



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 35

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE
RENATO BALDUZZI SULL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE
N. 38 DEL 2010 RECANTE: «DISPOSIZIONI PER GARANTIRE
L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA
DEL DOLORE»

372^a seduta: giovedì 11 ottobre 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione del Ministro della salute Renato Balduzzi sull'attuazione della legge n. 38 del 2010 recante: «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 11
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	10
BAIO (<i>Per il Terzo Polo:ApI-FLI</i>)	7
BALDUZZI, ministro della salute	3, 11
BASSOLI (<i>PD</i>)	9
BOSONE (<i>PD</i>)	11
D'AMBROSIO LETTIERI (<i>PdL</i>)	6
SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	8

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: *Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.*

Interviene il ministro della salute Renato Balduzzi.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 46, comma 2 del regolamento, l'audizione del ministro della salute Renato Balduzzi sull'attuazione della legge n. 38 del 2010 recante: «Disposizioni a garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore».

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4 del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Do la parola all'onorevole signor Ministro.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Signor Presidente, ringrazio lei e i signori senatori per la possibilità che mi è concessa di interloquire su questioni di comune interesse, soprattutto in queste settimane in cui la mia presenza è evidentemente più assidua nell'altro ramo del Parlamento.

La legge n. 38 del 2010 ha la caratteristica importante che conoscete bene: ci ha messo all'avanguardia in Europa per quanto riguarda le cure palliative, la terapia del dolore e la costruzione delle tre reti (cure palliative, terapia del dolore e assistenza al paziente pediatrico). Vorrei relazionarvi sullo stato di attuazione della legge, perché è una bella legge ed è un prerequisito importante, ma bisogna verificare come sia applicata nella pratica.

In primo luogo, nell'ottobre del 2010, siamo pervenuti ad un accordo sulla ripartizione dei finanziamenti del progetto «Ospedale-Territorio senza dolore». Si è trattato di un finanziamento di 1.450.000 euro per il 2010 e di un milione di euro per il 2011. Fino ad oggi sono stati valutati i progetti di Lombardia, Emilia Romagna, Marche, Veneto, Toscana e Calabria. Naturalmente si tratta di risorse volte a realizzare iniziative di carattere formativo sperimentale soprattutto per i professionisti che operano nel campo della terapia del dolore, ma nel progetto «Ospedale-territorio senza dolore» c'è un'attenzione a favorire l'integrazione sia a livello territoriale che tra i diversi nodi che costituiscono la rete di assistenza.

La seconda tappa, nel dicembre 2010, sono state le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito delle tre reti. Finora hanno attivato il coordinamento dedicato alle cure palliative e alla terapia del dolore il Piemonte, l'Emilia Romagna, il

Lazio, la Basilicata e la Sicilia. Le restanti Regioni hanno però costituito dei gruppi tecnici che dovrebbero arrivare ad un coordinamento: ciò significa che la cabina di regia fa un monitoraggio di queste situazioni perché arrivino il più presto possibile a realizzare il coordinamento previsto dalla legge. Il sistema – come sapete bene – funziona a cascata: c'è la cabina di regia, poi i coordinamenti regionali che a loro volta fanno il monitoraggio delle strutture locali. Questo è il senso: l'importante è che non si perda questa continuità.

La terza tappa, cui si è giunti nel luglio di quest'anno, è l'accordo sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza per i malati in fase terminale, delle unità di cure palliative e terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna Regione. Si tratta di un accordo molto importante che ha organizzato meglio il sistema di assistenza palliativa. Sono stati definiti standard qualitativi e quantitativi per le strutture residenziali, ma anche per le unità di cura domiciliari. Si è poi cercato di garantire, nell'ambito delle cure palliative, la continuità attraverso l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali. Sono aspetti evidentemente molto noti finalizzati al raggiungimento di una sorta di programmi individuali di trattamento. L'obiettivo complessivo era arrivare ad un programma di cure individuali: evidentemente il cardine del sistema è la domiciliarietà, considerando la residenzialità come una sorta di clausola e di struttura di chiusura del sistema, laddove non sia possibile, per varie ragioni, una vera e proprio domiciliarietà.

