, che sicuramente sono la base strutturale di questa rete sistemica, ma aggiungerei anche i dipartimenti di urgenza e di emergenza e la formazione degli specializzandi, perché si tratta di un sistema complesso, da cui sicuramente scaturisce un obiettivo raggiungibile che porta ad ottimizzare le risorse.

Prima, qualche collega parlava di aumento dell'occupazione dei posti letto in ospedale. In alcuni territori, dove manca la medicina del territorio, dove non ci sono strutture che consentano di predisporre risposte sanitarie di primo livello o la continuità assistenziale, è chiaro che gli ospedali si intasano, creando gravi problemi ai cittadini. In molte regioni, con il programma di rientro dallo sfioramento c'è stata una decurtazione dei posti letto e si registrano delle situazioni emergenti, che preoccupano i cittadini, i quali non riescono a trovare risposte adeguate ai loro problemi. Andare in ospedale non è come andare al cinema: si va in ospedale perché se ne ha bisogno, mentre al cinema si sceglie di andarci. È importante, quindi, investire di più sulla medicina territoriale, perché è il nucleo fondante per ottimizzare le risorse.

Per quanto riguarda il governo clinico, lei sa che nella precedente legislatura abbiamo lavorato, abbiamo discusso e abbiamo prodotto una proposta di legge, il cui percorso istituzionale poi non è stato completato. Consapevoli che questo è un grosso problema, lo abbiamo affrontato. Prima, c'erano i comitati di gestione e, con la riforma sanitaria, si arrivò alla individuazione della figura del direttore generale, per superare la paralisi che si determinava allora.

Oggi, dopo 10-12 anni di applicazione di questa riforma, ci siamo resi conto che la figura monocratica del direttore generale, inizialmente concepito come *manager* competente nella gestione delle risorse, è diventata la *longa manus* della politica nelle strutture sanitarie.

Noi non abbiamo nulla contro i direttori generali, ma è più che evidente che non era quella la funzione per cui erano stati individuati. Pensi che, in un ospedale del chietino, il nuovo governo regionale ha sostituito il vecchio direttore generale nominato dal precedente Governo, il quale ha presentato ricorso al TAR, che gli ha dato ragione. Così, è stato reintegrato, tanto che in quella struttura, per un po' di tempo, ci sono stati due direttori generali.

Lei capisce benissimo che, di fronte a servizi che mancano, un cittadino, di centrodestra o di centrosinistra, che legge sulla stampa locale questo tipo di dialettica non ha più fiducia nelle istituzioni, non solo e non tanto nei medici, ma nella politica, che dovrebbe cercare di risolvere i problemi, anziché crearne. Quindi, occorre una rivisitazione di quella riforma, cercando di garantire contemporaneamente e in maniera equilibrata, se sarà possibile, il ruolo dei medici, che oggi è fortemente svalutato e svilito, il ruolo del personale infermieristico, perché una buona sanità dipende da una buona organizzazione del servizio assistenziale, nonché il ruolo di tutti coloro che sono coinvolti nell'impegno di dare risposte sempre più adeguate e rispettose ai pazienti.

Lei ha detto che a luglio scade l'*intramoenia* allargata. Le sottopongo una riflessione: ci sono alcune realtà dove l'*intramoenia* si può già praticare, dal punto di vista logistico, ma non è possibile metterla in campo efficacemente perché manca il personale assistenziale. Allora, che cosa potremmo creare? Pur essendoci situazioni logistiche adeguate, non tutti i medici possono praticare l'*intramoenia* perché manca il personale. Se chiudiamo gli studi professionali dove si pratica l'*intramoenia* allargata, rischiamo di creare dei problemi di disoccupazione a coloro

che già lavorano in questi studi professionali, senza dare una risposta efficace al cittadino. Quindi, facciamo attenzione e valutiamo come mediare su questi due aspetti.

La terapia della *cannabis* credo sia un « cavallo di Troia » per la liberalizzazione delle droghe leggere. Mi aspetto risposte un poco pesanti da parte dell'attuale maggioranza. La ringrazio perché sta rilanciando il concetto del dolore come patologia da affrontare, però, anche in regioni non avanzatissime da questo punto di vista come la mia, da anni esistono scuole di terapia del dolore proprio per venire incontro a questo problema. Ebbene, da medico che per tanti anni ha praticato la terapia del dolore le dico che ho sempre preferito utilizzare farmaci derivati dagli oppiacei, naturali o sintetici, che, a basso dosaggio, evitando quindi gli effetti collaterali, danno risultati ottimali nella terapia del dolore. La *cannabis* potrà essere utile a tante altre cose, ma non è il farmaco da scegliere per la terapia del dolore.

