

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 capitolaria. 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