Sinteticamente, il modello organizzativo – che so essere stato oggetto di valutazione anche da parte di questa Commissione – è su tre livelli (gli AFT, le «aggregazioni funzionali territoriali»): gli ambulatori dei medici di medicina generale, i centri *spoke* ambulatoriali di terapia del dolore e gli *hub* veri e propri che sono i centri ospedalieri di terapia del dolore. Per quanto riguarda gli *hub* vorrei sottolineare che si tratta di centri che, secondo il modello organizzativo dell'accordo dello scorso luglio, hanno la possibilità di fornire prestazioni in regime ambulatoriale, in regime di *day hospital* e in regime di ricovero ordinario. Attualmente si è prevista un'assistenza di 12 ore nei giorni feriali, con reperibilità 24 ore su 24, con la presenza di un *equipe* multiprofessionale.

Nei termini dell'accordo è anche prevista un'attenzione particolare – come dicevo all'inizio – per l'assistenza pediatrica, perché le cure palliative e la terapia del dolore per i piccoli è un mondo a sé stante che ha bisogno di una finalizzazione molto precisa e del riconoscimento di una specificità anche organizzativa. In particolare, per la pediatria, si è previsto che vi sia un'unica rete di assistenza che tocchi sia le cure palliative che la terapia del dolore.

Sempre con l'accordo dello scorso luglio siamo pervenuti ad un quarto passaggio. Dopo «Ospedale-territorio senza dolore», dopo la definizione delle linee guida e dei requisiti minimi per l'accreditamento, il quarto passaggio è stato l'accordo sulle figure professionali e l'individuazione delle specifiche competenze ed esperienze. È evidente che i due ac-

cordi dovevano andare insieme, perché senza un modello organizzativo non è certamente possibile andare ad individuare le figure professionali.

C'è un quinto passaggio che non è marginale: il Ministero dell'istruzione e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, ha emanato nella scorsa primavera cinque decreti che istituiscono master di secondo livello per i medici di cure palliative, master di alta formazione e qualificazione per i medici specialisti in terapia del dolore, master dedicati ai medici che operano nella rete assistenziale rivolta al paziente pediatrico e due master rivolti ad altre figure professionali, rispettivamente a psicologi e infermieri. Questo completa l'attenzione che le istituzioni hanno dedicato all'attuazione della legge n. 38 del 2010.

Ancora due notazioni sull'attuazione della legge: è stato predisposto un documento che riguarda la formazione del volontariato e che la cabina di regia ha già condiviso. È importantissimo, perché in molti settori della sanità, come sapete molto bene, ma in particolare in questo campo, non saremmo riusciti forse neanche ad arrivare alla legge n. 38, che migliora sensibilmente la legge n. 39 del 1999, se non ci fosse stata la rete del volontariato. Questo vale anche per le malattie rare, per le demenze e tanti settori della sanità, ma per le cure palliative è stato essenziale. La formazione del volontariato entra evidentemente in questa dinamica.

Infine sarà prossimamente presentata al Parlamento la prevista relazione sullo stato di attuazione della legge, le cui linee essenziali sono quelle che ho adesso illustrato.

Sottolineo che, trattandosi di una legge che è frutto del lavoro dei miei predecessori e in particolare del mio immediato predecessore, dunque non di una legge in cui ho avuto un ruolo, posso essere più libero nell'apprezzarne i tanti meriti e la capacità di dare vita a un sistema organizzativo che, sia pure in una temperie non facile dal punto di vista delle risorse e in presenza di una grande disomogeneità territoriale, come è proprio del nostro Paese, sta però dando sicuramente i primi frutti. Avete anche visto che l'attuazione non è la solita in base alla quale alcuni vanno avanti e altri sono per definizione indietro. Anche per quanto riguarda l'attuazione è prevista un po' di articolazione territoriale e regionale.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, immagino che nella discussione interverranno gli elementi sui quali si è già espressa ieri la Commissione, pertanto ho proposto al Ministro, il quale ha accettato, un invito informale per discutere a proposito dell'*iter* che riguarda il decreto, che credo sia a vantaggio di tutti. L'invito è per martedì 16 ottobre alle ore 12,30 ed è esteso a tutto l'Ufficio di Presidenza, allargato ai Gruppi.