Vengo al tema degli indennizzi. Ringrazio il collega Ulivi per aver anticipato quello che volevo dire. Signora ministro, lei sa che sono stata la relatrice sul provvedimento in materia (oltre che la prima firmataria insieme a colleghi di altre forze politiche), volto a sanare una situazione che ha visto queste famiglie per tanti anni andare in giro per i palazzi del potere senza ricevere alcun tipo di risposta. Al fine di trovare una copertura finanziaria adeguata, la nostra legge limitava l'indennizzo a tutte quelle famiglie e quei soggetti che già percepivano, in virtù della legge n. 210 del 1992, l'equo indennizzo. Vorrei anch'io capire i motivi che, successivamente, hanno determinato un rallentamento. Probabilmente, presenteremo un'interrogazione per sapere quale sia la situazione.

LEOPOLDO DI GIROLAMO. Cercherò di attenermi solo ad alcune delle questioni che il ministro Turco ha affrontato. La questione più rilevante, al di là del merito, a me sembra il metodo che il ministro ha messo in atto dall'inizio della sua azione di

governo e che si è concretizzato in maniera esplicita nel « patto per la salute » e poi nella norme della legge finanziaria.

È un metodo finalizzato all'uso diffuso ed esteso della cooperazione interistituzionale, come elemento di modifica e di miglioramento del sistema. Credo che ciò sia fondamentale, perché questa metodologia è l'unica, secondo me, che consente di recuperare le grandi differenze che oggi esistono nel paese in tema di fruizione del diritto alla salute, di allocazione adeguata delle risorse e di qualità del servizio sanitario.

Credo, quindi, che questo elemento di cooperazione, che viene dopo una fase nella quale c'è stato un elemento, prima, di condivisione, poi di collaborazione — oggi siamo in una fase più avanzata —, debba essere adottato in maniera estesa, non solo nell'ambito dei rapporti tra Stato e regioni, ma anche all'interno dei sistemi dei servizi sanitari regionali. Soltanto in questa maniera, cioè con una cooperazione interistituzionale, riusciremo ad ottenere un utilizzo appropriato delle risorse e risultati adeguati in termini di qualità dei servizi resi ai cittadini.

Il concetto di *governance* illustrato dal ministro dovrà consentire di superare la struttura gerarchica prevista dalla legge n. 502 del 1992 e di arrivare, attraverso la responsabilizzazione dei vari soggetti e dei vari attori, ad un risultato condiviso.

In questo ambito, occorre inserire la questione del governo clinico, che rientra pienamente in tale disegno, poiché la managerialità nella direzione delle aziende sanitarie va certamente garantita, ma evitando forme di spurio aziendalismo e valorizzando pienamente gli operatori sanitari professionisti. Faccio notare che la qualità delle persone coinvolte in questo settore è fondamentale rispetto all'esito del risultato, più che in tutti gli altri settori nei quali si svolge la vita pubblica. Sappiamo tutti che non è un prodotto nel quale l'intervento umano non ha rilevanza. Anche i fatti di questi giorni, purtroppo, ci testimoniano che in questo set-

tore la qualità dell'intervento da parte del professionista è elemento fondamentale per la riuscita dello stesso.

Quindi, coinvolgimento, responsabilizzazione, qualità e formazione del personale nel governo clinico, nonché dei cittadini, i quali sono il terzo attore di questo triangolo (istituzioni, professionisti e cittadini), che hanno rilievo soprattutto negli indirizzi, nella programmazione e nella valutazione dei risultati e nel controllo, ma devono acquisire un elemento di responsabilizzazione maggiore.

Detto questo, che mi sembra sia l'elemento che attraversa gli atti finora compiuti dal ministro e dal Governo, mi soffermo solamente, in maniera molto rapida, su due questioni. In primo luogo, l'utilizzo terapeutico della *cannabis*.

Ricordo ai colleghi che hanno manifestato alcune perplessità che ci sono ben quattro grandi *report*, quattro grandi studi internazionali, peraltro fatti da Governi, non da società scientifiche, che testimoniano la possibilità e l'opportunità dell'uso dei derivati della canapa per uso terapeutico.

Mi riferisco al rapporto alla Camera dei *Lords* inglese del 1998, confermato da successive commissioni di studio del Governo inglese; al rapporto Nolin, del Senato canadese; al « *Cannabis report* », fatto da ben sette nazioni europee, e al rapporto Rock, del Governo francese. Ebbene, questi rapporti hanno evidenziato che i derivati della canapa possono avere un uso terapeutico utile. Questo è stato poi confermato dall'International Control Board dell'ONU, tant'è vero che tale elemento è acquisito da molti paesi.

È vero, però, quello che dice la senatrice Castellani, cioè che in tal modo si confuta l'assioma per cui i derivati dalla canapa sono stati inseriti nella tabella 1 della recente legge varata dal Governo Berlusconi, ovvero che in quella tabella ci sono preparati che non sono dotati di azione terapeutica. Così non è, quindi si pone il problema di ridiscutere quella legge.

L'ultima questione riguarda le liste di attesa. Innanzitutto, mi preme specificare

che tale problema è avvertito dappertutto, non soltanto in Italia. È più acuto, certo, nei sistemi sanitari di natura nazionale; se guardiamo all'Inghilterra, questo paese ha dovuto addirittura porre in essere convenzioni internazionali con la Francia, l'Olanda e il Belgio per consentire ai suoi cittadini di usufruire di alcune prestazioni di tipo specialistico, oppure in regime di ricovero ospedaliero, perché la tempistica dei tempi di attesa si era dilatata in maniera inaccettabile. Ciò è dovuto alle cause che conosciamo, che sono quelle generali che alzano anche la spesa: invecchiamento della popolazione, aumenti del reddito, aumento della consapevolezza che riguarda il problema salute e il benessere individuale.

Anche in questo caso, credo che le azioni che il Governo sta mettendo in campo siano valide.

Per quanto riguarda il rifinanziamento dell'edilizia sanitaria, devo fare una critica al precedente Governo, perché non solo era stato prosciugato lo specifico fondo, ma erano stati eliminati i fondi per la riqualificazione sanitaria nelle grandi aree urbane. Nelle leggi finanziarie per il 2004 e il 2005, questi fondi erano stati azzerati, tant'è che alcune città metropolitane che vivono i problemi che conosciamo, li vivono anche in conseguenza di quella scelta. Inoltre, c'è la questione « casa della salute », che mi sembra un elemento fondamentale rispetto al problema delle liste d'attesa, e la questione dei percorsi e della presa in carico per problemi di salute, e non soltanto più per indagini puntiformi.

Credo che tutti questi elementi permettano, a poco a poco, di rendere il problema in questione accettabile e non più enorme quale è oggi.

GINO BUCCHINO. Esprimo viva soddisfazione per l'intervento e per la partecipazione del ministro ai lavori della nostra Commissione. L'attenzione che ci dedica ci offre anche una ventata di entusiasmo per il lavoro che affrontiamo in questa sede e in Parlamento.

Ho ascoltato con attenzione gli interventi ed ho letto e riletto con altrettanta

attenzione la relativa documentazione cartacea. Mi soffermo solamente su un punto specifico, approfittando della sua presenza, per fare una sottolineatura. A pagina 2, lei parla dell'urgenza di cominciare a costruire il secondo pilastro della sanità pubblica, ossia quello della medicina del territorio, a partire dalla riorganizzazione e promozione delle cure primarie.

Nella sua recentissima introduzione ad un volume pubblicato dall'Organizzazione mondiale della salute, il cui titolo è «Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale», lei afferma giustamente che le malattie croniche sono il primo problema di salute e vanno affrontate con nuovi modelli assistenziali. Di questo tipo di approccio, che condivido, non si trovano molte tracce nella documentazione cartacea.

Approfitto per leggere dieci righe di quello che lei ha scritto in questa introduzione e che condivido: «In Italia abbiamo un sistema di cura che funziona come un radar, a cui il paziente appare per essere curato e scompare alla vista una volta guarito, perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche, per le quali serve invece un modello di assistenza diverso. Occorre evitare non solo che le persone si ammalino, ma anche che chi è già ammalato vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Un sistema, insomma, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nel territorio adeguatamente attrezzato. Ecco che, allora, sono le istituzioni che devono impegnarsi su questo fronte attraverso politiche e strategie mirate. L'obiettivo è quello di ridurre l'impatto delle malattie croniche portando finalmente qualità e aspettative di vita a livelli accettabili in tutti i paesi europei».

Il mio voleva essere solamente un ricordo di alcune cose a cui tengo molto e che so che lei conosce benissimo. La ringrazio nuovamente per il fatto di partecipare con così grande attenzione ai nostri lavori.

PRESIDENTE. Do ora la parola al ministro per la replica.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Vi ringrazio molto, perché è stato molto importante, in un momento abbastanza complicato, poter riscontrare una condivisione sugli indirizzi di fondo, al di là delle appartenenze politiche.

Il sistema sanitario pubblico del nostro paese è davvero un grande bene, che va tutelato, difeso e ammodernato. Credo che l'azione fondamentale consista nel costruire una relazione di fiducia tra i cittadini e il servizio sanitario. Per questo motivo, penso che bisogna essere assolutamente inflessibili nei confronti di fatti che sono del tutto inaccettabili. Ho sentito il racconto di quello che è accaduto a Vibo Valentia dai genitori di quella ragazza, e davvero è inaccettabile.