Poiché il Ministro in quella occasione non avrà tantissimo tempo, perché sono attesi i pareri della Commissione bilancio, chiedo che i Gruppi si esprimano solo attraverso i Capigruppo. L'incontro sarà prevalentemente finalizzato a centrare il principio che, secondo noi, per le notizie che ci è dato avere, è sfuggito alla Camera rispetto a quello che si sta concludendo in quella sede, nella convinzione del Ministro e mia che i Gruppi di Camera e Senato si siano già sentiti su quella materia, mentre

riunioni informali o formali tra noi e la Commissione della Camera non sono possibili dal punto di vista del Regolamento.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, ringrazio il Ministro. I Carabinieri dei NAS, con la consueta puntualità e precisione, già l'anno scorso hanno prodotto a beneficio dei lavori della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale un atto ricognitivo con il quale ci consegnano dati pesati sulla base di valutazioni standardizzate relativi ai livelli di attuazione della legge n. 38 del 2010.

Apprezzo il lavoro che il Ministero sta svolgendo, per gli aspetti e i profili di propria competenza, nell'accompagnare il processo di evoluzione e di applicazione di questa legge importantissima, che ci ha riportati ad un livello di dignità nel panorama legislativo di comparto in ambito europeo e forse internazionale. Tuttavia emerge un profilo, anche grave, di criticità, relativo alla varietà della risposta che è data sul territorio. Abbiamo una media di livello di applicazione e di adeguamento del 71 per cento, pesata sulla base di diversi parametri. Ma questo 71 per cento è il dato complessivo. Poi passiamo da una percentuale molto, molto bassa in alcune Regioni (penso, per esempio, alla mia Regione, la Puglia, con il 40 per cento) ai valori di altre Regioni, come la Valle d'Aosta, in cui il livello di applicazione raggiunge addirittura il cento per cento.

Ho due domande. Vorrei sapere se, nell'ambito delle potestà che il Ministero ha, soprattutto con riferimento alle attività di coordinamento, sono in atto o si ha in animo di attuare iniziative che spingano le Regioni agli adempimenti previsti a loro carico e se le Regioni hanno le dotazioni finanziarie per porre in essere queste attività. Indubbiamente, infatti, vi è un doppio aspetto: da una parte vi è la tenacia, la competenza, il rigore con cui il legislatore regionale adempie ad una disposizione nazionale e, dall'altra, vi sono anche gli affanni di quelle Regioni che sono in condizioni di grave difficoltà per motivi economici, che o sono sottoposte agli obblighi del piano di rientro o sono commissariate e quindi devono sottostare a una rigida disciplina attinente gli aspetti relativi alla spesa e alle assunzioni.

Tuttavia, l'articolo 3, comma 3, prevede che l'attuazione dei principi della citata legge n. 38 – lo prevedemmo espressamente e volutamente in conformità alle linee guida stabilite dal comma 2 – costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo. Cioè, rientra nell'ambito dell'applicazione del decreto attuativo della legge n. 42 del 2009 sul federalismo fiscale, che si riferisce ai principi di premialità e sanzioni.

Vorrei capire se vi è stato un monitoraggio su questo versante o se vi è una pressione in tal senso. Non dico di intraprendere azioni punitive, ma certamente non possiamo consentire che in questo Paese la sanità si declini con livelli talmente vari da andare molto, molto al di sotto di quelli che pure ci si attenderebbe. Questo attiene, naturalmente, anche ai diritti

dei cittadini, che sono universali e che dovrebbero trovare riscontro in modo adeguato, organico e omogeneo in tutto il territorio nazionale.