GIUSEPPE PALUMBO. Ho chiesto una commissione d'inchiesta per gli errori in medicina, ma pare che non si possa fare.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Non lo so, ma penso che ci siano molti elementi di conoscenza; forse, bisognerà definire gli strumenti. Per esempio, nel provvedimento sul governo clinico, potremmo decidere di avere gli strumenti per affrontare una materia che, mi pare, conosciamo bene. Certo, può essere ulteriormente indagata, ma bisogna essere comunque inflessibili.

Ritengo che la retorica sulla malasanità, comunque, sia un danno per il servizio sanitario pubblico e leda la relazione di fiducia con i cittadini. Penso che sia importante reagire e che la reazione debba essere corale, perché questo poi consente di realizzare quegli ammodernamenti e quei cambiamenti che sono assolutamente urgenti.

Noi abbiamo il dovere di distinguere. Così come è giusto che chi sbaglia paghi, è altrettanto giusto che i medici che non sono all'altezza del proprio compito siano chiamati ad assumersi le loro responsabilità. Tuttavia, è sbagliatissimo criminalizzare la classe medica, in quanto sappiamo che i medici e gli operatori sanitari sono uno straordinario patrimonio del nostro paese, e sono in prima linea. Tutti ab-

biamo conosciuto non soltanto le eccellenze, ma il loro lavoro quotidiano. Certo, dobbiamo chiedere loro di migliorare, dobbiamo chiedere ai medici di famiglia di essere più innovativi, ma si tratta di un patrimonio che deve essere sempre salvaguardato. Gli strumenti che qui abbiamo discusso e su cui ho riscontrato una condivisione credo possano aiutarci in tal senso.

Dunque, anche in un momento come quello attuale, ritengo che l'impegno corale e la condivisione nella difesa e nell'ammodernamento di un patrimonio che appartiene al bene comune di questo paese siano da sottolineare come un dato importante per tutti noi.

Avete posto tantissime questioni. Non credo che riuscirò a rispondere a tutte, ma sarò ben felice di definire un'agenda delle questioni da affrontare più specificamente nel merito. Sono, quindi, disponibile a tornare ancora.

Mi pare importante che vi sia stata una condivisione sui temi dell'unitarietà del sistema, sul fatto che equità ed efficienza sono due facce della stessa medaglia e sul tema della salute come investimento, come grande infrastruttura del nostro paese. L'approccio culturale non risolve tutto, certo; però, in qualche modo, è dirimente. Pertanto, il fatto stesso di dividerlo consente di portare avanti delle politiche condivise.

Rispetto alla questione dell'unitarietà del sistema, ho scorto negli interventi molte sollecitazioni ad esercitare una più puntuale azione di controllo, perché non basta l'intervento dei NAS. L'onorevole Lucchese e l'onorevole Dioguardi hanno sottolineato questo aspetto, ma credo che sia stato importante, come diceva nella seduta precedente l'onorevole Grasso, dare ai cittadini degli elementi di certezza.

Per esempio, aver affermato che il sistema sanitario ha uno strumento ispettivo « normale », che lavora tutti i giorni - ogni giorno i NAS conducono azioni ispettive in modo normale -, credo che abbia rasserenato gli animi, perché non tutti lo sanno. È necessario che questo rientri negli strumenti normali di controllo, che

sia uno degli strumenti ispettivi di controllo, certamente, però, non sufficiente.

Avete posto con forza il problema del controllo e dell'efficienza, di come si supera una sanità a diverse velocità. Mi riferisco, ovviamente, alla questione dell'unitarietà del sistema, in particolare di come si superano le disparità tra regione e regione. Su questo, credo che dobbiamo agire all'interno della legislazione vigente. Il Titolo V prevede la cooperazione nella legislazione concorrente. I poteri sostitutivi non sono i più normali, perciò credo che la strada maestra sia quella della cooperazione istituzionale, anche con strumenti di controllo.

Sarò ben felice, se vorrete, di venirvi a raccontare in che cosa sta consistendo l'azione di affiancamento, lo sforzo che stiamo facendo per definire i cosiddetti piani di rientro e la strumentazione che si attiverà. Faccio notare che affiancamento non significa semplicemente che noi concordiamo e concertiamo con le regioni che hanno situazioni debitorie il contenimento e il rientro dal debito, ma significa, tante volte, cambiamento della politica sanitaria in meglio. Non dobbiamo dimenticare che, una volta approvato il piano di rientro, c'è poi un'azione di affiancamento che si traduce in un comitato misto, il quale, a livello regionale, segue l'attuazione del piano di rientro. Ciò significa che una serie di atti rilevanti che dovrà adottare il governo regionale dovrà essere condivisa con il Governo nazionale. La strumentazione del cosiddetto affiancamento è una strumentazione efficace, a patto che sia fortemente condivisa dalle regioni coinvolte.