L'altra valutazione si riferisce a uno dei parametri che, tra i vari, ci dà conforto. Dobbiamo senz'altro individuare le criticità, ma poi dobbiamo anche trovare gli stimoli per recuperare fiducia e andare avanti. Eravamo fanalino di coda a livello mondiale per quanto riguarda l'utilizzo dei farmaci per il controllo del dolore: dopo l'approvazione di questa legge è stato fatto un sostanziale balzo in avanti, anche in questo caso con una varietà di risultati che conferma la presenza di un arcobaleno di colori nell'ambito delle Regioni.

Il dato complessivo è quindi molto incoraggiante e ci ha fatto recuperare molta strada, ma rimaniamo ancora con un grande problema, che è centrale non solo in questo, ma in tanti altri ambiti della sanità, ossia il livello applicativo e di virtuosità delle Regioni.

Alla base di tutto, signor Ministro, vi è il finanziamento. È inutile girare attorno al problema. Questo tema rientra a pieno diritto anche nell'ambito della riforma che porta il suo nome e che noi vorremmo consegnare alla storia come una riforma buona; né come una promessa o un libro dei sogni, né come un provvedimento che poi entra in Parlamento ed è sottoposto allo *stress test* dei vari riequilibri e dei vari assetti che, come è accaduto purtroppo di recente per varie leggi (vedasi la riforma del lavoro), certamente non hanno reso al Paese un buon servizio.

Siccome la sanità è una materia centrale, vorremmo essere rassicurati, dopo le inquietanti informazioni che abbiamo avuto in relazione agli ulteriori tagli alla sanità, per capire se il *welfare* nell'ambito della sanità troverà applicazione secondo i principi di universalità, solidarietà ed equità oppure se si sta pensando a qualcosa di diverso. Questo è un punto centrale, che non può lasciare il Parlamento indifferente, anzi lo trova assolutamente pronto ad intervenire in maniera energica nei modi e nei termini che le leggi prevedono.

BAIO (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*). Signor Presidente, anzitutto, desidero ringraziare il Ministro perché il provvedimento in titolo è stato approvato, grazie ad un lavoro comune, con profonda convinzione. Adesso dobbiamo sforzarci tutti affinché l'applicazione sia completa, puntuale e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Lei ha parlato di quattro passaggi, Ministro: approvazione della legge, ripartizione dei fondi per ospedale e territorio, linee guida e accordo sui requisiti minimi e modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza. Mi sembra che questo sia l'impianto applicativo della legge per quanto di competenza ministeriale; io personalmente esprimo piena soddisfazione perché significa che ci crediamo e vogliamo realmente applicarla. C'è però un dato che vorrei sottoporre alla sua attenzione, Ministro, che si lega anche alle osservazioni del collega D'Ambrosio Lettieri.

Mi auguro che nella prossima relazione al Parlamento vi siano ulteriori informazioni che permettano di avere una fotografia dello stato at-

tuale. Infatti, che la Commissione di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale faccia una verifica è correttissimo (è nelle sue funzioni) però ho qualche perplessità circa il fatto che i dati ci vengano forniti dai NAS. Noi vorremmo una fotografia reale e non legata a quelle storture che possono essersi verificate sul territorio, o alle carenze; abbiamo bisogno di diffondere una cultura della sicurezza, connessa soprattutto alla terapia del dolore e alle cure palliative. In tal senso reputo positivo che il Governo abbia avviato il percorso di riforma del titolo V della Costituzione che, così come si è venuto a configurare dal 2001, ha alimentato un federalismo del tutto disordinato.

Mi auguro pertanto che la relazione possa offrirci un piano completo di attuazione.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Ministro, la ringrazio per una relazione che ritengo importante. Parto facendo tesoro dei rilievi formulati dai colleghi che mi hanno preceduto, prima tra tutti la senatrice Baio relativamente al lavoro dei NAS, che non hanno fotografato le storture. La Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale – lo ricorderanno i colleghi membri di quella Commissione – all'epoca era addirittura entrata in conflitto con l'allora ministro della salute Fazio perché chiedeva di andare a controllare cosa stesse succedendo soprattutto relativamente all'adozione delle schede del dolore (200 sono stati i presidi esaminati globalmente) che ritenevamo uno degli elementi importanti. D'altra parte, durante il congresso nazionale che ha avuto luogo a Firenze proprio in tema di terapia del dolore, era emerso che l'adozione delle suddette schede era uno dei punti di maggiore sofferenza. Rimane tale. Quali sono le motivazioni? Indubbiamente le troveremo nell'analisi che il Ministero ci offrirà: i NAS hanno fotografato lo *status quo*, ma sappiamo anche che le nuove generazioni di oncologi hanno dimostrato una disponibilità in quella direzione. Già i primari della mia età hanno qualche idea un po' diversa nel merito, continuando a ritenere che la terapia del dolore possa essere affrontata in altro modo; che non ci sia bisogno della scheda del dolore, ovvero che questa non sia un elemento importante da inserire nella cartella clinica. Allora, dobbiamo decidere come intervenire perché se dall'indagine dei NAS risultano discrepanze tali per cui addirittura al Sud, da quando abbiamo approvato la legge si consumano meno oppioidi rispetto a quanto avveniva prima, ciò dimostra che la legge in questione non ha dato quella svolta culturale che ci si aspettava, anche all'interno dello stesso mondo medico (che siano medici della mia età o giovani) che non è ancora entrato pienamente nei meccanismi di utilizzazione di queste forme. Tramite i NAS abbiamo cercato di fare pressione anche in questo senso, e in accordo con il Ministero dobbiamo fare in modo che la scheda del dolore rappresenti un adempimento automatico all'interno della cartella clinica. È la scienza internazionale a raccomandarne l'adozione come abitudine importante.

All'epoca feci l'esempio delle schede ambientali, che un tempo si aggiungevano in un certo ambito; attualmente sono schede fondamentali in

qualsiasi progetto. Ebbene, anche nel progetto, o nel percorso personalizzato, come lo chiama giustamente lei, Ministro, di ogni ammalato oncologico o ortopedico (le grandi branche maggiormente interessate alla cura del dolore) devono essere utilizzate le schede per la rilevazione del dolore. Noi abbiamo anche fatto una differenziazione per reparti e abbiamo riscontrato che non sempre sono tutti adempienti. Dobbiamo interrogarci su questo tema.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, Ministro, non abbiamo mandato i NAS a fotografare le storture esistenti, ma per verificare la mancata applicazione di questa legge alla quale – il Presidente lo ricorda, così come tutti noi con orgoglio – crediamo di avere contribuito assai, assai, assai, per dirla come i bambini.

Le schede nell'ambito dell'assistenza domiciliare sono altrettanto importanti, essendo l'unico strumento in grado di offrire una continuità nel percorso, e sintomatologicamente traducono il fatto.

Già nel 1997, Ministro, abbiamo finanziato *hospice* – lei lo dovrebbe ricordare; su questo ci siamo scontrati all'epoca – che tuttora non ci sono. Ecco che allora bisogna avere il coraggio di fare una mappatura per una riallocazione di quelle risorse. Diversamente, rischiano di fare la fine delle risorse previste dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Quindi, mi permetto di insistere su questi due punti – fermo restando che tante sono le questioni sulle quali bisogna intervenire – sui quali sono convinto che il Ministero possa incidere. Noi lo speriamo davvero.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, ringrazio il ministro Balduzzi per avere accettato questo nostro invito, che abbiamo fortemente sollecitato per capire qual è il livello di attuazione della legge n. 38 del 2010. Questo anche perché evidentemente quanto abbiamo letto nella relazione 2010-2011 al Parlamento non ci soddisfaceva pienamente.

Lei, giustamente, Ministro, ha sollevato un problema, che vorrei riprendere, riguardo alla forte disomogeneità territoriale. Mi domando se il tema della cura del dolore possa essere il banco di prova per misurare il livello di capacità di superare tali disomogeneità nello sviluppo dei servizi territoriali. Dico questo perché la legge n. 38 del 2010 costituisce davvero il banco di prova della civiltà di un Paese nel sapere affrontare il tema del dolore e della sofferenza, che, purtroppo, con l'aumento delle malattie tumorali e cronico-degenerative, diventa sempre più importante e riguarda molte persone e famiglie. Ecco perché dare omogeneità di sviluppo a questo tipo di servizi sul territorio diventa a mio parere una battaglia di civiltà.