Sarò contenta di raccontarvi in che cosa consista questa azione, a partire dalle regioni - Lazio, Campania, Sicilia, Molise, Abruzzo - che sono interessate ad essa, in modo che la discussione sull'unitarietà del sistema e sull'esigenza del controllo diventi più concreta e investa quel che sta avvenendo all'interno delle singole regioni.

Ci sono, poi, gli strumenti normali, ovvero quelli che avevo indicato e che già esistono, per la prevenzione del rischio clinico, per la prevenzione delle infezioni,

per la piena applicazione di tutte le leggi sulla sicurezza e delle norme sulla pulizia. Gli strumenti ci sono; noi siamo impegnati, come ministero, a far sì che questa strumentazione venga adottata da tutte le aziende sanitarie e che una politica volta a tal fine venga portata avanti con determinazione da parte di tutte le regioni.

Questo è esattamente quello che abbiamo concordato in una riunione recente con le regioni. Sui temi del rischio clinico, della prevenzione delle infezioni, della sicurezza degli ambienti, applicando la normativa vigente, dovrà esserci un'azione costante di intervento. Ad esempio, il progetto « Cure sicure » — che rende operativi alcuni indirizzi dell'Organizzazione mondiale della sanità adottati da tutte le regioni — va esattamente in questa direzione.

Credo, quindi, di poter dire che gli strumenti per un'azione normale esistono, che vanno ampliati, ma soprattutto estesi all'intero territorio nazionale.

La seconda questione che avete posto con forza è quella degli investimenti. Sicuramente, c'è un problema di entità dei finanziamenti, come avevo già detto nella mia relazione introduttiva. Credo sia giusto fare una valutazione del fabbisogno, attrezzarsi per la prossima legge finanziaria. Occorre, però, anche definire in modo condiviso una progettualità su quello che deve essere l'ammodernamento della rete ospedaliera, richiamato nei vostri interventi. Ritengo sia importante sottolineare che non deve esserci il « fai da te » degli ospedali e dell'ammodernamento della rete ospedaliera, ma occorre una progettualità e una programmazione, dei livelli condivisi, soprattutto una progettualità condivisa.

Anche in questo caso, non partiamo da zero. Ci sono strumenti, elaborazioni in corso, c'è il comitato di valutazione degli investimenti, strumento prezioso di programmazione e di valutazione.

Penso sia molto importante l'adeguamento degli investimenti in termini di entità, ma anche l'utilizzo delle risorse stanziato. È in programma un incontro

con le regioni l'8 febbraio prossimo, con all'ordine del giorno l'ammodernamento della rete ospedaliera e gli investimenti. La sfida che ci poniamo tutti insieme è quella di definire dei programmi che consentano l'utilizzo in tempo utile delle risorse per il 2007.

È inutile girarci attorno: sapete benissimo che l'applicazione dell'ex articolo 20 vede regioni che hanno utilizzato appieno le risorse e ne chiedono altre e regioni che non le hanno utilizzate. Insieme all'adeguamento, quindi, si tratta di utilizzare i 3 miliardi in più stanziati nella legge finanziaria a partire dal 2007 e fare in modo che tutte le regioni presentino dei programmi adeguati.

Avevo accennato al lavoro avviato con il Ministero dello sviluppo economico, di concerto con il ministro Bersani e con il viceministro Bubbico, sull'utilizzo dei fondi strutturali 2007-2011. Posso confermarvi, sulla base di una riunione importante svoltasi ieri, che arriveremo a sottoscrivere un protocollo d'intesa tra i due ministeri e le regioni, che costituisce un passo significativo nella direzione della sanità come investimento. Sarò ben contenta di poter illustrare questi indirizzi alla Commissione, se lo riterrete opportuno.

È stata posta una questione delicata per quanto riguarda il rapporto tra il centro-nord e le regioni del Mezzogiorno relativamente alla quota capitaria. La questione è sul tappeto da molto tempo ed ha una sua dignità e rilevanza, proprio per quanto attiene alla unitarietà del sistema. Penso sia importante che il riparto delle risorse sia stato definito sulla base del principio di sussidiarietà.

Ho firmato la proposta di riparto che le regioni hanno definito tra di loro, trovando un punto di un equilibrio che forse non soddisfa del tutto, ma che è stato definito in modo autonomo. Ritengo che ciò sia importante perché, se su un tema relevantissimo come il riparto delle risorse c'è una assunzione di responsabilità da parte delle regioni e si trova un equilibrio, senza che vi sia una misura imposta dal

Governo, credo che questo sia un passo in avanti per migliorare una questione che è sicuramente sul tappeto.

Per quanto riguarda il governo clinico, anche in questo caso sono venuti dei suggerimenti ed è stato posto l'accento su alcune esigenze. Ho riscontrato che ciò è avvenuto a prescindere dalle collocazioni politiche, di opposizione o di maggioranza. Soprattutto, mi sembra si concordi sul fatto che il governo clinico non è soltanto un equilibrio di poteri, ma la promozione della qualità del sistema, che deve riguardare le strutture ospedaliere, così come è giusto parlare anche di governo clinico del territorio.

In alcuni interventi è stata sottolineata l'importanza di un'azione coerente rispetto alla medicina del territorio; al riguardo sono pienamente d'accordo e più avanti esporrò le operazioni che stiamo portando avanti. Allo stesso modo, penso sia stato utile e giusto richiamare che ci sono dei provvedimenti legislativi, che c'è un lavoro svolto nella precedente legislatura.

Personalmente, vi ho esposto degli indirizzi, che sono quelli che abbiamo discusso con le regioni e che in modo più articolato sono stati posti all'attenzione delle professioni mediche e sanitarie, sia riguardo al provvedimento legislativo sul governo clinico, sia con riferimento alla gestione dell'*intramoenia*.

Mi sembra importante che si sia capito che parlare del termine del 30 luglio non significa tanto proporre una « norma capestro », quanto un'assunzione di responsabilità. Decideremo insieme come risolvere il problema. Sono d'accordo con l'onorevole Burtone: si tratta di *intramoenia* allargata, di una questione, in definitiva, marginale; dobbiamo gestirla con equilibrio, per affrontare i problemi.

Anche qui c'è una sintonia, se si considerano le cose dal punto di vista concreto (lo diceva anche l'onorevole Castellani). Io sono per gestire il problema con equilibrio, trovando insieme la soluzione più giusta. Tuttavia, credo sia doveroso, da parte del Governo, chiedere il massimo impegno delle regioni nella costruzione delle strutture per l'esercizio

dell'*intramoenia*, avendo esplicitato in modo chiaro che l'indirizzo è quello dell'esclusività di rapporto legata al contratto e dell'esercizio della libera professione nell'*intramoenia*. Onorevole Lucchese, i 300 milioni di euro a cui si è fatto riferimento non è la cifra che riteniamo necessaria; infatti, so bene che ne servono di più. Si tratta delle risorse che erano state stanziare dal ministro Bindi e che non sono state ancora utilizzate; credo sia doveroso chiedere intanto alle regioni di utilizzare queste risorse.

Abbiamo chiesto i programmi per l'applicazione dell'*intramoenia* entro gennaio, e posso dirvi che ci stanno arrivando. In questo periodo, credo sia giusto esercitare il massimo impegno in tal senso, poi valuteremo insieme. Decideremo sulla base dell'indagine che sta svolgendo il Senato e dei suggerimenti che provengono dalle professioni. Mi assumo molto volentieri, data la delicatezza della materia, l'impegno - anzi, per me è un grande aiuto - di decidere qui, in via preliminare, quale provvedimento adotteremo a regime quando scadrà l'altro, a luglio.

Richiamo le ultime questioni; alle restanti risponderò, eventualmente, in sede di svolgimento delle interrogazioni che presenterete. L'onorevole Di Virgilio aveva chiesto chiarimenti sull'ECM e sugli specializzandi. Se mi consentite, per non rubare tempo, su questi argomenti vi lascerò una nota scritta che fa il punto sia sull'applicazione del contratto degli specializzandi, sia sul lavoro importantissimo di cui si è parlato in molti interventi. L'ECM è uno strumento prezioso; si è conclusa una fase sperimentale, e bisogna metterlo a regime. Anche qui abbiamo concordato una procedura con le regioni, che è una proroga, poi però si arriverà alla definizione di uno strumento paritetico a regime, anche con proposte di innovazione che dovranno essere discusse. Su questi due punti, consentitemi di lasciarvi una memoria scritta.

DOMENICO DI VIRGILIO. Signor ministro, sugli specializzandi, se i soldi ci sono e la legge c'è, il contratto si applica o no?

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Il contratto si applica. La ricostituzione dell'osservatorio è ormai prossima. Con l'aiuto degli uffici competenti e con dati obiettivi, ho cercato di farvi il punto della situazione.