Mi domando poi come, di fronte alle inadempienze delle Regioni, si possa tentare di utilizzare un meccanismo sanzionatorio che conduca a conseguenze anche nel riparto dei fondi. Se questo fosse possibile, credo sarebbe un grosso passo in avanti.

Nella relazione lei ha parlato del progetto «Ospedale-Territorio senza dolore» che, nonostante 10 anni di vita, non ha ancora raggiunto i risultati sperati. Questo modello praticamente rappresenta la filosofia della legge,

nella quale, appunto, il dolore non è considerato una conseguenza della malattia, ma la malattia. Come facciamo in modo che un modello così importante, che rappresenta l'attuazione della filosofia che ispira la legge, si realizzi pienamente? Questo è un altro punto che vorrei porre alla sua attenzione.

Dai dati in possesso risulta una maggiore diffusione di *hospice* sul territorio, anche se in molte Regioni non ve ne è nemmeno uno o ve ne sono pochissimi. Il collega Astore prima contestava il dato riguardante il Molise rispetto alla tabella contenuta nella relazione del 2011. In ogni caso, a parte alcune Regioni in cui vi è una presenza significativa di posti letto in *hospice*, per il resto c'è una situazione ancora abbastanza embrionale rispetto allo sviluppo di questi servizi. Quello che preoccupa, al di là di questo sviluppo ancora embrionale degli *hospice*, è il fatto che la rete territoriale non venga in alcun modo segnalata come in via di sviluppo.

Ho l'impressione che si sia puntato molto sugli *hospice*, perché è una struttura controllabile sia dal punto di vista della spesa e della previsione di spesa, che dal punto di vista del sistema di pagamento, ma che non si faccia uno sforzo anche per la diffusione dei servizi territoriali, che invece sono importanti per questo tipo di cure che molte volte si prolungano per dei mesi. È importante che il malato possa rimanere nella sua casa e nella sua famiglia e possa ricevere lì le cure che gli sono necessarie.

Per quanto riguarda il problema della formazione, veniva prima ricordata la necessità che la cartella clinica sia compilata anche con questi dati. Al di là delle regole c'è un problema culturale, perché le regole funzionano quando sono condivise, altrimenti non funzionano. Possiamo mettere regole sopra regole, ma poi non funzionano. Questo elemento di formazione e informazione che è contenuto nella legge va fortemente rafforzato, perché la legge è innovativa. Siamo un Paese che ha consumato negli anni meno farmaci antidolorifici di tutta Europa. Ho visto persone, anche nella mia famiglia, morire tra i dolori perché il medico non gli prescriveva le cure necessarie: questo non 50 anni fa, ma 10 o 20 anni fa. È chiaro che bisogna vincere una battaglia culturale.

Signor Ministro, insisterei molto su questo aspetto della formazione del personale e dell'informazione al cittadino che deve poter rivendicare questo tipo di cura, di sollievo e di aiuto nel momento del dolore.

L'ultima cosa che volevo chiederle è se, rispetto all'individuazione delle figure professionali cui ha fatto riferimento, si sia trovata una soluzione anche rispetto alla posizione di coloro, medici ma anche infermieri, che hanno maturato una formazione sul campo. Dobbiamo infatti ad alcuni pionieri, medici e infermieri, l'impegno a costruire un sistema di cure palliative, prima ancora che la legge rendesse obbligatorio questo sistema. Vorrei chiedere se sia stato affrontato il tema del riconoscimento di queste figure professionali.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Ministro, credo che un sistema sanitario come il nostro si qualifichi soprattutto al di fuori della rete ospedaliera. Credo che la persona malata debba continuare ad essere curata an-

che dopo la somministrazione delle cure immediate, a casa o all'interno dell'ospedale. Questo è uno dei settori più critici su cui dobbiamo intervenire.

La mia domanda è specifica: come mai non riusciamo a costruire in Italia delle reti nazionali e regionali? La sfida reale della terapia del dolore, ma non solo, è la creazione di una rete tale da attutire gli effetti di un federalismo esasperato e superare le barriere che si creano tra Regioni e Regioni. Ciò implica collaborazione, la stessa che non troviamo – Ministro, mi creda – all'interno delle Regioni. Spesso e volentieri, anche all'interno delle Regioni, si creano barriere tra un ospedale e un altro e tra una ASL e l'altra. Il ruolo del Ministero, che con il vostro Governo si sta riscoprendo, sta proprio nell'obbligare le Regioni a compiere determinati passi. Pertanto, credo che la vittoria finale sarà la una creazione di reti, sia nazionali che regionali. Il Ministro dovrà fare di più, anche ricorrendo a strumenti di ordine amministrativo e legislativo.

In conclusione, signor Ministro, a proposito dei dati sulla presenza regionale degli *hospice*, se c'è una cosa che nel Molise abbiamo fatto prima degli altri, funziona bene ed è un fiore all'occhiello, tra le tante cose negative che lei conosce bene, è la rete di *hospice* che abbiamo creato. Non so chi abbia fatto quella rilevazione, ma è sbagliata.

BOSONE (PD). Signor Ministro, vorrei chiederle informazioni rispetto ad un dato pratico che ho acquisito. Pur essendo abbastanza attento alle questioni legate all'edilizia sanitaria, mi sfugge di fatto quali siano i residui attivi ancora presenti per questo tipo di strutture legate alla cronicità.

Vorrei sapere se si preveda di destinare una percentuale dei residui 2010-2012 al 2013, per le strutture legate alla cronicità in particolare modo e alle cure palliative, e se siate in possesso di dati su come i finanziamenti regionali si intersecano con i finanziamenti regionali *ad hoc*. Infatti, il panorama è molto frammentato e si fa fatica a capire se siano ancora disponibili dei fondi e se sia possibile accedervi. Se ci fossero residui attivi molto alti è chiaro che bisognerebbe intervenire, ognuno per la propria parte, per esaurire il *budget* a propria disposizione, prima che questo venga riassorbito diversamente.

PRESIDENTE. Do la parola all'onorevole Ministro perché entri nel merito delle osservazioni che sono state fatte.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Grazie, signor Presidente, per l'occasione di questa interlocuzione che ritengo utile e importante.

Mi pare che ci sia un filo rosso in tutti gli interventi che ho ascoltato. Da una parte, appunto, si chiede una maggiore capacità di coordinamento, di monitoraggio e di intervento da parte del Ministero e, dall'altra, si sottolinea il cuore di questa sfida che è ancora soprattutto culturale. Non posso che condividere sia la prima preoccupazione che la seconda osservazione.

Al senatore D'Ambrosio Lettieri vorrei dire che la commissione ministeriale prevista dalla legge, che un po' sbrigativamente chiamiamo cabina di regia, funziona. L'abbiamo ricostituita e l'abbiamo aperta anche ad alcune figure. Ha ripreso a funzionare, soprattutto per quanto riguarda la prospettiva della domiciliarità, ed è uno degli strumenti per attuare il monitoraggio; non l'unico naturalmente, perché il monitoraggio si fa attraverso tanti strumenti. L'importante è sottolineare che c'è un'attenzione costante del Ministero ed è un'attenzione organizzata, non legata alla buona volontà del Ministro *pro tempore*. Certamente i Ministri *pro tempore* ci avranno messo la loro attenzione e questo vale anche per i miei predecessori.

Vorrei quindi sottolineare che uno degli elementi importanti della legge n. 38 del 2010 è proprio la rilevanza organizzativa della funzione di coordinamento e monitoraggio del centro, che è una sfida per una sanità regionalizzata non soltanto con riferimento a questo, ma anche a tanti altri temi.

Sullo strumento del finanziamento integrativo rispondo sia al senatore D'Ambrosio Lettieri, sia ad altri interventi, come quelli della senatrice Baio e della senatrice Bassoli. Credo che esista un solo strumento in grado di dare un peso maggiore al sistema di incentivi e sanzioni: rendere veramente pubblico il meccanismo. È pubblico tutto, ma c'è modo e modo di pubblicizzare qualcosa: si può mettere su un sito come cento altre cose, oppure ci si può dedicare un'attenzione specifica. Io andrei in questa seconda direzione.