Più volte mi avete interpellato sull'ECM. Mi è sembrato giusto fare il punto della situazione e lasciare una memoria scritta che riguarda la costituzione di un comitato paritetico, tra ministero e regioni, che deve definire, entro pochi mesi, un riassetto complessivo dell'ECM, alla luce sia del Titolo V sia di una recente sentenza in materia. Credo sia stato importante avere evitato — questo è stato possibile grazie all'accordo positivo con le regioni — una frantumazione con riferimento all'ECM. Il rischio che si correva, infatti, è che il sistema fosse interamente regionalizzato, e quindi, di fatto, senza un indirizzo nazionale: ciò avrebbe significato una perdita del sistema. La cooperazione con le regioni ha consentito di prevedere una proroga della sperimentazione, di definire uno strumento di governo concertativo con le regioni ed un tempo entro il quale verrà definito un progetto di riforma.

Vorrei rispondere ad ulteriori questioni. Innanzitutto, affronterò il tema del *ticket*. La norma relativa ai 10 euro non è stata surrettizia, è stata inserita nella legge finanziaria fin da settembre; se poi il dibattito ha riguardato più il pronto soccorso, è un altro conto. Tuttavia, la norma era presente e scritta in modo chiaro.

Stiamo discutendo con le regioni. Probabilmente, si dovrà coinvolgere il Parlamento anche per una misura di urgenza. La discussione con le regioni è la seguente. Questa misura produce effetti indesiderati, anche alla luce della eterogeneità delle misure di compartecipazione al costo che esistono a livello regionale. La cosa più importante da fare è una riforma del sistema delle esenzioni, a partire dal lavoro che aveva cominciato il ministro Bindi. Consentitemi di citarlo, perché credo sia quello che dobbiamo fare: occorre rivedere l'equità dell'attuale sistema di esenzione. Quest'ultimo, infatti, quando

non prende in carico e non tutela una famiglia monoreddito con figli a carico, quando prevede un sistema di accertamento del reddito basato semplicemente sull'autocertificazione, produce degli effetti di iniquità.

Credo che ciò che occorre fare, in nome dell'equità e dell'universalità del sistema, sia trovare insieme le modalità per riesaminare il sistema di compartecipazione. Ne abbiamo discusso con le regioni, e c'è un orientamento assolutamente condiviso in tal senso, nonché una disponibilità da parte delle forze sociali e dei sindacati. Ritengo che questa sia una grande riforma che dovremo discutere insieme, anche in questa Commissione.

Inoltre, si chiede — e per questo sarà necessario un intervento urgente — di dare la possibilità alle regioni di introdurre modalità alternative rispetto alla misura fissa dei 10 euro. Credo che non sarebbe serio da parte mia se oggi vi dicessi che è possibile sospendere gli effetti di quella misura o rivederla integralmente, perché in realtà questo non è possibile. È possibile, invece, consentire un uso di tale misura da parte delle regioni che attenui quegli effetti di iniquità, che non erano stati previsti. Quindi, è probabile che risulti inevitabile sottoporre al Parlamento, per correggere questo effetto indesiderato e questa iniquità, una misura correttiva.

Sto parlando dei 10 euro; invece, per quanto riguarda il pronto soccorso, si sta confermando quanto è stato detto dall'onorevole Sanna e da altri parlamentari, vale a dire che l'effetto è quello di un uso appropriato. Ad ogni modo, visto che stiamo lavorando in corso d'opera e cerchiamo di farlo nell'ottica di correggere, penso sia importante adottare una misura che consenta alle regioni di utilizzare misure alternative ai cosiddetti 10 euro, per evitare le iniquità che avete rappresentato in questa sede e che non posso non prendere in considerazione.

Un'altra questione che è stata sollevata in numerosi interventi è quella delle liste d'attesa. Quando si è parlato di pacchetti terapeutici — questione che ci

hanno suggerito le regioni —, si faceva riferimento alla necessità di intervenire non soltanto sulle singole prestazioni, ma per patologia, e quindi di poter prendere in carico il percorso diagnostico terapeutico per singola patologia, che credo sia una misura molto più efficace per il singolo cittadino. Relativamente al modo in cui tutto questo venga tradotto in concreto, entro oggi, le regioni ci dovevano trasmettere i programmi delle liste d'attesa. A dimostrazione che la cosiddetta cooperazione produce dei risultati, posso dirvi che, mentre mi allontanavo dai miei uffici, mi stato comunicato che quasi tutte le regioni hanno trasmesso i programmi. Li renderemo assolutamente pubblici. Credo che questa azione di cooperazione e di trasparenza possa essere utile per affrontare temi delicati come quello delle liste d'attesa.