Nella prossima relazione proverò ad individuare – e così rispondo anche al senatore Saccomanno – uno specifico capitolo che vada proprio a vedere chi non ha adempiuto ai propri impegni e quali conseguenze ci sono state, in modo tale che gli elettori e i cittadini, invece di prendersela con il Governo perché non dà le risorse – scusate la franchezza –, se la prendano con chi di dovere. Le risorse sono quelle che sono, ne sono consapevole, ma in alcune Regioni vi è una dinamica di scarica barile che non appartiene evidentemente alla correttezza dei comportamenti.

Allo stesso modo, nella relazione inseriremo un capitolo specifico – così sarò in grado di entrare ancora più nel dettaglio della risposta al senatore Bosone – per quanto attiene lo stato di attuazione del programma *hospice*. Procedo a memoria perché non ho con me i dati relativi a questo specifico aspetto. In generale, il programma *hospice* ha avuto un buon grado di attuazione, superiore all'80 per cento, che è un valore elevato.

Sappiamo bene che i programmi europei hanno in Italia un grado di attuazione molto minore; molti programmi italiani che esulano dalla sanità sono veramente sottodimensionati nel rapporto tra l'obiettivo e la sua pratica attuazione. Tutto sommato il programma *hospice* – su cui, a suo tempo, caro senatore Saccomanno, ci confrontammo – valutato dopo 13 anni mostra risultati complessivamente positivi. Il problema è sempre il concetto di «complessivamente»: vuol dire che da qualche parte non è così positivo ed evidentemente occorre dare almeno un'esternazione anche di questa problematica.

Ci sono stati suggerimenti specifici sul fascicolo sanitario elettronico della scheda del dolore: mi prendo l'impegno di verificarne la fattibilità, ma non mi pare un problema insormontabile. Il fascicolo sanitario elettronico ha una duttilità tale per cui dovrebbe consentire facilmente di introdurre le innovazioni proposte.

Alla senatrice Bassoli mi pare di aver risposto per quanto riguarda la preoccupazione sugli incentivi. Sulle figure professionali prendo nota di quanto evidenziato, perché in realtà non è facilissimo reperire dati sull'*outcome*, ossia sul rendimento dei momenti formativi dedicati, perché spesso le due prospettive si intersecano. Ci sono luoghi in cui proprio la presenza dei pionieri ha consentito che questi facessero formazione agli altri: le prospettive sono intersecate.

È comunque interessante quanto segnalato dalla senatrice, come è interessante il riferimento ai pionieri. Il discorso è tutto lì, senatore Astore. Perché la Valle d'Aosta, al di là fatto che ovviamente la dimensione territoriale conta molto, ha questi livelli di applicazione? Se in quella piccola dimensione territoriale vi è un gruppo che storicamente, come è in Valle, ha portato avanti una determinata pratica evidentemente si è molto più facilitati. In una Regione più ampia, in cui magari in certe aree vi sono realtà fortemente motivate e in altre non vi sono, le percentuali variano. Questo appartiene a tutti i settori innovativi, signor Presidente. In un settore fortemente innovativo, la connessione tra fattore professionale e fattore umano è decisiva.

Mi pare che siamo proprio nel nucleo del problema culturale. Cosa possiamo fare? Possiamo dare la massima attenzione e la massima pubblicità e prendere sul serio gli strumenti che ci siamo dati (sanzioni e incentivi). Di questo sicuramente avremo occasione, signor Presidente, di tornare a discutere, sia perché quando ci sarà la relazione si potrà anche valutare di considerarla nei dettagli, sia perché – come diceva la senatrice Bassoli – rappresenta davvero un utile banco di prova, anche per vedere più in generale come facciamo funzionare il nostro regionalismo sanitario, che in queste settimane è nel mirino dei commentatori.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome della Commissione l'onorevole Ministro della salute per le analisi e le valutazioni fornite e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 9,30.