Vengo ora alla sanità penitenziaria, tema sul quale abbiamo avviato una riflessione. In particolare, se ne sta occupando il sottosegretario Gaglione. Credo che saremo molto interessati, anche in questo caso, ad un confronto; quindi, chiederò al sottosegretario Gaglione di rendersi disponibile, qualora voi la richiediate, a confrontarsi con voi in merito ai possibili indirizzi, dal momento che abbiamo avviato un lavoro con il Ministero della giustizia. Intendiamo avviare anche una riflessione sul tema della salute mentale e affrontare la questione degli OPG. Anche su questo argomento, c'è un lavoro preventivo su quelli che possono essere gli indirizzi da adottare.

Quanto alla medicina del territorio, abbiamo avviato una discussione con le regioni. Non ne avevo parlato diffusamente perché ho risposto ai quesiti che mi avevate posto.

Nella riunione con le regioni, si è convenuto che il tema prioritario sia fare una verifica sull'applicazione della convenzione con i medici di medicina generale. Tale convenzione, infatti, contiene molti elementi innovativi, come l'associazionismo dei medici di famiglia. Si tratta di

verificare dove è stata applicata, quali risultati ha prodotto, quali *input* è possibile dare.

Allo stesso modo, costituiremo presso il ministero una commissione con le diverse rappresentanze dei medici di medicina generale (come la guardia medica e, in generale, la medicina sul territorio, con le sue varie figure).

La questione che poniamo è la seguente, proprio per essere coerenti con la discussione che c'era stata sull'appropriatezza e sull'uso appropriato del pronto soccorso. Dobbiamo fare un patto, per assicurare ai cittadini, in tempi rapidi, la continuità dell'assistenza, cioè 24 ore su 24 e nel fine settimana.

Sono convinta che l'innovazione della medicina del territorio debba partire da questo dato molto concreto, che questo sia l'anello da cui partire. Ovviamente, si tratta di un tema delicato, perché ciascuna regione ha il proprio modello e non vuole che altri decidano per suo conto. Questa peculiarità va sicuramente rispettata ma, dal momento che il Governo e le istituzioni devono garantire i livelli essenziali di assistenza, la continuità dell'assistenza, le 24 ore ed il fine settimana sono un livello fondamentale di assistenza. Pertanto, è in questi termini che riteniamo di dover porre all'attenzione il problema.

Sottolineo anche l'impegno, che vogliamo mantenere, a realizzare un'innovazione presso il ministero e ad avere una direzione generale sulla medicina di famiglia, sull'integrazione sociosanitaria. Voi mi insegnate, infatti, che l'assetto delle istituzioni conta molto anche per la promozione delle politiche.

Sulla questione dei talassemici, concordo pienamente sul fatto che si tratta di un'urgenza. Mi dispiace che non si sia affrontata nella legge finanziaria. Sono disponibile ad incontrare le associazioni per decidere come affrontare la questione. Relativamente ai bacini e agli indennizzi, risponderò in modo più preciso alle questioni che mi porrete.

Quanto alla Sicilia, mi recherò in questa regione per un incontro con l'assessorato. Ho chiesto all'assessore di poter

incontrare anche tutte le rappresentanze, le forze politiche, le aziende sanitarie, ma anche i sindacati. Insomma, ho chiesto di avere una rappresentazione corale di quelli che sono i problemi della Sicilia. La stessa cosa cercheremo di fare con le altre regioni. Ho raccolto qui l'invito che è mi è stato rivolto rispetto al Molise.

Non ho risposto a tutte le questioni sollevate. Se la Commissione programmerà ulteriori incontri, sarò ben felice di confrontarmi ancora con voi su questi argomenti.

CARLA CASTELLANI. Vorrei un chiarimento sul contratto degli specializzandi.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Sta partendo.

CARLA CASTELLANI. Lo chiedo perché nella documentazione scritta ho letto che deve ancora essere acquisito il parere e che il contratto dovrà essere attuato con decreto. Avevo capito male: mi sembrava che lei avesse detto che fosse già stato attuato...

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Vi ho riferito lo stato di attuazione: dipende in parte da me e in parte dagli altri

ministeri. Del resto, questo è un tema molto rilevante. Comunque, vi ho lasciato un appunto relativo allo stato dell'arte. Se ci sarà necessità di ulteriori chiarimenti, potremo fissare altri incontri.

PRESIDENTE. Credo di interpretare la volontà di ciascuno dei colleghi presenti nel ringraziare il ministro per la sensibilità istituzionale e la disponibilità dimostrate nei confronti della nostra Commissione, a dimostrazione anche dell'esigenza di un confronto ravvicinato e diretto con il Parlamento. Il ministro si è reso altresì disponibile, sia personalmente sia attraverso i sottosegretari competenti, per ulteriori incontri. Valuteremo l'opportunità di chiedergli, eventualmente, di tornare nuovamente in questa sede.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 16,20.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. COSTANTINO RIZZUTO

*Licenziato per la stampa
il 9 marzo 2007.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

€ 0,60



15STC0002470